

Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

EDİTÖR

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL (Ankara)

YAYIN SEKRETERİ

Uz.Dr.Sinan KORUKLUOĞLU (Dr.M.Ü.A.Y. ve Travmatoloji Hast.)

SORU HAZIRLAMA KOMİSYON ÜYELERİ

Doç.Dr.Adnan ABASIYANIK (Selçuk)	Prof.Dr.Diler ASLAN (Pamukkale)	Prof.Dr.Gülden BURÇAK (Cerrahpaşa)
Prof.Dr.Ercan ABAY (Trakya)	Doç.Dr.Yakup ASLAN (Karadeniz)	Yrd.Doç.Dr.Nurullah BÜLBÜLLER (Fırat)
Prof.Dr.Osman ACAR (Selçuk)	Yrd.Doç.Dr.Neslihan ASTAM (Atatürk)	Yrd.Doç.Dr.Emin BÜYÜKOKUROĞLU (Atatürk)
Prof.Dr.A.Ergin AÇIKALIN (Osmangazi)	Prof.Dr.Necmi ATA (Osmangazi)	Prof.Dr.Cenk BÜYÜKUNAL (Cerrahpaşa)
Prof.Dr.Mehmet ADA (Cerrahpaşa)	Yrd.Doç.Dr.Habip ATALAY (Pamukkale)	Doç.Dr.Belgin CAN (Ankara)
Dr. Cennet AK (Cumhuriyet)	Prof.Dr.S.Selçuk ATAMANALP (Atatürk)	Doç.Dr.Ercan CANBAY (Cumhuriyet)
Prof.Dr.Muhsin AKBABA (Çukurova)	Doç.Dr.Tamer ATASEVER (Gazi)	Prof.Dr.Yurdagül CANBERK (İstanbul)
Dr. Atilla AKBAY (Hacettepe)	Yrd.Doç.Dr.Mustafa ATASOY (Atatürk)	Doç.Dr.Aydan CANBİLEN (Selçuk)
Doç.Dr.Ayhan AKBULUT (Fırat)	Doç.Dr.M.Kemal ATIKELER (Fırat)	Prof.Dr.Fikri CANORUÇ (Dicle)
Yrd.Doç.Dr.Gökhan AKBULUT (A.Kocatepe)	Doç.Dr.Bülent ATILLA (Hacettepe)	Yrd.Doç.Dr.Adnan CANSEVER (GATA)
Prof.Dr.Tarık AKÇAL (Cerrahpaşa)	Prof.Dr.Celal AYAZ (Dicle)	Yrd.Doç.Dr. Mustafa CEMRİ (Gazi)
Yrd.Doç.Dr.Nevbahar AKÇAR (Osmangazi)	Doç.Dr.Yeşim AYDINOK (Ege)	Prof.Dr.Ziya CENİK (Selçuk)
Prof.Dr.Tülay AKÇAY (Cerrahpaşa)	Doç.Dr.Sema AYDOĞDU (Ege)	Yrd.Doç.Dr.Sami CERAN (Selçuk)
Yrd.Doç.Dr.Sedat AKDENİZ (Dicle)	Prof.Dr.Remzi AYGÜN (Gazi)	Yrd.Doç.Dr.Haluk CEYLAN (Gaziantep)
Yrd.Doç.Dr.Mehmet AKDOĞAN (S.Demirel)	Yrd.Doç.Dr.Dursun AYGÜN (O.Mayıs)	Prof.Dr.Peyami CİNAZ (Gazi)
Prof.Dr.Azem AKILLI (Ege)	Prof.Dr.I.Hakkı AYHAN (Ankara)	Prof.Dr.Emre CİNGİ (Osmangazi)
Prof.Dr.Mustafa AKIN (Ege)	Prof.Dr.Ülki AYPAR (Hacettepe)	Prof.Dr.Jale CORDAN (Uludağ)
Doç.Dr.Cezmi AKIN (Ege)	Doç.Dr.Sema AYTEKİN (Dicle)	Yrd.Doç.Dr.T.Erhan COŞAN (Osmangazi)
Yrd.Doç.Dr.Haluk AKIN (Fırat)	Doç.Dr.Faruk BAĞIRICI (O.Mayıs)	Prof.Dr.Hasan CÜCE (Selçuk)
Prof.Dr.Mustafa AKINCI (İstanbul)	Prof.Dr.Halil BAHÇECİOĞLU (Kadir Has)	Prof.Dr.Güven ÇAĞATAY (Ege)
Doç.Dr.Ömer Faruk AKINCI (Harran)	Doç.Dr.İ.Halil BAHÇECİOĞLU (Fırat)	Yrd.Doç.Dr.Ufuk ÇAĞIRICI (Ege)
Doç.Dr.F.Aysen AKINCI (Hacettepe)	Prof.Dr.Sevim BALCI (Hacettepe)	Yrd.Doç.Dr.Kayhan ÇAĞLAR (Gazi)
Doç.Dr.Mete AKISÜ (Ege)	Prof.Dr.Kunter BALKANLI (GATA)	Prof.Dr.Erol ÇAKIR (Trakya)
Prof.Dr.Atilla AKKOÇLU (Dokuz Eylül)	Yrd.Doç.Dr.Sibel BARIŞ (O.Mayıs)	Prof.Dr.Mehmet ÇAKMAK (İstanbul)
Doç.Dr.İbrahim AKKURT (Cumhuriyet)	Doç.Dr.Semih BARLAS (İstanbul)	Prof.Dr.Meral ÇALGÜNERİ (Hacettepe)
Yrd.Doç.Dr.Faruk AKSOY (Selçuk)	Prof.Dr.Ali BARUTÇU (Dokuz Eylül)	Uz.Dr. Mustafa ÇALIŞ (Erciyes)
Yrd.Doç.Dr.Nurten AKSOY (Harran)	Yrd.Doç.Dr.Pınar Yüksel BAŞAK (S.Demirel)	Prof.Dr.Osman Uğur ÇALPUR (Trakya)
Prof.Dr.Tevfik Aslan AKSU (Akdeniz)	Yrd.Doç.Dr.M.Murat BAŞAR (Kırıkkale)	Yrd.Doç.Dr.Yüksel ÇAVUŞOĞLU (Osmangazi)
Prof.Dr.Erol AKSUNGUR (Çukurova)	Prof.Dr.Iskender BAŞER (GATA)	Doç.Dr.Harika ÇELEBİ (Fırat)
Doç.Dr.Sadık AKŞİT (Ege)	Doç.Dr.Tarık BAŞOĞLU (O.Mayıs)	Yrd.Doç.Dr.Fehmi ÇELEBİ (Atatürk)
Yrd.Doç.Dr.Z.Aslı AKTAN (Ege)	Doç.Dr.Ertan BATISLAM (Kırıkkale)	Doç.Dr.Bilge ÇELEBİOĞLU (Hacettepe)
Yrd.Doç.Dr.Bülent AKTAN (Atatürk)	Yrd.Doç.Dr.Yıldırım BAYAZIT (Çukurova)	Prof.Dr.Fahrettin ÇELİK (O.Mayıs)
Doç.Dr.Akin AKTAŞ (Atatürk)	Prof.Dr.Cengiz BAYÇU (Osmangazi)	Prof.Dr.Ahmet ÇELİKKOL (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Zekeriya AKTÜRK (Trakya)	Prof.Dr.Ömer BAYEZİD (Akdeniz)	Yrd.Doç.Dr.Ali ÇELİKSÖZ (Cumhuriyet)
Prof.Dr.Aynur AKYOL (Ankara)	Prof.Dr.Tülin BAYKAL (Cumhuriyet)	Doç.Dr.Ali ÇETİN (Cumhuriyet)
Prof.Dr.Cemalettin AKYÜREK (Selçuk)	Doç.Dr.Süleyman BAYKAL (Karadeniz)	Prof.Dr.M.Turan ÇETİN (Çukurova)
Doç.Dr.Bülent ALAGÖL (Trakya)	Doç.Dr.Mahmut BAYKAN (Selçuk)	Yrd.Doç.Dr.A.Türker ÇETİN (GATA)
Yrd.Doç.Dr.Hakan ALAGÖZLÜ (Cumhuriyet)	Prof.Dr. Ali İhsan BAYSAL (Gazi)	Prof.Dr.Nazan ÇETİNGÖL (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Sait ALAN (Dicle)	Prof.Dr.Bülent BAYSAL (Selçuk)	Yrd.Doç.Dr.Ziya ÇETİNKAYA (Fırat)
Doç.Dr.Erkan ALATAŞ (Pamukkale)	Prof.Dr.M.Kemal BAYSAL (Ondakuz Mayıs)	Yrd.Doç.Dr.Remzi ÇEVİK (Dicle)
Prof.Dr.Emre ALHAN (Çukurova)	Prof.Dr.Ahmet BELCE (Cerrahpaşa)	Prof.Dr.Necmettin ÇIKILI (Ege)
Prof.Dr.Turgut ALKIBAY (Gazi)	Prof.Dr.Metin BELVİRANLI (Selçuk)	Prof.Dr.Nusret ÇİFTÇİ (O.Mayıs)
Prof.Dr.Ahmet ALMAÇ (Kocaeli)	Yrd.Doç.Dr.Öcal BERKAN (Cumhuriyet)	Prof.Dr.Ergün ÇİL (Uludağ)
Prof.Dr.Mete ALP (Kocaeli)	Prof.Dr.Ender BERKER (İstanbul)	Yrd.Doç.Dr.Özgür ÇOĞULU (Ege)
Prof.Dr.Sibel ALPER (Ege)	Doç.Dr.Cengiz BEYAN (GATA)	Doç.Dr.Mahmut ÇOKER (Ege)
Doç.Dr.Köksal ALPTEKİN (Dokuz Eylül)	Yrd.Doç.Dr.Fatma BEYAZTAŞ (Cumhuriyet)	Yrd.Doç.Dr.Cengiz ÇOKLUK (O.Mayıs)
Prof.Dr.Gültekin ALTAY (Ankara)	Prof.Dr.Kutay BİBEROĞLU (Gazi)	Prof.Dr.Hasan ÇOLAK (Osmangazi)
Yrd.Doç.Dr.Gülçin ALTINOK (Hacettepe)	Doç.Dr.Nilgün BİLEN (Kocaeli)	Yrd.Doç.Dr.Nezih DAĞDEVİREN (Trakya)
Prof.Dr.Nur ALTINÖRS (Başkent)	Yrd.Doç.Dr.Ayhan BİLGİÇİ (O.Mayıs)	Yrd.Doç.Dr.Mehmet DAKAK (GATA)
Prof.Dr.Kürşat ALTINTAŞ (Ankara)	Prof.Dr.Sait BİLGİÇİ (O.Mayıs)	Prof.Dr.Şenol DANE (Atatürk)
Doç.Dr.Levent ALTINTOP (O.Mayıs)	Prof.Dr.Altınay BİLGİÇİ (Ege)	Doç.Dr.Şükran DARCAN (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Gülşay ALTUN (Trakya)	Yrd.Doç.Dr.Dilek BİLİCİ (Atatürk)	Doç.Dr.Esen DEMİR (Ege)
Prof.Dr.Aziz K. ALTURFAN (İstanbul)	Prof.Dr.Erhan BİLİR (Gazi)	Doç.Dr.Hüseyin DEMİR (Erciyes)
Prof.Dr.Kutay ANDAÇ (Ege)	Doç.Dr.Levent Sinan BİR (Pamukkale)	Doç.Dr. Ayşe Nihal DEMİRCAN (Çukurova)
Dr. Seyit ANKARALI (O.Mayıs)	Yrd.Doç.Dr.Murat BİRTANE (Trakya)	Prof.Dr.Mustafa DEMİRTAŞ (Çukurova)
Yrd.Doç.Dr.Anil Z. APAYDIN (Ege)	Prof.Dr.Mehmet BİTİRGEN (Selçuk)	Prof.Dr.Nuri DENİZ (Gazi)
Doç.Dr.Rebiya APAYDIN (Kocaeli)	Doç.Dr.Ayşe BORA TOKÇAER (Gazi)	Prof.Dr.Fahri DERE (Çukurova)
Doç.Dr.Erinç ARAL (Osmangazi)	Dr. M.Ömer BOSTANCI (O.Mayıs)	Prof.Dr.Celal DEVECİOĞLU (Dicle)
Yrd.Doç.Dr.Cavidan ARAR (Trakya)	Yrd.Doç.Dr.Mehmet BOŞNAK (Dicle)	Yrd.Doç.Dr.Öner DİKENSOY (Gaziantep)
Doç.Dr.Arif Bülent ARAS (Ege)	Doç.Dr.Bülent BOYACI (Gazi)	Doç.Dr.. Sibel DİNÇER (Gazi)
Yrd.Doç.Dr.Nurcan ARAS (Mersin)	Prof.Dr.Adem BOYACI (Erciyes)	Prof.Dr.Hüseyin DİNDAR (Ankara)
Doç.Dr.Mustafa ARICA (Dicle)	Prof.Dr.Sedat BOYACIOĞLU (Başkent)	Prof.Dr.Needet DOĞAN (Selçuk)
Yrd.Doç.Dr.İ.Atilla ARIDOĞAN (Çukurova)	Prof.Dr.Nafiz BOZDEMİR (Çukurova)	Prof.Dr.Fethi DOĞAN (Ege)
Doç.Dr.Sevtap ARIKAN (Hacettepe)	Doç.Dr.Gülhal BOZKIR (Çukurova)	Prof.Dr.Osman DOĞRU (Fırat)
Prof.Dr.Adem ARSLAN (Dicle)	Doç.Dr.Ali İhsan BOZKURT (Gaziantep)	Prof.Dr.Harun DOĞRU (S.Demirel)
Prof.Dr.Macit ARVAS (Cerrahpaşa)	Yrd.Doç.Dr.H.Eray BULUT (Cumhuriyet)	Doç.Dr.Nazan DOLU (Erciyes)
Prof.Dr.Haluk ARVAS (Karadeniz)	Prof.Dr.M.Ali BUMİN (Gazi)	Prof.Dr.Orkide DONMA (Cerrahpaşa)

Doç.Dr.Aslı DÖNMEZ (Başkent)
Prof.Dr.Hatice DURAK (Dokuz Eylül)
Prof.Dr.Alaattin DURAN (Cerrahpaşa)
Doç.Dr.Yaşar DURANOĞLU (Akdeniz)
Prof.Dr.Ali Vedat DURGUN (Cerrahpaşa)
Prof.Dr.Behice DURGUN (Çukurova)
Doç.Dr.Gürsel DURSUN (Ankara)
Prof.Dr.İsmail H. DÜNDAR (Çukurova)
Yrd.Doç.Dr.Mehmet EMİRZEOĞLU (O.Mayıs)
Prof.Dr.Özgün ENVER (Cerrahpaşa)
Yrd.Doç.Dr.Memnune ERANDAÇ (Cumhuriyet)
Prof.Dr.Tomris ERBAŞ (Hacettepe)
Yrd.Doç.Dr.Hakan ERBAŞ (Trakya)
Prof.Dr.Sena ERDAL (Cumhuriyet)
Yrd.Doç.Dr.Tamer ERDEM (İnönü)
Yrd.Doç.Dr.Ahmet ERDEM (Gazi)
Yrd.Doç.Dr.Mehmet ERDEM (Gazi)
Prof.Dr.Atilla ERDEM (Ankara)
Doç.Dr.Ergün ERDEM (Pamukkale)
Doç.Dr.Teoman ERDEM (Atatürk)
Yrd.Doç.Dr.Haydar ERDOĞAN (Cumhuriyet)
Prof.Dr.Erol ERDURAN (Karadeniz)
Doç.Dr.Özcan EREL (Harran)
Yrd.Doç.Dr.Suat EREN (Atatürk)
Doç.Dr.Selda ERENSOY (Ege)
Prof.Dr.Mithat ERENUŞ (Marmara)
Prof.Dr.Sabri ERGÜNEY (Cerrahpaşa)
Prof.Dr.Sibel ERGÜVEN (Hacettepe)
Prof.Dr.Levent ERKAN (O.Mayıs)
Yrd.Doç.Dr.Yüksel ERKİN (Dokuz Eylül)
Yrd.Doç.Dr.Erkat ERKURT (Çukurova)
Prof.Dr.Onur EROL (Kadir Has)
Prof.Dr.Bilal ERSÖZ (Ege)
Prof.Dr.Yusuf ERŞAHİN (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Dilek ERTOY (Hacettepe)
Prof.Dr.Ümit ERTÜRK (Ege)
Prof.Dr.Haluk ERTÜRK (Uludağ)
Yrd.Doç.Dr.Mete ERTÜRK (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Sevgi ESKİOCAK (Trakya)
Doç.Dr.Mukaddes EŞREFOĞLU (İnönü)
Yrd.Doç.Dr.Talat EZMEKİ (Atatürk)
Yrd.Doç.Dr.Serhat FARUK GEYİK (O.Mayıs)
Doç.Dr.Duygu FİNDİK (Selçuk)
Prof.Dr.Ayten FİLİZ (Gaziantep)
Yrd.Doç.Dr.Nursel GAMSIZ BİLGİN (Mersin)
Doç.Dr.Gökhan GEDİKOĞLU (Hacettepe)
Doç.Dr.Orhan GELİŞEN (SSK Ank.Doğ.)
Doç.Dr.Kani GEMİCİ (Uludağ)
Prof.Dr.Bilun GEMİCİOĞLU (Cerrahpaşa)
Yrd.Doç.Dr.Mehmet FARUK GEYİK (Dicle)
Prof.Dr.Fatma GÖÇER (Atatürk)
Prof.Dr.Ayhan GÖÇMEN (Hacettepe)
Prof.Dr.Ayşe Sevim GÖKALP (Kocaeli)
Prof.Dr.Erdal GÖKÇAY (GATA)
Yrd.Doç.Dr.Gökhan GÖKÇE (Cumhuriyet)
Prof.Dr.Nahide GÖKÇORA (Gazi)
Yrd.Doç.Dr.Sitki GÖKSU (Gaziantep)
Yrd.Doç.Dr.Ömer GÖKTEKİN (Osmangazi)
Prof.Dr.Erol GÖKTÜRK (Osmangazi)
Yrd.Doç.Dr.Uğur GÖNLÜGÜR (Cumhuriyet)
Prof.Dr.Bilge GÖNÜL (Gazi)
Prof.Dr.Vedat GÖRAL (Dicle)
Prof.Dr.Adnan GÖRGÜLLÜ (Trakya)
Doç.Dr.Figen GÖVSA GÖKMEN (Ege)
Doç.Dr.Rabet GÖZİL (Gazi)
Yrd.Doç.Dr.Metin GÜDEN (GATA)
Yrd.Doç.Dr.Mustafa GÜL (Atatürk)
Yrd.Doç.Dr.Mahir GÜLEÇ (GATA)
Prof.Dr.Şendoğan GÜLEN (Trakya)
Prof.Dr.Gülay GÜLLÜLÜ (Atatürk)
Yrd.Doç.Dr.Fatih GÜLTEKİN (S.Demirel)
Doç.Dr.Bilali GÜMÜŞ (Celal Bayar)
Prof.Dr.M.Koray GÜMÜŞTAŞ (Cerrahpaşa)
Doç.Dr.Rezzan GÜNAYDIN (İzmir Atatürk Eğ. Hst.)
Prof.Dr.İşıl GÜNDAY (Trakya)
Yrd.Doç.Dr.Ümit N. GÜNDOĞMUŞ (Kocaeli)
Doç.Dr.Kamer GÜNDÜZ (Celal Bayar)
Prof.Dr.Kemal GÜNDÜZ (Selçuk)
Prof.Dr.Haldun GÜNER (Gazi)
Yrd.Doç.Dr.Yasemin GÜNEŞ (Çukurova)
Dr. Emrah GÜNEY (Cumhuriyet)
Doç.Dr.Çiğdem GÜNGÖR (Ankara)
Yrd.Doç.Dr.Ali GÜR (Dicle)
Prof.Dr.Asuman GÜRRAKIN (Atatürk)
Prof.Dr.Mehmet GÜRBALEK (Selçuk)
Prof.Dr.Firdevs GÜRER (Osmangazi)
Dr. Alev GÜRĞAN (İzmir Atatürk Eğ. Hst.)
Yrd.Doç.Dr.Cemil GÜRĞÜN (Ege)
Doç.Dr.Fuat GÜRKAN (Dicle)
Doç.Dr.Murat GÜRKAĞNAK (Hacettepe)
Yrd.Doç.Dr.Sedat GÜRKÖK (GATA)
Prof.Dr.Türkiz GÜRSEL (Gazi)
Prof.Dr.Bülent GÜRSEL (Hacettepe)

Prof.Dr.Rifat GÜRŞOY (Gazi)
Prof.Dr.Erdoğan GÜRŞOY (Cumhuriyet)
Doç.Dr.M.Ferit GÜRSU (Fırat)
Yrd.Doç.Dr.Rengin GÜZEL (Çukurova)
Prof.Dr.M.Zeki GÜZEL (Cerrahpaşa)
Doç.Dr.Ali HABERLİ (SSK Ank.Doğ.)
Yrd.Doç.Dr.Aral HAKGÜDER (Trakya)
Yrd.Doç.Dr.İhsan HALİFEOĞLU (Fırat)
Prof.Dr.İ.Hamit HANCI (Ankara)
Doç.Dr.Mehmet HARMAN (Dicle)
Prof.Dr.Alev HASANOĞLU (Gazi)
Prof.Dr.Hikmet HASSA (Osmangazi)
Yrd.Doç.Dr.Ersay HAZNECİ (İnönü)
Doç.Dr.Ibrahim HAZNEDAROĞLU (Hacettepe)
Prof.Dr.Günay HAZNEDAROĞLU (Ege)
Prof.Dr.Özdemir HİMMETOĞLU (Gazi)
Prof.Dr.Ibrahim İLDIRIM (Uludağ)
Doç.Dr.Feride İ.ŞAHİN (Gazi)
Doç.Dr.Nihal İÇTEN Ondokuz Lays)
Yrd.Doç.Dr.Hüseyin İLHAN (Osmangazi)
Yrd.Doç.Dr.Yalçın İLKER (Marmara)
Prof.Dr.Tankut İLTER (Ege)
Yrd.Doç.Dr. Kenan İLTÜMÜR (Dicle)
Prof.Dr.Turgut İMİR (Gazi)
Yrd.Doç.Dr.Mehmet İNAL (Çukurova)
Yrd.Doç.Dr. A.Seza İNAL (Çukurova)
Yrd.Doç.Dr.Mustafa İNAN (Trakya)
Yrd.Doç.Dr.Tacettin İNANDI (Atatürk)
Yrd.Doç.Dr.İşıl İNANIR (Celal Bayar)
Prof.Dr.Ramazan İNÇİ (Ege)
Doç.Dr.Turgut İPEK (Cerrahpaşa)
Prof.Dr.Güzin İSKELELİ Cerrahpaşa Tıp F.
Doç.Dr.İsmail İŞLEK (O.Mayıs)
Doç.Dr.Caner KABASAKAL (Ege)
Prof.Dr.Sedat KADANALI (Atatürk)
Yrd.Doç.Dr.Ertuğrul KAFALI (Selçuk)
Prof.Dr.Cemal KAHRAMAN (Erciyes)
Prof.Dr.Serpil KALKAN (Selçuk)
Prof.Dr.Tunç Alp KALYON (GATA)
Yrd.Doç.Dr.Ümit KAMIŞ (Selçuk)
Doç.Dr.Ömer KANDEMİR (SSK Ank.Doğ.)
Doç.Dr.Abdurrahman KAPLAN (Dicle)
Yrd.Doç.Dr. İ.Melih KAPTANOĞLU (Cumhuriyet)
Doç.Dr.Ahmet KAPUKAYA (Dicle)
Yrd.Doç.Dr.İsmail KARA (Atatürk)
Doç.Dr.Neşe İlgin KARABACAK (Gazi)
Prof.Dr.Onur KARABACAK (Gazi)
Yrd.Doç.Dr. Aziz KARABULUT (Dicle)
Doç.Dr.Mehmet KARADAĞ (Uludağ)
Yrd.Doç.Dr.A. Aziz KARADEDE (Dicle)
Prof.Dr.Necmettin KARAEREN (GATA)
Doç.Dr.Güngör KARAGÜZEL (Akdeniz)
Yrd.Doç.Dr.Deniz KARAKAYA (O.Mayıs)
Doç.Dr.Şule KARAKELLEZOĞLU (Atatürk)
Yrd.Doç.Dr.Ali KARAKUZU (Atatürk)
Doç.Dr.Beyhan KARAMANLIOĞLU (Trakya)
Doç.Dr.Şafak KARAMEHMETOĞLU (Cerrahpaşa)
Prof.Dr.Üstünel KARAÖĞLAN (Gazi)
Doç.Dr.Erdal KARAÖZ (S.Demirel)
Yrd.Doç.Dr.Yelda KARINCAOĞLU (İnönü)
Prof.Dr.Adil KARTAL (Selçuk)
Prof.Dr.Zehra Neşe KAVAK (Marmara)
Doç.Dr.Kaan KAVAKLI (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Ahmet KAVAKLI (Fırat)
Dr. Taciser KAYA (İzmir Atatürk Eğ. Hst.)
Prof.Dr.Mehmet KAYA (Çukurova)
Prof.Dr.Safiye KAYA (Cerrahpaşa)
Doç.Dr.Gülgün KAYALIOĞLU (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Özcan KAYIKÇIOĞLU (Celal Bayar)
Prof.Dr.Adnan KAYNAK (Selçuk)
Prof.Dr.Süleyman KAYNAK (Dokuz Eylül)
Doç.Dr.Hasan Tahsin KEÇELİGİL (O.Mayıs)
Uz.Dr. Ebru KELSİKA (Osmangazi)
Prof.Dr.Sezer KENDİ (Hacettepe)
Yrd.Doç.Dr.Memduh KERMAN (S.Demirel)
Doç.Dr.İ.Semih KESKİL (Kırıkkale)
Doç.Dr.S.Şebnem KILIÇ (Uludağ)
Prof.Dr.Mustafa KILIÇ (Pamukkale)
Yrd.Doç.Dr.Nil Banu KILIÇ (Çukurova)
Prof.Dr.Mehmet KILINÇ (Selçuk)
Yrd.Doç.Dr.Cumhur KILINÇER (Trakya)
Yrd.Doç.Dr.Tayfun KIR (GATA)
Prof.Dr.Ziya KIRKALI (Dokuz Eylül)
Doç.Dr.Mehmet KIRNAP (Erciyes)
Prof.Dr.Fikret KIROĞLU (Çukurova)
Prof.Dr.Güneş KIZILTAN (Cerrahpaşa)
Prof.Dr.Nural KİPER (Hacettepe)
Prof.Dr.Kenan KOCABAY Abant İzzet Baysal)
Yrd.Doç.Dr.Ercan KOKAÇOĞ (Fırat)
Yrd.Doç.Dr.Serhat KOCAMANOĞLU (O.Mayıs)
Yrd.Doç.Dr.Aytaç KOÇAK (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Hasan KOÇOĞLU (Gaziantep)
Dr. Hikmet KOÇYİĞİT (İzmir Atatürk Eğ. Hst.)

Doç.Dr.Abdurrahim KOÇYİĞİT (Harran)
Prof.Dr.Mişel KOKINO (Trakya)
Prof.Dr.Dildar KONUKOĞLU (Cerrahpaşa)
Doç.Dr.Emel KOPTAGEL (Cumhuriyet)
Doç.Dr.Cem KOPUZ (O.Mayıs)
Doç.Dr.Adnan KORKMAZ (O.Mayıs)
Prof.Dr.Mehmet E. KORKMAZ (Başkent)
Prof.Dr.Halil KOYUNCU (Cerrahpaşa)
Yrd.Doç.Dr.M.Erkan KOZANOĞLU (Çukurova)
Prof.Dr.Arif KÖKÇÜ (O.Mayıs)
Prof.Dr.Ö.Faruk KÖKER (Çukurova)
Prof.Dr.Emine KÖKOĞLU (Cerrahpaşa)
Doç.Dr.Süheyla KÖSE (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Selçuk KÖSE (Trakya)
Yrd.Doç.Dr.Destan Nil KULAÇOĞLU (Atatürk)
Op.Dr. Gülcan KURAL (Ankara Numune Hst.)
Doç.Dr.Ercan KURT (GATA)
Doç.Dr.Cengiz KURTMAN (Ankara)
Doç.Dr.Zafer KURUGÖL (Ege)
Prof.Dr.Semra KUŞTİMUR (Gazi)
Prof.Dr.Necmettin KUTLU (Karadeniz)
Doç.Dr.Tansu KÜÇÜK (GATA)
Doç.Dr. A.Şahap KÜKNER (Fırat)
Doç.Dr.Aysel KÜKNER (Fırat)
Prof.Dr.Hakan KÜLTÜRSAY (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Bora KÜPELİ (Gazi)
Prof.Dr.Necil KÜTÜKÇÜLER (Ege)
Doç.Dr.Özlem L.KAPUCU (Gazi)
Yrd.Doç.Dr.Funda LEVENDOĞLU (Selçuk)
Prof.Dr.Gülay LOĞOĞLU (Çukurova)
Yrd.Doç.Dr.İşıl MARAL (Gazi)
Prof.Dr.Cafer MARANGOZ (O.Mayıs)
Prof.Dr.İdris MEHMETOĞLU (Selçuk)
Prof.Dr.Recep MEMİK (Selçuk)
Dr. Asuman MEMİŞ (İzmir Atatürk Eğ. Hst.)
Yrd.Doç.Dr.Dilek MEMİŞ (Trakya)
Prof.Dr.Sevda MENEVŞE (Gazi)
Prof.Dr.Jale MENTEŞ (Ege)
Prof.Dr.Gülriş MENTEŞ (Ege)
Prof.Dr.Ufuk Ö. METE (Çukurova)
Prof.Dr.Sevgi MİR (Ege)
Prof.Dr.Çolpan MİRZATAŞ (Cerrahpaşa)
Prof.Dr.Gamze MOCAN KUZUY (Hacettepe)
Doç.Dr.Sevda MÜFTÜOĞLU (Hacettepe)
Doç.Dr.Lütfiye MÜSLÜMANOĞLU (Cerrahpaşa)
Prof.Dr.İstemi NALBANTGİL (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Kemal NAS (Dicle)
Yrd.Doç.Dr.Tuncay NAS (Gazi)
Prof.Dr.Yusuf NERGİZ (Dicle)
Prof.Dr.Necla NIŞLİ (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Ersan ODACI (O.Mayıs)
Prof.Dr.Aynur OĞUZ (Gazi)
Prof.Dr.Mahmut OĞUZ (Çukurova)
Doç.Dr.Özkan OĞUZ (Çukurova)
Doç.Dr.Atilla OĞUZHANOĞLU (Pamukkale)
Dr. Hakan OĞUZTÜRK (Cumhuriyet)
Prof.Dr.Adnan OKUR (Atatürk)
Prof.Dr.Güray OKYAR (Atatürk)
Prof.Dr. Rana OLGUNTÜRK (Gazi)
Yrd.Doç.Dr.Anıl ONAN (Gazi)
Doç.Dr.Bilge ONARLIOĞLU (Cumhuriyet)
Prof.Dr.Selçuk ONART (Uludağ)
Doç.Dr.Engin ORAL (Cerrahpaşa)
Yrd.Doç.Dr.İrfan ORHAN (Fırat)
Prof.Dr.Nafiz ORUÇ (Cerrahpaşa)
Doç.Dr.Ahmet ÖCAL (S.Demirel)
Prof.Dr.Kemal ÖDEV (Selçuk)
Doç.Dr.Güner ÖĞÜNÇ (Akdeniz)
Prof.Dr.Selmin ÖKESLİ (Selçuk)
Dr. Neşe ÖLMEZ (İzmir Atatürk Eğ. Hst.)
Prof.Dr.S.Ateş ÖNAL (Fırat)
Prof.Dr.Remzi ÖNDER (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Abdurrahman ÖNEN (Dicle)
Prof.Dr.Ünsal ÖNER (Gaziantep)
Prof.Dr.Pernur ÖNER (İstanbul)
Doç.Dr.Rahmi ÖRS (Atatürk)
Yrd.Doç.Dr.Eser ÖZ (Gazi)
Doç.Dr.Tijen ÖZACAR (Ege)
Prof.Dr.Sinan ÖZALP (Osmangazi)
Doç.Dr.Nadire ÖZARAS (Marmara)
Yrd.Doç.Dr.Günnur ÖZBAKİŞ DENGİZ (Atatürk)
Prof.Dr.Beril ÖZBAKKALOĞLU (Celal Bayar)
Yrd.Doç.Dr.Hamdi ÖZCAN (İnönü)
Doç.Dr.Zehra ÖZCAN (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Altan A. ÖZCAN (Çukurova)
Prof.Dr.Okan ÖZCAN (GATA)
Doç.Dr.Hayriye Uğur ÖZÇELİK (Hacettepe)
Doç.Dr.Fezal ÖZDEMİR (Ege)
Yrd.Doç.Dr.H.Mustafa ÖZDEMİR (Selçuk)
Prof.Dr.Yüksel ÖZDEMİR (Harran)
Prof.Dr.Sevki ÖZDEMİR (Atatürk)
Prof.Dr.Sibel ÖZEKMEKÇİ (Cerrahpaşa)

Prof.Dr.Şükri ÖZER (Selçuk)
Yrd.Doç.Dr.Mehmet Asım ÖZER (Ege)
Doç.Dr.Önder M. ÖZERBİL (Selçuk)
Doç.Dr.Semih ÖZEREN (Kocaeli)
Doç.Dr.Ufuk ÖZERGİN (Selçuk)
Doç.Dr.Filiz ÖZERKAN (Ege)
Prof.Dr.Saadet ÖZGEN (Hacettepe)
Prof.Dr.Servet ÖZGÜR (Gaziantep)
Yrd.Doç.Dr.Hülya ÖZGÜR (Çukurova)
Prof.Dr.Uğur ÖZİÇ (Celal Bayar)
Dr. Seçil ÖZKAN (Gazi)
Prof.Dr.Sehirbay ÖZKAN (Cerrahpaşa)
Prof.Dr.Soner ÖZKAN (Hacettepe)
Doç.Dr.Feriha ÖZKAN (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Özay ÖZKAYA (Hacettepe)
Prof.Dr.Reha ÖZKEÇELİ (Çukurova)
Prof.Dr.Hayal ÖZKILIÇ (Ege)
Prof.Dr.Cihangir ÖZKINAY (Ege)
Prof.Dr.Ferda ÖZKINAY (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Sibel ÖZKURT (Pamukkale)
Prof.Dr.Murat ÖZSAN (Ankara)
Yrd.Doç.Dr.Sefa Levent ÖZŞAHİN (Cumhuriyet)
Yrd.Doç.Dr.Cemile ÖZTİN ÖĞÜN (Selçuk)
Yrd.Doç.Dr.Yasemin ÖZTOP (Cumhuriyet)
Prof.Dr.Günseli ÖZTÜRK (Ege)
Prof.Dr.Yusuf ÖZTÜRK (Erciyes)
Yrd.Doç.Dr.Kayhan ÖZTÜRK (Selçuk)
Doç.Dr.Haluk ÖZTÜRK (GATA)
Prof.Dr.Serap ÖZTÜRKCAN (Celal Bayar)
Yrd.Doç.Dr.İrfan ÖZYAZGAN (Erciyes)
Prof.Dr.Alparslan ÖZYAZICI (Hacettepe)
Prof.Dr.Zafer PAMUK (Trakya)
Prof.Dr.Kemal PAMUKÇU (Ege)
Prof.Dr.Aytül PARLAR (Ege)
Prof.Dr.Hatice PAŞAOĞLU (Gazi)
Uz.Dr. Yeşim PEKİNDİL (Trakya)
Prof.Dr.Yıldız PEKŞEN (O.Mayıs)
Doç.Dr.E.Ferda PERÇİN (Cumhuriyet)
Yrd.Doç.Dr.Ergün PINARBAŞI (Cumhuriyet)
Yrd.Doç.Dr.Lütfiye PİRBUDAK (Gaziantep)
Prof.Dr.Sait POLAT (Çukurova)
Doç.Dr.K.Yalçın POLAT (Atatürk)
Doç.Dr.Özkan POLAT (Atatürk)
Prof.Dr.Ömer POYRAZ (Cumhuriyet)
Prof.Dr.Mehmet PUL (Trakya)
Doç.Dr.Murat Çetin RAĞBETLİ (Yüzüncü Yıl)
Prof.Dr.Seyyal ROTA (Gazi)
Yrd.Doç.Dr.Esra SAATÇI (Çukurova)
Prof.Dr.Hakani SABİROĞLU (Yüzüncü Yıl)
Yrd.Doç.Dr.Nevin SAĞSÖZ (Kırıkkale)
Prof.Dr.Ahmet SALBACAK (Selçuk)
Doç.Dr.Neşe SALTÖĞLU (Çukurova)
Prof.Dr.Ayşeğül Jale SARAÇ (Dicle)
Doç.Dr.Nedim SAVACI (Selçuk)
Prof.Dr.Nurşen SAYIN (Ankara)
Prof.Dr.Haluk B. SAYMAN (Cerrahpaşa)
Doç.Dr.Erol SELİMOĞLU (Atatürk)
Doç.Dr.Atilla SEMERCİÖZ (Fırat)
Prof.Dr. Ayşe SERDAROĞLU (Gazi)
Yrd.Doç.Dr.Mustafa SERDENGECİTİ (Selçuk)
Doç.Dr.T. Ahmet SEREL (S.Demirel)
Doç.Dr.Simay SERİN (Pamukkale)
Prof.Dr.Arzu SEVEN (Cerrahpaşa)
Prof.Dr.Erkan SEVİNÇ (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Şaban SEZEN (Kırıkkale)
Prof.Dr.İlhan SEZGİN (Cumhuriyet)
Yrd.Doç.Dr.Başar SIRMAGÜL (Osmangazi)
Doç.Dr.Fatma SIRMATEL (Gaziantep)
Doç.Dr.Muzaffer SİNDEL (Akdeniz)
Prof.Dr.Hasan SOLAK (Selçuk)
Prof.Dr.Suna SOLMAZ (Çukurova)
Prof.Dr.Cahide SOYDAŞ ÇINAR (Ege)
Prof.Dr.Refik SOYLU (Selçuk)
Doç.Dr.Ömer SOYSAL (İnönü)
Doç.Dr.Murat SÖKER (Dicle)
Yrd.Doç.Dr.Sevin SÖKER ÇAKMAK (Dicle)
Prof.Dr.Hüseyin SÖNMEZ (Cerrahpaşa)
Doç.Dr.Figen SÖYLEMEZOĞLU (Hacettepe)

Uz.Dr. Sinan SÖZEN (Gazi)
Doç.Dr.Eser SÖZMEN (Ege)
Prof.Dr.Nedim SULTAN (Gazi)
Doç.Dr.Arzu SUNGUR (Hacettepe)
Doç.Dr.Hülya SUNGURTEKİN (Pamukkale)
Prof.Dr.A.Hikmet SÜER (GATA)
Doç.Dr.Selma SÜER GÖKMEN (Trakya)
Yrd.Doç.Dr.Halis SÜLEYMAN (Atatürk)
Prof.Dr.Bülent SÜMERKAN (Erciyes)
Prof.Dr.M.Yavuz SÜTBEYAZ (Atatürk)
Prof.Dr.Gülşay ŞADAN (Akdeniz)
Doç.Dr.Tunç ŞAFAK (Hacettepe)
Yrd.Doç.Dr.M.Turhan ŞAHİN (Celal Bayar)
Doç.Dr.Mustafa ŞAHİN (Selçuk)
Yrd.Doç.Dr.Bünyamin ŞAHİN (O.Mayıs)
Prof.Dr.İzzet ŞAHİN (Erciyes)
Doç.Dr.Hayrettin ŞAHİN (Dicle)
Yrd.Doç.Dr.Ünal ŞAHİN (S.Demirel)
Doç.Dr.Varol ŞAHİNTÜRK (Osmangazi)
Dr. İlker ŞEN (Gazi)
Doç.Dr.Kazım ŞENEL (Atatürk)
Yrd.Doç.Dr.Bengi ŞENER (Osmangazi)
Prof.Dr.Turgay ŞENER (Osmangazi)
Doç.Dr.Burçin ŞENER (Hacettepe)
Prof.Dr.R.Nuri ŞENER (Ege)
Prof.Dr.Mustafa ŞENGEZER (GATA)
Doç.Dr.Taşkın ŞENTÜRK Adnan Menderes)
Prof.Dr.Teoman ŞEŞEN (O.Mayıs)
Yrd.Doç.Dr.Israfil ŞİMŞEK (Selçuk)
Prof.Dr.Ümit ŞİMŞEK (Uludağ)
Doç.Dr.Ufuk TALU (İstanbul)
Prof.Dr.Remziye TANAÇ (Ege)
Doç.Dr.Zeki TANER (Gazi)
Yrd.Doç.Dr.Mete TANIR (Osmangazi)
Doç.Dr.Özgül TAP (Çukurova)
Doç.Dr.Niyazi TAŞCI (O.Mayıs)
Doç.Dr.Nebahat TAŞDEMİR (Dicle)
Doç.Dr.Öğüz TAŞDEMİR Türkiye Yüksek İht.Has.
Prof.Dr.Harun TATAR (GATA)
Prof.Dr.Yüksel TATKAN (Selçuk)
Prof.Dr.Şakir TAVLI (Selçuk)
Yrd.Doç.Dr.Şakir TEKİN (Selçuk)
Doç.Dr.Başar TEKİN (Osmangazi)
Doç.Dr.Elvan TERCAN (Erciyes)
Doç.Dr.Bülent TIRAŞ (Gazi)
Prof.Dr.Ali Muhtar TİFTİK (Selçuk)
Doç.Dr.Demet TOK (Celal Bayar)
Yrd.Dr.Rifat TOKYAY (Uludağ)
Doç.Dr.Erkan TOMATIR (Pamukkale)
Prof.Dr.Nizamettin TOPRAK (Dicle)
Yrd.Doç.Dr.Tuncer TUĞ (Fırat)
Prof.Dr.Işık TUĞLULAR (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Hakan TUNA (Trakya)
Prof.Dr.Candaş TUNALI (Çukurova)
Doç.Dr.İsmail Cengiz TUNCAY (Başkent)
Doç.Dr.İnci TUNCER (Selçuk)
Doç.Dr.Recep TUNCER (Çukurova)
Dr. Özgül TUNÇ (Osmangazi)
Prof.Dr.Arslan TUNÇBILEK (Ankara)
Prof.Dr.Ömer TUNÇER (Cerrahpaşa)
Doç.Dr.Uğur Tank TURAÇLAR (Cumhuriyet)
Doç.Dr.Cüneyt TURAN (Erciyes)
Prof.Dr.Havvanur TURGUTALP (Karadeniz)
Prof.Dr.Ahmet U. TURHAN (Karadeniz)
Prof.Dr.Nilgün TURHAN Fatih)
Yrd.Doç.Dr.Ayşe Dicle TURHANOĞLU (Dicle)
Prof.Dr.Emel TÜMBAY (Ege)
Doç.Dr.Alper TÜNGER (Ege)
Prof.Dr.Ayla TÜR (O.Mayıs)
Prof.Dr.Sevgi TÜRET (Gazi)
Doç.Dr.Emel TÜRK ARIBAŞ (Selçuk)
Prof.Dr.Levent TÜRKERİ (Marmara)
Prof.Dr.Cüneyt TÜRKÖĞLÜ (Ege)
Prof.Dr.Rıza TÜRKÖZ (Başkent ÜTF Adana Hst.)
Prof.Dr.Sarenur TÜTÜNCÜOĞLU (Ege)
Prof.Dr.Hatice UĞURLU (Selçuk)
Yrd.Doç.Dr.Sedat ULKATAN (Kırıkkale)
Prof.Dr.Mustafa ULUKUŞ (Ege)

Doç.Dr.Onur URAL (Selçuk)
Doç.Dr.Ali Uğur URAL (GATA)
Yrd.Doç.Dr.Ertan URAL (Kocaeli)
Yrd.Doç.Dr.Dilek URAL (Kocaeli)
Doç.Dr.S.Sabri USLU (Gazi)
Yrd.Doç.Dr.Hatice USLU (Atatürk)
Doç.Dr.Ezel USLU (Cerrahpaşa)
Prof.Dr.Şemsettin USTAÇELEBLİ (Hacettepe)
Doç.Dr.Bekir Sami UYANIK (Celal Bayar)
Doç.Dr.Füsun UYSAL (Çukurova)
Prof.Dr.Asuman UYSALEL (Ankara)
Prof.Dr.Adnan UYSALEL (Ankara)
Prof.Dr.Nedret UZEL (İstanbul)
Yrd.Doç.Dr.Öğüz UZUN Ondakuz Mayıs)
Yrd.Doç.Dr.Ahmet UZUN (O.Mayıs)
Uz.Dr. Kaan UZUNCA (Trakya)
Yrd.Doç.Dr.Sıddık ÜLGEN (Dicle)
Doç.Dr.İdil ÜNAL (Ege)
Prof.Dr.Serhat ÜNAL (Hacettepe)
Prof.Dr.Ahmet ÜNAL (Cumhuriyet)
Prof.Dr.M. ÜNALDI (Selçuk)
Prof.Dr.Mustafa ÜNLÜ (Gazi)
Doç.Dr.Kaan ÜNLÜ (Dicle)
Doç.Dr.Yağız ÜRESİN (İstanbul)
Yrd.Doç.Dr.Çağatay ÜSTÜN (Ege)
Doç.Dr.İsmail ÜSTÜNEL (Akdeniz)
Doç.Dr.Fadil VARDAR (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Celalettin VATANSEV (Selçuk)
Doç.Dr.Hüseyin VURAL (Harran)
Prof.Dr.Raif Vural YAĞCI (Ege)
Prof.Dr.Ayşe YAĞCI (Ege)
Doç.Dr.Meltem YAĞMUR (Çukurova)
Prof.Dr.Ayten YAKUT (Osmangazi)
Yrd.Doç.Dr.Kendal YALÇIN (Dicle)
Doç.Dr.Rıdvan YALÇIN (Gazi)
Doç.Dr.Ömer T. YALÇIN (Osmangazi)
Doç.Dr.Orhan YALÇIN (Fırat)
Prof.Dr.Şinasi YALÇIN (Fırat)
Prof.Dr.Önay YALÇIN (İstanbul)
Yrd.Doç.Dr.Meltem YALINAY ÇIRAK (Gazi)
Yrd.Doç.Dr.Hakan YAMAN (S.Demirel)
Doç.Dr.Melda YARDIMOĞLU (Kocaeli)
Yrd.Doç.Dr.Oğuz YAVUZGİL (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Pelin YAZGAN (Harran)
Doç.Dr.M.Kazım YAZICI (Hacettepe)
Yrd.Doç.Dr.İzzet YELKOVAN (Cumhuriyet)
Yrd.Doç.Dr.Ercan YENİ (Harran)
Doç.Dr.Dilek YEŞİLBURSA (Uludağ)
Yrd.Doç.Dr.Hanefi YILDIRIM (Fırat)
Yrd.Doç.Dr.Cuma YILDIRIM (Gaziantep)
Prof.Dr.Mülazım YILDIRIM (Gazi)
Prof.Dr.Atilla YILDIRIM (Osmangazi)
Dr. Engin YILDIRIM (Osmangazi)
Prof.Dr.İbrahim YILDIRIM (Cerrahpaşa)
Prof.Dr.Akgün YILDIZ (Gazi)
Doç.Dr.F.Füsun YILDIZ (Kocaeli)
Doç.Dr.Ahmet Turan YILMAZ (GATA)
Doç.Dr.Fahri YILMAZ (Dicle)
Prof.Dr.Mustafa YILMAZ (Fırat)
Prof.Dr.Nuran YILMAZ (İstanbul)
Doç.Dr.Aysun YILMAZLAR (Uludağ)
Prof.Dr.Ufuk YİĞİTŞUBAY (Cerrahpaşa)
Doç.Dr.Serdar YOL (Selçuk)
Dr. Kaya YORGANCI (Hacettepe)
Doç.Dr.Yener YÖRÜK (Trakya)
Prof.Dr.Sumru YURDARUL (Osmangazi)
Dr. Hüseyin YÜCE (Fırat)
Prof.Dr.Ahmet H. YÜCEL (Çukurova)
Prof.Dr.Selçuk YÜCESAN (Harran)
Prof.Dr.Mustafa YÜKSEL (Marmara)
Doç.Dr.Betigül YÜRÜTEN (Selçuk)
Doç.Dr.Adil ZAMANI (Selçuk)
Uz.Dr. Pınar ZARAKOLU (Hacettepe)
Prof.Dr.Emel ZENGİN (Cerrahpaşa)
Yrd.Doç.Dr.Şahin ZETEROĞLU (Yüzüncü Yıl)
Doç.Dr.Ayşin ZEYTİNOĞLU (Ege)
Prof.Dr.Mehmet ZİLELİ (Ege)
Yrd.Doc.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 Üyelerinden oluşmaktadır.

Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

www.turkiye-klinikleri.com

TÜRKİYE KLİNİKLERİ MEDİTEST DERGİSİ

Sahibi

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL

e-posta: hakgul@turkiye-klinikleri.com

(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.Seher BOSTANCI, Prof.Dr.F. Işık BÖKESOY,

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

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

Prof.Dr.Ayşegül DEMİRHAN ERDEMİR,

Prof.Dr.Pakize DOĞAN, Prof.Dr.Semra V. DÜNDAR,

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

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

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

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

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

Prof.Dr.Erkan İBİŞ, Prof.Dr.Uğur KANDİLCİ,

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

Prof.Dr.Zeynep MISIRLIĞİL, Prof.Dr.Nermin MUTLUER,

Prof.Dr.Numan NUMANOĞLU, Prof.Dr.İlker ÖKTEN,

Prof.Dr.Necatî ÖRMECİ, Prof.Dr.Ülken ÖRS,

Prof.Dr.Yalçın ÖZKAPTAN, Prof.Dr.Yücel PAK,

Prof.Dr.İrfan 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

e-posta: makgul@turkiye-klinikleri.com

Genel Yayın Koordinatörü

Uz.Dr.Sinan KORUKLUOĞLU

e-posta: skoruklu@turkiye-klinikleri.com

Yayınlar Teknik Koordinatörü

Recep ÇELEN

Reklam Koordinatörü

Dr.Deniz AKAGÜNDÜZ

e-posta: daakgul@turkiye-klinikleri.com

Abone ve Halkla İlişkiler Sekreterliği

Habibe ATAY

e-posta: abone@turkiye-klinikleri.com

Ankara Kitabevi

Kazım ERCAN, Hakkı KAHVECİ

Yönetim Merkezi: Talatpaşa Bulvarı No:102/1

06230 Hamamönü/ANKARA

Tel : (0312) 309 36 66 pbx.

Faks : (0312) 312 67 41

e-mail: meditest@turkiye-klinikleri.com

Web : www.turkiye-klinikleri.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 Fiyatı: Bir yıllık abone fiyatı (2002 İçin) KDV dahil 24.000.000 TL'dir.

Abone olmak isteyenlerin; Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.'nin 149599 numaralı Posta Çeki hesabına ya da İş Bankası Ankara Dikimevi Şubesi 801000 (**havale ücreti alınmaz**) numaralı banka hesabına gerekli ücreti yatırıp, dekontu (ücretin MEDİTEST Dergisi aboneliği için ödendiğini belirten) kısa bir mektupla birlikte Talatpaşa Bulvarı No:102/1 06230 Hamamönü/Ankara adresine göndermeleri yeterlidir.

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

Reklam konusunda tüm görüşmeler;

Reklam Koordinatörü: Dr.Deniz Akagündüz

Tel : (0312) 309 36 66 pbx.

Faks : (0312) 312 67 41

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

ISSN: 1300-0276

Baskı: Türkiye Klinikleri, ANKARA

Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

Cilt 11

Sayı 4

Mayıs-Haziran 2002

Tıp eğitimi, tıp fakültelerinde bitmez; ancak başlar.

W.H. Welch

İÇİNDEKİLER

175	225
Pediyatri	Dermatoloji
220	231
Psikiyatri	Halk Sağlığı

DERMATOLOJİ

1. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde artmış vitiligo insidansına rastlanılmaz?

- a) Diabetes mellitus
- b) Tirotoksikoz
- c) Hipoparatiroidizm
- d) Mikrositer anemi
- e) Alopesi areata

AÇIKLAMA: Diabetes mellitus, tirotoksikoz, hipoparatiroidizm ve alopesi areatada artmış vitiligo insidansı varken, mikrositer anemide yoktur.

Cevap D (*Fitzpatrick, Dermatology in General Medicine, 5.baskı, 1999, s.953-954*)

2. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde oral mukoza tutulumu görülmez?

- a) Liken planus
- b) Peutz-Jeghers Sendromu
- c) Pemfigoid
- d) Dermatit herpesiformis
- e) Herpes gestasyones

AÇIKLAMA: Herpes gestasyones'de oral mukoza tutulumu görülmez.

Cevap E (*Fitzpatrick, Dermatology Secret, 1.baskı, 1996, s.64*)

3. Akrodermatitis enteropatika hangi element eksikliğinde ortaya çıkar?

- a) Bakır
- b) Çinko
- c) Demir
- d) İyot
- e) Kalsiyum

AÇIKLAMA: Akrodermatitis enteropatikada çinko eksikliği görülür.

Cevap B (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.509*)

4. Kandida enfeksiyonu için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Sağlıklı erişkinde saprofit olarak bulunabilmektedir.
- b) Diabetes mellituslu hastalarda kandida enfeksiyonuna eğilim artmıştır.
- c) Wood ışığı altında yeşil floresans verir.
- d) Bebek bezi dermatitinde etkindir.
- e) İmmün supresif hastalarda patojendir.

AÇIKLAMA: Wood ışığı altında yeşil floresans vermez.

Cevap C (*Fitzpatrick, Dermatology in General Medicine, 5.baskı, 1999, s.2358-2360*)

5. Aşağıdakilerden hangisi skatrisiyel alopesiye neden olmaz?

- a) Follikülitis dekalvans
- b) DLE
- c) Akne keloidalis
- d) Alopesi areata
- e) Liken planopilaris

AÇIKLAMA: Alopesi areata'da skatrisiyel alopesi görülmez.

Cevap D (*Fitzpatrick, Dermatology in General Medicine, 5.baskı, 1999, s.743-745*)

6. Aşağıdaki klinik özelliklerden hangisi dermatomiyozitte görülmez?

- a) Sarı tırnaklar
- b) Yüzde heliotrope eritem
- c) Periorbital ödem
- d) Kalsinozis kutis
- e) Dilate tırnak yatağı kapillerler

AÇIKLAMA: Sarı tırnaklar dermatomiyozitte görülmez.

Cevap A (*Fitzpatrick, Dermatology in General Medicine, 5.baskı, 1999, s.2012*)

7. Aşağıdakilerden hangisi psöriazisin klinik özelliklerinden değildir?

- a) Autspitz fenomeni
- b) Köbner fenomeni
- c) Yüksük tırnak
- d) Artrit
- e) Çomak parmak

AÇIKLAMA: Çomak parmak psöriaziste görülmez.

Cevap E (*Fitzpatrick, Dermatology in General Medicine, 5.baskı, 1999, s.499*)

8. Aşağıdakilerden hangisi herpes zoster enfeksiyonuna predispozisyon oluşturmaz?

- a) Geçirilmiş herpes simpleks enfeksiyonu
- b) Hodgkin lenfoması
- c) Steroid tedavisi
- d) Lösemi
- e) Radyoterapi

AÇIKLAMA: Geçirilmiş herpes simpleks enfeksiyonu herpes zoster enfeksiyonuna predispozisyon oluşturmaz.

Cevap A (*Fitzpatrick, Dermatology in General Medicine, 5.baskı, 1999, s.2428*)

DERMATOLOJİ

9. Ürtiker etiyolojisinde aşağıdakilerden hangisi bulunmaz?

- a) Diş çürükleri
- b) Yüzeysel mantar enfeksiyonları
- c) Karsinomalar
- d) Hepatit
- e) Arsenik entoksikasyonu

AÇIKLAMA: Ürtiker etiyolojisinde arsenik entoksikasyonu bulunmaz.

Cevap E (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.282*)

10.Eritrodermi için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Lenfadenopati sık görülen bir bulgudur.
- b) Seboreik dermatit etiyolojide rol oynayan hastalıklardandır.
- c) Kardiyak out-put düşer.
- d) Hipotermi önemli bir problem oluşturur.
- e) Hipoalbuminemi görülebilir.

AÇIKLAMA: Eritrodermide kardiyak out-put düşmez, artabilir.

Cevap C (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.349-351*)

11.Aşağıdakilerden hangisi lupus vulgaris için yanlıştır?

- a) Primer enfeksiyon sonrasında oluşur.
- b) Karakteristik lezyonu elma jölesi görünümünde nodüllü plaklıdır.
- c) Konjonktival mukozaya etkilenebilir.
- d) Etkilenen bölgede skuamöz hücreli epiteliyoma gelişebilir.
- e) Kıkırdak doku basile dirençlidir.

AÇIKLAMA: Kıkırdak doku basile dirençli değildir, sıklıkla tutulur.

Cevap E (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.123-124*)

12.Aşağıdakilerden hangisi eritema nodozum etiyolojisinde bulunmaz?

- a) Sarkoidoz
- b) Tüberküloz
- c) Behçet hastalığı
- d) Streptokokal enfeksiyonlar
- e) Uyuz

AÇIKLAMA: Uyuz eritema nodozum etiyolojisinde bulunmaz.

Cevap E (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.501*)

13.Aşağıdaki dermatozlardan hangisi ano-genital bölgeyi etkilemez?

- a) Kandidiyazis
- b) Keratoderma blenorajik
- c) Pediküloz

- d) Hidradenitis suppurativa
- e) Eritrazma

AÇIKLAMA: Keratoderma blenorajika, Reiter sendromunda planter bölgeleri tutar.

Cevap B (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.336*)

14.Hangisi liken planus için yanlıştır?

- a) Tipik lezyonları parlak mor renkli, Wickham striae'lerinin gözlemlendiği papüllerdir.
- b) Skarsız alopesi bir komplikasyondur.
- c) İntra oral ve genital mukozada beyaz renkli lezyonlar görülür.
- d) Tırnak plağının incilmesi görülebilir.
- e) Glans peniste annüler lezyonlar sıktır.

AÇIKLAMA: Liken planus skatrisiyel alopesi nedenlerindedir.

Cevap B (*Fitzpatrick, Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology, Common and Serious Diseases, 3.baskı, 1997, s.34*)

15.Sebum aşağıdakilerden hangisini içermez?

- a) Wax esterleri
- b) Squalen
- c) Kolesterol esterler
- d) Ergosterol
- e) Trigliseridler

AÇIKLAMA: Sebum ergosterol içermez, wax esterleri, squalen, kolesterol esterleri ve trigliseritleri içerir.

Cevap D (*Fitzpatrick, Dermatology Secrets, 1.baskı, 1996, s.135*)

16.Staz dermatitinde kahverengi pigmentasyona sebep olan aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Melanin
- b) Hemoglobin
- c) Hemosiderin
- d) Lipofuksin
- e) Ferritin

AÇIKLAMA: Staz dermatitinde kahverengi pigmentasyona sebep olan Hemosiderin'dir.

Cevap C (*Fitzpatrick, Dermatology Secrets, 1.baskı, 1996, s.363*)

17.Yerel kortikosteroidlerin etkinlik sınıflaması hangi etkilerine göre yapılır?

- a) Vazokonstriktif etki
- b) Antiinflamatuvar etki
- c) Antiproliferatif etki
- d) Antipruritik etki
- e) Antikemotaktik etki

AÇIKLAMA: Yerel kortikosteroidlerin etkinlik sınıflamaları vazokonstriktif etkilerine göre yapılır.

Cevap A (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.73*)

18.Aşağıdakilerden hangisi sifiliz için doğrudur?

- Treponema pallidum ısıya ve soğuğa karşı dirençlidir.
- Primer ve sekonder sifilizde tedavinin etkinliği VDRL titresinde düşme ile izlenebilir.
- Primer lezyonla, sekonder dönem erupsiyonları arasındaki süre genellikle 2 haftadır.
- Tedavi edilmemiş hastalar kesinlikle semptomatik tersiyer sifiliz geçirirler.
- RPR en spesifik sifiliz testidir.

AÇIKLAMA: Primer ve sekonder sifilizde tedavinin etkinliği VDRL titresinde düşme ile izlenebilir.

Cevap B (*Aksungur, Deri Sorunlarında Basamak Basamak Tanı ve Öneriler, 1.baskı, 1999, s.284*)

19.Aşağıdakilerden hangisi akne vulgarisin ayırıcı tanısına girmez?

- Stafilokokkus aureus follikülit
- Psödofollikülitis barba
- Perioral dermatit
- Spider anjiyoma
- Akne rozasea

AÇIKLAMA: Spider anjiyomlar akne vulgaris ayırıcı tanısına girmez.

Cevap D (*Fitzpatrick, Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology, Common and Serious Diseases, 3.baskı, 1997, s.4*)

20.Eritrazma tedavisinde aşağıdaki antibiyotiklerden hangisi seçilmelidir?

- Sefaleksim
- Makrolidler
- Gentamisin
- Vankomisin
- Siprofloksasin

AÇIKLAMA: Cornebacterium Minitissimum makrolidlere iyi yanıt verir.

Cevap B (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.113*)

21.Aşağıdaki hastalıklardan hangisi skatrisiyel alopesi yapar?

- Trikotillomani
- Tinea capitis superficialis
- Alopesia areolaris specifica
- Lichen planopilaris
- Alopesia areata

AÇIKLAMA: Yanlış olan şıklar lokalize nonskatrisiyel alopesi nedenleridir.

Cevap D (*Andrew's Diseases of the Skin, 9.baskı, 2000, s.945*)

22.Aşağıdaki dermatozlardan hangisinde büllöz lezyonlar izlenmez?

- Porfirya kutanea tarda
- Konjenital sifiliz
- Lupus vulgaris
- Eritema multiforme
- Büllöz pemfigoid

AÇIKLAMA: Lupus vulgariste büllöz lezyonlar görülmez.

Cevap C (*Fitzpatrick, Dermatology in General Medicine, 5.baskı, 1999, s.25-26,2568*)

23.Aşağıdakilerden hangisi nekrobiyozis lipoidika diabetikorum için yanlıştır?

- Kadınlarda daha sık gözlenir.
- Diabetes mellitusun ortaya çıkışından yıllarca önce ortaya çıkabilir.
- Uzun süredir varolan plaklar ülsere olabilir.
- Plak üzerinde atrofi ve telenjektazi görülür.
- Lezyonlar tipik olarak saçlı deride gözlenir.

AÇIKLAMA: Lezyonlar tipik olarak tibia ön yüzünde gözlenir.

Cevap E (*Fitzpatrick, Dermatology in General Medicine, 5.baskı, 1999, s.1972-1973*)

24.Atopik dermatit ile ilgili doğru olan şıkkı işaretleyiniz.

- Tip IV (geç tip) aşırı duyarlılık reaksiyonu ile meydana gelir.
- Kserozis görülür.
- Auspitz fenomeni pozitifdir.
- Hapten yapısında maddelerin etkisi ile ortaya çıkar.
- Nikolsky fenomeni pozitifdir.

AÇIKLAMA:

- Tip IV aşırı duyarlılık reaksiyonu allerjik kontakt dermatitte görülür.
- Kserozis atopik dermatit tanısı koyduran minör kriterlerdendir.
- Auspitz fenomeni psöriaziste pozitiflik gösterir.
- Hapten yapısında maddelerin etkisi ile allerjik kontakt dermatit ortaya çıkar.
- Nikolsky fenomeni pemfigus grubu hastalıklarda pozitifdir.

Cevap B (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.273, 317,355*)

DERMATOLOJİ

25. Tuberoz sklerozla ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Mental retardasyon görülebilir.
- b) Epilepsi görülebilir.
- c) Travma ile bül oluşumları görülebilir.
- d) Fasiyal anjiyofibromlar olabilir.
- e) Koenen tümörleri görülebilir.

AÇIKLAMA: Diğer cevaplar, herediter bir hastalık olan Tuberoz Sklerozda görülebilen bulgulardır.

Cevap C (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.596*)

26. Dermatofitlerin etken olmadığı yüzeysel mantar enfeksiyonu hangisidir?

- a) Tinea korporis
- b) Tinea kapitis
- c) Onikomikozis
- d) Tinea versikolor
- e) Tinea inguinalis

AÇIKLAMA: Tinea versikolorun etkeni *Malassezia furfur* isimli mayalardır.

Cevap D (*Andrew's Diseases of the Skin, 9.baskı, 2000, s.388*)

27. Hangi sifilitik hastada sifilizin serolojik testleri yalancı negatif sonuç verebilir?

- a) Latent sifiliz
- b) Sekonder sifiliz
- c) AIDS'le sifiliz beraberliğinde
- d) Primer sifilizde
- e) Sistemik lupus eritematozus ile beraberliğinde

AÇIKLAMA: Sifiliz ve AIDS beraberliğinde sifilizin serolojik testleri yalancı negatif sonuçlanabilir. Diğer seçeneklerde serolojik testler reaktif sonuç verir.

Cevap C (*Andrew's Diseases of the Skin, 9.baskı, 2000, s.456*)

28. Penisilin allerjisi tanımlayan 3 aylık hamile ikinci dönem sifiliz kliniği gösteren hasta, hangi ilaçla tedavi edilmelidir?

- a) Penisilin
- b) Penisilin desensitizasyon sonrası penisilin
- c) Eritromisin
- d) Seftriakson
- e) Tetrasiklin

AÇIKLAMA: Sifilizde en etkili ajan penisilindir. Transplasental geçişi tamdır. Bu nedenle hamilelerde penisilin allerjisi olsa da mini dozlarda penisilin verilip desensitizasyon oluştuktan sonra penisilin etkin dozda kullanılır. Eritromisin transplasental geçişi tam değildir. Tetrasiklin fetal diş ve kemiklerde biriktiğinden hamilelerde kullanılmaz. Seftriakson kullanımı çalışma aşamasındadır.

Cevap B (*Braun-Falko, Dermatology, 2.baskı, 2000, s.260-286*)

29. Dermatolojide topikal tedavi prensipleri açısından hangisi yanlıştır?

- a) Losyonlar ve kremler kurumuş eksüda ve krutları temizlemek için kullanılabilirler.
- b) Kremlerin kurutucu, serinletici etkileri vardır.
- c) Yağlı kremler yumuşatıcı, nemlendirici etkiye sahiptirler.
- d) Merhemler kuru, skuamli lezyonlar ve intertrijöz bölgelerde kullanılır.
- e) Merhemler transepidermal su kaybını azaltır, bu nedenle nemlendirici, yumuşatıcı etkilidirler.

AÇIKLAMA: Merhemler, kuru skuamli lezyonlarda yumuşatıcı etkilerinden dolayı kullanılırlar. Fakat intertrijöz bölgelerde oklüzyon etkileri nedeniyle tercih edilmez. Onun yerine intertrijöz bölgelerde sulu pansuman ve kremler tercih edilir.

Cevap D (*Champion, Textbook of Dermatology, 1998, s.3519-3563*)

30. Seboreik dermatit için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Seboreik dermatitli olgularda sebace bez aktivitesi artmıştır.
- b) İnfantil ve erişkin dönemde seboreik dermatit görülür.
- c) Parkinson hastalarında seboreik dermatit sıklığı artmıştır.
- d) AIDS'li olgularda seboreik dermatit oldukça sıktır.
- e) Seboreik dermatit çinko ve B vitamininden zengin diyetle düzelir.

AÇIKLAMA: Çinko, serbest yağ asitleri ve B vitamini gibi eser elementlerin şiddetli eksikliği seboreik dermatit benzeri döküntü oluşturabilir. Fakat normal seboreik dermatit bu elementlerden zengin diyetle cevap vermez.

Cevap E (*Braun-Falko, Dermatology, 2.baskı, 2000, s.487-491*)

31. Psöriazis ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) 40 yaşın altında başlangıç gösteren psöriazisde familial geçiş riski fazladır.
- b) 40 yaşın üzerinde başlangıç gösteren psöriazisde familial geçiş riski azdır.
- c) Eritrodermik psöriazisde HLA B13 ve B17 birlikteliği sıktır.
- d) Ebeveynlerden birisi psöriazisli ise çocukta psöriazis gelişme olasılığı yaklaşık %60'dır.
- e) Ailede psöriazis hikayesi olmayan bir çocukta psöriazis gelişme olasılığı yaklaşık %1-2'dir.

AÇIKLAMA: Psöriazisde geçiş multigenetik veya multifaktöriyel paterndedir. 40 yaşın altında başlangıç gösterenlerde familyal geçiş oranı yüksek, 40 yaşın üzerinde başlangıç gösterenlerde ise genelde aile hikayesi yoktur. Farklı psöriazis tiplerinde belli HLA grupları ile birliktelik saptanmıştır. Örneğin; eritrodermik psöriazisde HLA B13 ve B17 birlikteliği sıktır.

Psöriazis toplumun %1-2'sinde görülür. Ebeveynlerden birinde psöriazis varsa risk %10-20, her ikisi de etkilenmişse %50'ye artar. Monozygotik ikizlerde %90 birliktelik görülür.

Cevap D (Braun-Falko, *Dermatology*, 2.baskı, 2000, s.585-608)

32.Liken planusla ilgili hangisi yanlıştır?

- Oldukça kaşıntılı bir hastalıktır.
- Deri ve mukozalarda hastalık görülürken deri ekleri etkilenmez.
- Deri lezyonları iyileşirken, koyu tenlilerde hiperpigmentasyon bırakabilir.
- Oral mukozada bül, erozyon, beyaz ağ şeklinde lezyonlar görülebilir.
- Bazı ilaçlar liken planus benzeri döküntü oluşturabilir.

AÇIKLAMA: Liken planus deri ve mukozanın sıklıkla tutulduğu daha az oranda tırnak distrofileri ve skatrisiyel alopesi oluşturan kaşıntılı papüler bir hastalıktır.

Cevap B (Braun-Falko, *Dermatology*, 2.baskı, 2000, s.623-629)

33.Aşağıdakilerden hangisi Behçet hastalığının deri bulguları arasında yer almaz?

- Tekrarlayan oral ülserler
- Papülopüstüler lezyonlar
- Nodüler lezyonlar
- Kutanöz vaskülit
- Granülomatöz lezyonlar

AÇIKLAMA: Granülomatöz lezyonlar Behçet hastalığının deri bulgularından değildir.

Cevap E (Tüzün, *Dermatoloji*, 2.baskı, 1994, s.394-396)

34.Hangisinde topikal kortikosteroidler hastalığı kötüleştirir?

- Rozasea
- Liken planus
- Birinci derece güneş yanığı
- Dermatit
- Sistemik lupus eritematozus

AÇIKLAMA: Rozaseada kortikosteroidler durumu alevlendirir.

Cevap A (Andrew's *Diseases of the Skin*, 9.baskı, 2000, s.302)

35.Aşağıdakilerden hangisi skatrisan alopesi nedenidir?

- Trikotillomani
- Alopesi areata
- Liken planus
- Androjenik alopesi
- Effluvium

AÇIKLAMA: Liken planus saçlı deriyi tuttuğunda folliküler ya da yama tarzında eritem ve infiltrasyona neden olup, skatrisle sonlanır.

Psikokutan dermatozlardan biri olan **trikotillomani** hastalarının saçlarını koparmaları sonucunda gelişir, saçlıklı görünüşlü saçların arasında bir alanda kısa ve seyrek bulunduğu bir alan yer alır.

Alopesi areata kıl folliküllerine karşı otoantikörlerin olduğu nedeni bilinmeyen lokalize saç dökülmesidir.

Androjenik alopesi androjenlerin yerel etkisine bağlı olarak özellikle baş saçlı derinin frontal ve vertikal alanlarında gelişen saç dökülmesidir.

Effluvium metabolik hastalıklar, ilaç, enfeksiyon ve strese bağlı olarak diffüz olarak anajen kılların telojene dönüşmesidir. Liken planus dışında hiçbirinde infiltrasyon ve skatris gelişimi bulunmaz.

Cevap C (Friedberg, *Dermatology in General Medicine*, 5.baskı, s.739-745)

36.Aşağıdakilerden hangisi sifiliz 2. devir bulgusu değildir?

- Rozeol sifilitik
- Kondiloma lata
- Plak müköz
- Gommöz sifiliz
- Püstüloülseratif sifiliz

AÇIKLAMA: Gomlar sifilizin üçüncü döneminde ortaya çıkan santral nekrozla ülsere olan subkutan nodüllerdir. Kondiloma lata genital ve perianal bölgede oluşan plaklardır. Plak müköz oral mukozada eritemli makül ve papüllerin birleşerek masere plaklara dönüşmesidir. Püstüloülseratif sifiliz düşük immüniteli hastalarda görülen, ateş, kilo kaybı ve nekrotik ülserlerin görüldüğü nadir bir formdur. Gom dışında tümü 2. devrede gözlenir.

Cevap D (Braun-Falco, *Dermatology*, 2.baskı, s.260-286)

37.Aşağıdakilerden hangisi nörofibromatozisde görülen deri bulgularından değildir?

- Kafeola lekeleri
- Yüzde sebace adenomlar
- Aksiller çillenme
- Nörofibromlar
- Pigmentasyon

DERMATOLOJİ

AÇIKLAMA: Gövdede yerleşen oval hiperpigmente maküller (Kafeola lekeleri) sayıları 5'ten fazla olduğunda nörofibromatozisin en belirgin bulgusudur. Aksiller çillenme nörofibromatoziste aksiller bölgedeki daha küçük hiperpigmente maküllerdir. Nörofibromlar değişik büyüklükte kutan (ağrısız) ve subkutan (ağrılı) yerleşimli yumuşak doku kitleleridir. Nörofibromatozisli hastalar melanosit aktivitesinin artışına bağlı olarak daha fazla melanin pigmenti ürettiklerinden hiperpigmentasyon sıklıdır. Özellikle burun çevresinde yerleşen sert, eritemli papüller olan sebace adenomlar tüberoz sklerozda gözlenen bir deri bulgusudur.

Cevap B (*Friedberg, Dermatology in General Medicine, s.2149,2152-2155*)

38.Aşağıdakilerden hangisi kalıtsal geçişli dermatozlardan değildir?

- a) Duhring hastalığı
- b) Kseroderma pigmentozum
- c) Epidermolizis büllöza
- d) İktiyozis
- e) Nörofibromatozis

AÇIKLAMA: Duhring hastalığı genetik geçişli değildir.

Cevap A (*Andrew's Diseases of the Skin, 9.baskı, 2000, s.600*)

39.Aşağıdaki alopesi türlerinden hangisi geri dönüşümlüdür?

- a) Pelad
- b) Favusa bağlı alopesi
- c) Sifilitik alopesi
- d) a+c
- e) a+b

AÇIKLAMA: Sifilitik alopesi sifilizin 2. devir belirtilerindedir ve geri dönüşümlüdür. Pelad da geri dönüşümlü alopesilerdendir.

Cevap D (*Andrew's Diseases of the Skin, 9.baskı, 2000, s.454*)

40.Favus en sık aşağıdakilerden hangisiyle oluşur?

- a) *Trichophyton schoenleinii*
- b) *Trichophyton mentagrophytes*
- c) *Trichophyton tonsurans*
- d) *Microsporum audouinii*
- e) *Microsporum canis*

AÇIKLAMA: Favus özellikle vertekste yerleşen kötü kokulu, sarı-yeşil krutların izlendiği nadir görülen

epidemik bir *tinea capitis* türüdür, olguların çoğunda etken *Trichophyton schoenleinii*'dir.

Cevap A (*Braun-Falco, Dermatology, 2.baskı, s.326*)

41.Aşağıdakilerden hangisi lupus eritematozun özgün deri bulgularındandır?

- a) Livedo retikularis
- b) Ürtikeryal vaskülit
- c) Periungual telenjektazi
- d) Lupus tumidus
- e) Raynaud fenomeni

AÇIKLAMA: Lupus tumidus (tumid LE) lupus eritematozusun erken evrede aşırı miktarda dermal mûsin birikimine bağlı olarak gelişen, ödemli ürtiker benzeri plaklarla karakterize nadir görülen bir tipidir. Diğer seçeneklerdeki klinik tablolar ise damarsal kaynaklı patolojiler olup, sadece lupus eritematozusa özgü olmayıp, bir çok bağ doku hastalığında gözlenmektedir.

Cevap D (*Friedberg, Dermatology in General Medicine, 1994, s.2002,2008*)

42.Aşağıdakilerden hangisi nodülokistik akne tedavisinde öncelikle kullanılmaz?

- a) İntralezyoner kortikosteroid
- b) Sistemik kortikosteroid
- c) Oral izotretinoin
- d) Topikal benzoil peroksit
- e) Cerrahi

AÇIKLAMA: Nodülokistik akne, şiddetli inflamasyonla seyreden duyarlı, fluktan nodüllerin gözlendiği bir akne türüdür, sıklıkla skatrisler gelişir. Tedavide a, b, c ve e seçeneklerinin tümü yer alır, özellikle komedon ve hafif inflamatuvar lezyonların tedavisi için faydalı olan benzoil peroksit nodülokistik lezyonlarda tek başına yeterli olmaz.

Cevap D (*Friedberg, Dermatology in General Medicine, 1994, s.771,775-777*)

43.Köbner fenomeni aşağıdakilerden hangisinde görülmez?

- a) Liken planus
- b) Alopesi areata
- c) Psöriazis
- d) Vitiligo
- e) Verruka vulgaris

AÇIKLAMA: Alopesi areata'da köbner fenomeni görülmez.

Cevap B (*Fitzpatrick, Dermatology in General Medicine, 5.baskı, 1999, s.32*)

HALK SAĞLIĞI

1. Tüberkülozla mücadelede yeni vaka bulmada en etkili iki yöntem aşağıdakilerden hangisidir?

1. Temaslı muayenesi
 2. Mikrofilm taraması
 3. PPD yapılıp belli kriterin üzerindeki mikrofilm taraması
 4. Semptomlu kişilerin Tbc yönünden değerlendirilmesi
 5. (0-6) yaş grubu çocuklarda PPD taraması
- a) 1 ve 2
 - b) 1 ve 3
 - c) 3 ve 4
 - d) 3 ve 5
 - e) 1 ve 4

AÇIKLAMA: Temaslı muayeneleri ve semptomlu kişilerin tüberküloz açısından araştırılması tüberküloz vakalarını bulmada en yararlı yöntemlerdir.

Cevap E (*Koçoğlu, Sağlık Ocağı Hekimleri İçin Verem Savaşı Notları, 1992, s.21; Koçoğlu, Verem Savaşı, 1986, s.19-20, 23-26*)

2. Aşağıdaki ölçütlerden hangisi ana sağlığı düzeyini belirlemede kullanılan en önemli ölçütlerdendir?

- a) 5 yaş altı ölüm oranı
- b) Post neonatal ölüm hızı
- c) Perinatal ölüm hızı
- d) Geç neonatal ölüm hızı
- e) Erkek çocuk, kız çocuk oranı

AÇIKLAMA: Perinatal ölüm hızı, toplumda ana sağlığı düzeyini, doğum öncesi bakımın yeterli ve doğumların sağlıklı koşullarda olup olmadığını gösteren önemli bir ölçüttür. Perinatal ölümler anne ölümlerine kıyasla daha sık görüldüğünden, o toplumdaki obstetrik hizmetlerin düzeyi hakkında daha iyi fikir verir.

Cevap C (*Bertan, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, 1995, s.121*)

3. Aşağıdakilerden hangisi Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından çocuklara önerilen rutin bağışıklama programında yer almaz?

- a) BCG aşısı
- b) Difteri aşısı
- c) Hepatit aşısı
- d) Oral polio aşısı
- e) Kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısı

AÇIKLAMA: Türkiye'de 1998 yılından bu yana rutin bağışıklama şeması; BCG, Difteri-Boğmaca-Tetanoz,

Hepatit, Oral Polio ve Kızamığa karşı bağışıklanmayı içermektedir.

Cevap E (*www.saglik.gov.tr*)

4. Aşağıdakilerden hangisi aile planlamasının amaçlarından değildir?

- a) İstenmeyen gebelikleri önlemek
- b) Daha sağlıklı çocuklar yetiştirmeye olanak sağlamak
- c) Hızlı nüfus artışının getirdiği sorunları bertaraf edip toplumun sağlıklı olmasına katkıda bulunmak
- d) Ailelerin çok sayıda çocuk sahibi olmasını engellemek
- e) Çocuk sahibi olmak isteyen ve olamayanlara tıbbi imkanlarla yardımcı olmak.

AÇIKLAMA: Aile planlamasının amacı ailelerin isteklerine göre gebelik sayısı ve aralıklarını kontrol edebilmeleridir. Nüfus planlaması ise ailelerin belli bir sayının üzerinde çocuk sahibi olmasını engellemeyi amaçlamaktadır.

Cevap D (*Bertan, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, 1995, s.140*)

5. İki dağılımın yaygınlıklarını karşılaştırmak için en iyi ölçü aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Standart sapma
- b) Varyans
- c) Standart hata
- d) Dağılım aralığı
- e) Varyasyon katsayısı

AÇIKLAMA: Varyasyon katsayısı dağılımın yaygınlığını göstermede en iyi ölçüttür. Standart sapmanın ortalamaya göre yüzde kaçlık bir değişim gösterdiğini belirtir. Standart sapma da dağılımın yaygınlığını gösteren bir ölçüdür. Ancak standart sapma ile dağılım hakkında çok fazla bir şey söylenemez. Çünkü bulduğumuz standart sapma değeri mutlak bir değer olduğundan büyük müdür, yoksa küçük müdür karar verilemez. Varyans da yaygınlık gösterip, standart sapmanın karesidir. Standart hata ve dağılım aralığı en iyi ölçüt değildir.

Cevap E (*Sümbüloğlu, Biyoistatistik, 6.baskı, 1995*)

6. Klonlanan içme sularında serbest (bakiye) klor miktarı şebekenin uç noktalarında hangi sınırlarda olursa normal kabul edilmelidir?

- a) 0.01-0.03 PPM
- b) 0.1-0.3 PPM
- c) 1-3 PPM
- d) 2-3 PPM
- e) 0.02-0.03 PPM

AÇIKLAMA: Klorlanarak dezenfekte edilen şebeke sularında uç noktalarda yapılan ölçümlerde 0.2 ppm dolaylarında serbest klor bulunması gerekmektedir. Buna en yakın yanıt "b" şıkkıdır.

Cevap B (*Dirican, Toplum Hekimliği Dersleri, 1990, s.144*)

7. Sağlık Bakanlığı'nca uygulanan ulusal aşılama takvimimize göre bir çocuğa doğumundan itibaren kaç kez polio aşısı uygulanmalıdır?

- a) 3
- b) 4
- c) 5
- d) 6
- e) 7

AÇIKLAMA: Sağlık Bakanlığı'nın mevcut aşı takvimine göre ikinci ay doldurulduktan sonra birer ay ara ile üç doz polio aşısı yapılmaktadır. Üçüncü doz aşından 12-18 ay sonra ve 6. yaşta polio aşısının rapelleri yapılmaktadır.

Cevap C (*Bertan, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, 1995, s.353*)

8. On ay önce HDCV ile tam olarak aşılanmış bir kişiyi köpek ısırır ne yapılmalıdır?

- a) Hiçbir şey yapılmasına gerek yoktur.
- b) 20 İÜ/kg RIG verilmelidir.
- c) 1 doz HDCV yapılmalıdır.
- d) 0 ve 3. günlerde toplam 2 doz HDCV aşı yapılmalıdır.
- e) 0, 7 ve 28. günlerde toplam 3 doz HDCV aşı ve 20 İÜ/kg RIG yapılmalıdır.

AÇIKLAMA: Söz konusu yönergeye göre daha önce tam aşılama yapılmış kişilere kuduz immunglobulini gerekmezsiniz temas sonrası 0 ve 3. günlerde iki doz HDCV aşısı uygulanması yeterlidir.

Cevap D (*TC Sağlık Bakanlığı "Kuduz Korunma ve Kontrol Yönergesi, 2001, s.7*)

9. İçme kullanma sularının hijyeni konusunda aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Ortotoluidin içme ve kullanma sularında serbest klor düzeyini belirlemede kullanılan bir maddedir.

b) İçme ve kullanma sularının bakteriyolojik analizi için örnek renkli, steril şişelere alınır.

c) Mevzuatımıza göre içme kullanma sularının kimyasal analizinde toksik maddelerin de incelenmesi isteniyorsa gönderilmesi gereken örnek su miktarı en az 15 litre olmalıdır.

d) Klorlanmış sulardan örnek, sodyum tiyosülfatlı şişeye alınmalıdır.

e) Sudaki serbest klor miktarı mevzuatımıza göre en çok 0.5 ppm olmalıdır. Bu da litrede 0.5 gram anlamına gelir.

AÇIKLAMA: ppm litrede mg demektir.

Cevap E (*Bertan, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, 1995, s.62-64*)

10. Bir toplumda hipertansiyon prevalans hızını bulmak için hangi araştırma yapılmalıdır?

- a) Tanımlayıcı
- b) Kohort
- c) Kesitsel
- d) Retrospektif kohort
- e) Prospektif kohort

AÇIKLAMA: Kesitsel araştırmalarda risk altındaki toplumda veya buradan seçilen bir örnek üzerinde herhangi bir hastalığın veya olayın bir zaman kesitindeki bulunma sıklığı, yani prevalansı belirlenir. Kesitsel araştırmalar, kısa sürede genellikle az personel ve az masrafla sağlık sorunlarını ve bunların olası nedenleri saptamaya yaradıkları için, özellikle hizmetlerin planlanması, değerlendirilmesi ve yönlendirilmesinde veri elde etme aracı olarak en sıklıkla başvurulan araştırma yöntemidirler.

Cevap C (*Tezcan, Epidemiyoloji, 1992, s.66*)

11. Vücut ağırlığı yaşına ait standardın %70'ine düşmüş ve ödemi olmayan bir çocukta hangi tip beslenme bozukluğu vardır?

- a) Marasmus
- b) Kwashiorkor
- c) Beslenme yetersizliği
- d) Marasmik Kwashiorkor
- e) Beslenme yetersizliği yoktur.

AÇIKLAMA: Malnütrisyondan tipinin belirlenmesinde Wellcome Klasifikasyonu kullanılmaktadır. Yaşına ait standardın %60-80'inde olan çocuklarda ödem varsa Kwashiorkor, ödem yoksa yetersiz beslenme söz konusudur. Marasmus diyebilmek için söz konusu oranın %60'ın altına inmesi gereklidir.

Cevap C (*Coşkun T, Protein Enerji Malnütrisyonu, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 1992; 1(8):254-258; Behrmann, Nelson Essential of Pediatrics, 1996, s.69*)

PEDİATRİ

1. Hangi vitaminin azlığı, psödotümör serebriye yol açar?

- a) A
- b) C
- c) D
- d) B6
- e) B12

AÇIKLAMA: Hiper ve hipovitaminoz A, uzun süreli steroid tedavisi, hipokalsemi, adrenal yetmezlik, kronik otitis media diğer psödotümör serebri nedenlerindedir.

Cevap A (*Hay, Current Pediatric Diagnosis and Treatment, 13.baskı, 1997, s.665*)

2. Anne sütü ile inek sütünün içerik açısından karşılaştırılmasında yanlış olan seçeneği işaretleyiniz.

- a) Anne sütü beta laktoglobulin içermez.
- b) İnek sütünün sodyum içeriği daha fazladır.
- c) Anne sütünün Ca/P oranı yaklaşık 1.1'dir.
- d) Anne sütünün kalori içeriği daha fazladır.
- e) İnek sütünün total protein miktarı daha fazladır.

AÇIKLAMA: Anne sütü 4-6. aylara kadar bebeğin beslenmesi için gerekli tüm besinleri içerir. Anne sütünde bebek için alerjik özelliği olan beta laktalbumin bulunmaz. Bol miktarda esansiyel aminoasit içerir, bunlardan en çok bulunanı glutamik asittir. Yine yüksek miktarda bulunan taurin büyüme düzenleyicisidir. Anne sütünün Ca/P oranı yaklaşık 2.2'dir. İnek sütünün protein içeriği daha fazladır.

Cevap C (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.155*)

3. Prematürelere beslenmesinde hangisi yanlıştır?

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

AÇIKLAMA: Yağ asidi oksidasyonunda anahtar rolü oynayan karnitin prematüre bebeklerde son derece yetersizdir. Anne sütündeki miktarlarda prematüre mamaları içinde bulunmalıdır (bulunur).

Prematürelere laktoz enzim aktivitesi yetersiz, alfa-glikozidaz aktivitesi yeterli olduğundan prematüre mamalarının şekeri %50 laktoz %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 orogastrik sonda ile beslenmeli, solunumsayısı 60/dk üzeri ise TPN uygulanmalıdır.

Cevap C (*Fanaroff, 6.baskı, 1997, s.564*)

4. Aşağıdaki kriterlerden hangisi bir çocukta akut malnütrisyon 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

AÇIKLAMA: Boya göre ağırlığın standardın %90'ından düşük olması akut malnütrisyonu gösterir. Yaşa göre ağırlığın standardın %90'ından düşük olması (a seçeneğinde verilen) hem akut hem de kronik malnütrisyonunda olabilir. Yaşa göre boyun standardın %95'inden düşük olması (c seçeneği) kronik malnütrisyonu (stunting) gösterir. (d) seçeneğinde belirtilen tablo tek başına akut malnütrisyonu gösteremeyebilir. Çünkü, çocuğun ağırlığı 10 persentil civarında iken boyu da 10 persentilde olabilir. (e) seçeneğinde verilen kriter ise akut malnütrisyonu değil mikrosefaliyi tanımlamaktadır.

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

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

- a) Beslenme 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 vitaminin verilmesi önerilmelidir.

AÇIKLAMA: Genel durumu iyi olan çocukta paranteral besleme öncelikli olarak düşünülmez.

Cevap D (*Cura, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, 1999, s.201-8*)

6. 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 sedimantasyon
b) Kwashiorkor; rutin idrar bakısı, 24 saatlik idrarda protein ve kan protein düzeyi
c) Minimal lezyon hastalığı; rutin idrar bakısı, kan elektrolitleri, kanda üre
d) Marasmus; kan elektrolitleri, rutin kan ve idrar bakısı, 24 saatlik idrarda protein
e) Akut glomerülonefrit; rutin idrar bakısı, boğaz kültürü, kan elektrolitleri

AÇIKLAMA: Kwashiorkorda protein eksikliği ön plandadır. 1-5 yaş arasında görülür. En erken bulgu letarji, apati ve iritabilitedir. Büyümede duraklama, kas tonusunda azalma, iştahsızlık, enfeksiyona meyil ve yaygın ödem vardır. Karaciğer büyümüş ve yağ infiltrasyonu vardır. Dermatit sıktır. Serum albumininin azalması en karakteristik bulgusudur.

Cevap B (*Cura, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, 1999, s.201-8*)

7. Aşağıdakilerden hangisi erken hipokalsemi nedeni değildir?

- a) Diyabetik anne çocuğu
b) Prematürelilik
c) Gebelik toksemisi
d) İnek sütü ile beslenme
e) Asfiktik doğum

AÇIKLAMA: Ca, inek sütünde anne sütünden daha fazla olduğundan, inek sütüyle beslenenlerde hipokalsemi görülmez.

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

8. Yanlış işaretleyiniz.

- a) Çamaşır suyu içen çocuk kusturulmamalıdır.
b) Gazyağı içen bir çocuk kusturulmamalıdır.

- c) Şuuru kapalı bir çocuk kusturulmamalıdır.
d) İpeka şurubu zehirlenmelerde kusturma için uygun bir ilaçtır.
e) Demir zehirlenmesinde Desferroksamin kullanılması kontrendikedir.

AÇIKLAMA: Demir intoksikasyonunda desferroksamin kullanılır.

Cevap E (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı*)

9. Aşağıdakilerden hangisi makrosefali sebeplerinden değildir?

- a) Kronik subdural enfeksiyonlar
b) Canavan hastalığı
c) Konjenital CMV enfeksiyonu
d) Familiyal
e) Akondroplazi

AÇIKLAMA: Konjenital CMV enfeksiyonu değişik klinik bulgulara ilave olarak mikrocefaliye de yol açar. CMV en sık intrauterin geçiş gösteren virustur. İntrauterin enfeksiyonların en sık makrosefaliye neden olanıdır. Bunun yanında yenidoğan hepatitinin en sık nedenidir.

Cevap C (*Hay, Current Pediatric Diagnosis and Treatment, 13.baskı, 1997, s.671*)

10. Aşağıdakilerden hangisi yenidoğan döneminde serebrovasküler olaya (infarktüs) neden olan faktörler arasında sayılmaz?

- a) Protein S eksikliği
b) Protein C eksikliği
c) Paroksizmal nokturnal hemoglobinüri
d) Homosistinüri
e) Siyanotik konjenital kalp hastalığı

AÇIKLAMA: Paroksizmal nokturnal hemoglobinüri, intravasküler hemoliz, hemoglobinüri ve hemosiderinüri ile karakterize bir hastalıktır ve stroke etiyolojisinde rol oynamaz.

Cevap C (*Hay, Current Pediatric Diagnosis and Treatment, 13.baskı, 1997, s.666*)

11. Doğum odasında uygulanan neonatal resüsitasyon sırasında pozitif basınçlı ventilasyon (PBV) ve göğüs kompresyonuna rağmen (GK), kalp atım hızı 60/dk altında seyrederse ilk olarak aşağıdakilerden hangisi uygulanır?

- a) Atropin
b) Adrenalin
c) Bikarbonat
d) Dopamin
e) Volüm genişletici

AÇIKLAMA: Neonatal resüsitasyonda PBV ve GK uygulamasına rağmen kalp tepe atımının 60/dk altında seyretmesi durumunda **ilk uygulanacak ilaç adrenaldır**, atropinin burada yeri yoktur. Volüm genişleticilerin kullanım amacı farklıdır, dopamin ise adrenaline yanıt alınamayan vakalarda uygulanabilir.

Cevap B (*Avroy, Neonatal-Perinatal Medicine: Diseases of the Fetus and Infants, 6.baskı, 1997, s.376-402*)

12.Aşağıdakilerden hangisi diabetik anne bebeklerinde sık görülen bulgulardan değildir?

- a) Hipoglisemi
- b) Hipokalsemi
- c) Küçük kolon sendromu
- d) Hipofosfatemi
- e) Hiperbilirubinemi

AÇIKLAMA: Diabetik anne bebeklerinde hipomagnezemi ve buna sekonder olarak parathormonun end-organ cevapsızlığı beklenir ki bu durumda hipofosfatemi değil, **hiperfosfatemi** gelişir.

Cevap D (*Avroy, Neonatal-Perinatal Medicine: Diseases of the Fetus and Infants, 6.baskı, 1997, s.1445*)

13.Perinatal asfiksi ve hipoksik iskemik ensefalopati tanısı ile izlenmekte olan bir yenidoğan bebekte, hipovolemi bulgusu olmamasına rağmen, kan Na: 113 mEq/L ölçüldü. Yapılan incelemelerde idrar dansitesi 1025, idrar Na düzeyi 32 mEq/L ve kan ozmolaritesi 270 mOsm/L bulundu. En muhtemel tanınız nedir?

- a) Diüretik kullanımı
- b) Uygunsuz ADH sekresyonu
- c) Natriüretik peptid fazlalığı
- d) Mannitol kullanımı
- e) Sodyumsuz mayi kullanımı

AÇIKLAMA: Uygunsuz ADH sekresyonunda böbrekten suyun geri emilimi arttığı için **idrardansitesi yüksek, kan ozmolaritesi düşük, idrar Na düzeyi artmış (20 mEq/L üzeri) ve kan Na ise dilüsyona bağlı olarak düşük** bulunur. Diğer tablolarda bu bulguların bir veya daha fazlası bulunmaz.

Cevap B (*Dağoğlu, Neonatoloji, 2000, s.625; Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.220*)

14.Yedi saatlik bir yenidoğan bebek sarılık şikayeti ile getirildi. Anne kan grubu A Rh negatif, bebek kan grubu O Rh pozitif, bebek bilirubin düzeyi 12 mg/dl ölçüldü. Bu verilere göre aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Kan değişimi gereklidir.
- b) D. Coombs testinin normal olması beklenir.

- c) AB0 ve Rh uyumsuzluğu vardır.
- d) Kan uyumsuzluğu yoktur.
- e) AB0 uyumsuzluğu vardır.

AÇIKLAMA: Hastada Rh uyumsuzluğu var olup kan değişimi gerektirir. Çünkü **kordon kanı bilirubini 4 mg/dl üzerinde olan ve ilk 6 saatte 0.5 mg/dl, sonraki 1 saatte 1 mg/dl/saat üzeri bilirubin artışı kan değişimini gerektirir.** Bu vakada kan değişimi için bilirubin üst sınırı $4+3+1=8$ mg'dir, bu nedenle kan değişimi gerekir.

Cevap A (*Tekinalp, Yenidoğan Sarılıkları, Katkı Pediatri Dergisi, 1995, s.744; Küçüködük, Yenidoğan Hastalıkları, 1994, s.400-431*)

15.Otuz bir haftalık gebelik yaşı ve 1400 gram doğum ağırlığına sahip bir yenidoğan bebek, doğumdan 30 dakika sonra başlayan ve halen devam eden inilti ve sık soluma şikayeti ile 4 saatlik iken getirildi. Çekilen akciğer grafisinde havalanma artışı ve vasküler gölgelenmede artış, kan gazlarında ise PO₂ 46 mmHg, PCO₂ 39 mmHg, pH: 7.34 bulundu. En muhtemel tanınız nedir?

- a) Respiratuvar distres sendromu
- b) Yenidoğanın geçici takipnesi
- c) Persistan pulmoner hipertansiyon
- d) Erken neonatal pnömoni
- e) Mekonyum aspirasyon sendromu

AÇIKLAMA: a) RDS'de havalanma artışı olmaz, PCO₂ yüksektir,

c) Persistan pulmoner hipertansiyonda PO₂ ciddi derecede düşük ve vasküler gölgeler siliktir,

d) Neonatal pnömonide PCO₂ yüksek ve infiltrasyonlar vardır,

e) MAS'da mekonyum aspirasyon öyküsü, atelektazi, hava kaçağı, pnömoni veya RDS vardır, PCO₂ genellikle yüksektir.

Cevap B (*Dağoğlu, Neonatoloji, 2000, s.283-320*)

18.Fizyolojik sarılık için yanlışı bulunuz.

- a) Doğumdan sonra ilk 24 saatte görülmeye başlar.
- b) Total bilirubin düzeyi term bebeklerde 12 mg/dl, prematürelde 15 mg/dl'yi aşmaz.
- c) Serum bilirubini günde 5 mg/dl'den fazla artış göstermez.
- d) Direkt bilirubin düzeyi 2 mg/dl'yi aşmaz.
- e) Bilirubin 10-14 günde kaybolur.

AÇIKLAMA: İlk 24 saatte ortaya çıkan sarılık fizyolojik değildir ve aksi kanıtlanıncaya kadar hemolitik bir neden araştırılmalıdır.

İlk 24 saatte gelişen sarılıkta **Rh uygunsuzluğu;**

PEDİATRİ

İkinci günde sarılık gelişenlerde **ABO uygunsuzluğu**;
Üçüncü günde ortaya çıkan sarılıkta ise **fizyolojik sarılık** düşünülmelidir.

Cevap A (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.515)

17.Aşağıdaki durumlardan hangisinde oligohidroamniyoz görülmez?

- a) İntrauterin büyüme geriliği
- b) Renal agenezi
- c) Trakeoözefajial fistül
- d) Pulmoner hipoplazi
- e) İndometazin

AÇIKLAMA: Trakeoözefajial fistül polihidroamniyozu neden olur.

Cevap C (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.463)

18.Yenidoğan bebeklerde sepsis için en önemli risk faktörü hangisidir?

- a) Prematürelilik
- b) Erkek cinsiyet
- c) Erken membran rüptürü
- d) Perinatal asfiksi
- e) Koriyoamniyonitis

AÇIKLAMA: Sayılan faktörler için en önemli risk faktörü prematüreliliktir. Prematürelilik ve düşük doğum ağırlığı 3-10 kez sepsis riskini artırır.

Cevap A (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.541)

19.Hangi durumda anne serumunda alfa-fetoprotein yükselmez?

- a) İkiz gebelik
- b) Trizomi 21
- c) Nöral tüp defekti
- d) İntestinal atrezi
- e) Nefrozis

AÇIKLAMA: Down sendromunda alfa fetoprotein düzeyi düşük bulunur.

Cevap B (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.465)

20.Non immün hidrops fetalise neden olmayan durumu işaretleyiniz.

- a) Niemann-Pick hastalığı
- b) Beta talasemi
- c) Supraventriküler taşikardi

- d) Akciğerin kistik adenomatoid malformasyonu
- e) Konjenital nefrozis

AÇIKLAMA: Alfa talasemi hidrops fetalise neden olur, beta talasemi daha geç dönemde bulgu verir.

Cevap B (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.522)

21.Hangisi yanlıştır?

Prematüre bebeklerde fizyolojik sarılık term bebeklere göre;

- a) Daha uzun sürer.
- b) Daha geç kaybolur.
- c) Daha geç günlerde pik yapar.
- d) Daha düşük düzeylerde pik yapar.
- e) Daha geç ortaya çıkar.

AÇIKLAMA: Prematüre bebeklerde 3-4. günlerde sarılık ortaya çıkar. Maksimum 15 mg/dl düzeyine çıkar. En yüksek düzeyine 6.-8. günlerde ulaşır ve 7.-9. günlerde kaybolur. Term bebeklerde ise 2.-3. günlerde başlayan sarılık 4.-5. günde kaybolur ve en yüksek 12 mg/dl düzeyine kadar yükselir.

Cevap D (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.515-516)

22.İntrauterin büyüme geriliği olan bebeklerde görülme olasılığı en az olan komplikasyon hangisidir?

- a) Perinatal asfiksi
- b) Mekonyum aspirasyon sendromu
- c) Hipoglisemi
- d) Anemi
- e) Hipokalsemi

AÇIKLAMA: Hipoksiye bağlı eritropoetin salınımında artma ile, polisitemi oluşması beklenir.

Cevap D (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.478)

23.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

AÇIKLAMA: 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.

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

24.Yenidoğan immünesinde 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 kemotaksis, opsonizasyon, fagositoz, oksidatif patlama gibi nötrofil fonksiyonları etkilenmemiştir, yeterlidir.
- IgA ve IgM sentezi doğumdan hemen önce başlamaktadır ve yenidoğanda çok düşük düzeydedir.

AÇIKLAMA: Yenidoğanın bu fonksiyonları da bozuktur.

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

25.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 intraventricüler tip kanamadır.
- Prematüre retinopatisi araştırılması en erken postkonsepsiyonel 42. haftada yapılmalıdır.
- Nötral çevre ısı, bebeğin çıplak ya da giyinik olmasına bakmaksızın hep aynı kalmalıdır.

AÇIKLAMA: Prematüre doğumlar sıklıkla ailevi ve idiyopatik 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 intraventricüler 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.

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

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

- Bebeğin aseton düzeyi
- Annenin kan şekeri düzeyi
- Annenin hemoglobin A1C (Hb A1c) düzeyi
- Annenin beta-hidroksi butirat düzeyi
- Bebeğin insülin düzeyi

AÇIKLAMA: Diyabetik anne bebeğinde gözlenen konjenital anomaliler, annedeki diyabetin kötü kontrollü olduğunda saptanır. Bu nedenle kötü kontrol göstergesi HbA1c düzeyi ile konjenital anomaliler paralellik gösterir.

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

27.Aşağıdakilerden hangisi perinatal asfikside saptanmaz?

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

AÇIKLAMA: Perinatal asfiksinin tanımı 5. dakika Apgar skorunun 5'in altında, umbilikal arter kan gazında pH'nin 7.15 altında 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.

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

28.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 süspansiyonu

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

Cevap D (*Fanaroff, Neonatal-Perinatal Medicine: Diseases of the fetus and newborn, 1997, s.1243*)

29. 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 fenilalanin düzeyini ölçerim.

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

Cevap E (*Rezvani, Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.329-33*)

30. Down sendromunda yanlış işaretleyiniz.

21. kromozom trizomisidir.
- 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.

AÇIKLAMA: Kardiyak malformasyon görülme oranı çok sıktır. Çeşitli araştırmalara göre. %25-70 oranında görülür. **Bebeklik döneminde kalp anomalisi dışında, en önemli mortalite nedeni enfeksiyonlar ve özellikle de pnömonidir.**

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

31. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Homolog kromozomlarda bir loküsdeki bir genin alternatif formlarına allel denir.
- 1/2500 sıklıkta görülen otozomal resesif bir hastalığın taşıyıcı sıklığı 1/50'dir.
- 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.
- Üçlü test gebeliğin ikinci trimesterinde Down sendromu taramasında kullanılan bir tarama testidir.
- Hafif zincir IgM, IgD, IgA, IgD, IgE'den oluşur.

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

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

32. 1/1600 sıklıkta görülen bir otozomal resesif hastalıkta homozigot sağlıklıların sıklığı kaçtır?

- 1/40
- 39/40
- 1/20
- 19/20
- 1/1599

AÇIKLAMA: 1/1600 sıklık homozigot hastalık sıklığı ise $p^2+2pq+q^2$ den $q^2=1/1600 \Rightarrow q=1/40$ olur. Bu taşıyıcı sıklığıdır.

$P+q=1 \Rightarrow p=1-q \Rightarrow p=1-1/40 \Rightarrow p=39/40$ yani sağlıklıların sıklığıdır.

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

33. Yenidoğan hemorajik hastalığı için yanlış olanı bulunuz.

- K vitamini eksikliğine bağlıdır.
- Faktör II, VII, IX ve X aktivitesinde azalmaya bağlıdır.
- Geç hemorajik hastalık salt K vitamini eksikliği ile açıklanabilir, inceleme gerekmez.
- Trombosit sayısı normaldir.
- PT ve PTT uzamıştır.

AÇIKLAMA: K vitamini eksikliğine bağlı kanama, yenidoğan döneminden sonra da ilk yaşın sonuna kadar görülebilir. **En sık 4-8 hafta arasında görülür.** Bu hastalarda kanamalar genellikle intrakraniyal kanamalar ve yaygın derin ekimozlar şeklindedir. **Geç hemorajik hastalık vakalarının bir çoğunda karaciğer patolojisine bağlı faktör sentezi bozuklukları vardır ve bu olay sadece K vitamini eksikliği ile açıklanamaz, inceleme gerekir.** Bu çocuklar kistik fibrozis, biliyer atrezi, alfa-1 antitripsin eksikliği, hepatit, abetalipoproteinemi gibi hastalıklar yönünden incelenmelidir.

Cevap C (*Neyzi, Pediatri, 1.cilt, 2.baskı, 1993, s.307-11*)

34. Aşağıdakilerden hangisi yenidoğan fototerapi yan etkilerinden değildir?

- Sulu yeşil dışkılama
- Deriden su kaybının artması
- Geçici eritemato döküntü
- Hemolizin artması
- Konvülsiyon

AÇIKLAMA: Fototerapi yan etkieri;

İnsensibl su kaybında artış,

Sulu dışkılama

Retina hasarı

Deri değişiklikleri (bronz bebek sendromu, geçici deri döküntüleri)

Patent duktus arteriozus

Trombositopeni,
Hipokalsemi,
Siyanozun maskelenmesi,
Hemoliz artışıdır.
Konvülsiyon gözlenmez.

Cevap E (*Katkı Pediatri Dergisi, 1995, s.722-43*)

35. Hangisi yenidoğan indirekt bilirubin artışı sonucu oluşan kemikterusun erken bulgusudur?

- Bazal ganglion ve kranial sinir çekirdeklerinin sarıya boyanması
- Letarji
- Koreoatetoz
- Görme bozukluğu
- Zeka geriliği

AÇIKLAMA: Kern ikterusta indirekt bilirubin konsantrasyonu yükselerek gelişme sürecindeki santral sinir sistemi üzerine toksik etkide bulunur. İndirekt bilirubin beyin hücrelerinde depolandığında kern ikterusa yol açarak, özellikle bazal ganglionlarda nöron metabolizması ve işlevlerini bozar. İndirekt bilirubin yağda çözünebildiği için, kan-beyin bariyerini geçebilir.

Kern ikterusun erken klinik belirtileri; uyuşukluk, letarji, hipotoni, ince sesli yüksek tonda ağlama ve beslenme yetersizliğidir.

Geç belirtileri ise; kabarı fontanel, opistotonus duruşu, pulmoner hemoraji, ateş, yukarı bakışta felç ve konvülsiyonlardır. Uzun dönemde mental retardasyon, koreoatetoid serebral palsi, spastisite, dişlerde renk bozukluğu görülür.

Cevap B (*Behrman, Nelson's Essentials of Pediatrics, s.194*)

36. Aşağıdakilerden hangisi B grubu streptokok enfeksiyonu için maternal risk faktörü değildir?

- Uzamış membran rüptürü (> 18 saat)
- Membranların prematüre rüptürü (< 3 hafta)
- Ateş (> 37.9 C)
- Doğum sırasında üriner enfeksiyon
- Preeklampsi

AÇIKLAMA: Preeklampsi B grubu streptokok enfeksiyonu için maternal bir risk faktörü değildir.

Cevap E (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı*)

37. Hangisi yenidoğan sepsisi ile ilgili risk faktörüdür?

- Prematürelilik
- Erkek bebek olması
- Düşük doğum ağırlığı
- Erken membran rüptürü
- Hepsi

AÇIKLAMA: Yukarıdakilere ilave olarak koriyoamniyonitis, annede üriner sistem enfeksiyonu bulunması, Mekonyumla boyalı amniyon, anneye hamileliğinde rubella aşısı yapılması, genital herpes enfeksiyonu öyküsü, doğumdaki invaziv ve travmatik girişimler, demir tedavisi, erkek bebek, metabolik ve konjenital hastalıklar da yenidoğan sepsisiyle ilgili risk faktörleridir.

Cevap E (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı*)

38. Yenidoğanda hangisi onuncu aya kadar devam eder?

- Emme refleksi
- Moro refleksi
- Arama refleksi
- Yakalama refleksi
- Tonik ense refleksi

AÇIKLAMA: Emme refleksi; Dudaklara dokununca emmenin başlamasıdır. Uyanırken 4. ay, uykudayken 7. aya kadar devam eder.

Moro refleksi; Baş elle desteklenip, ellerden tutup aniden bırakılınca, kollarda ekstansiyon-abduksiyon (kanat çırpar gibi) hareketi olmasıdır. 3. ayda kaybolur.

Arama refleksi; Yanağa dokununca emmek için aramasıdır.

Yakalama refleksi; El ve ayaklarına dokununca parmaklarıyla yakalar. 4. haftada başlar, 2. ayda kaybolur.

Tonik ense refleksi; Yatarken baş aniden diğer yöne çevrilirse, diğer tarafta fleksiyon olur, 3-4 haftada ortaya çıkar, 10. ayda kaybolur.

Cevap E (*Ersoy, Pediatri Ders Notları, Türkiye Klinikleri, s.58*)

39. Doğumda en sık hasar gören sinir hangisidir?

- Frenik sinir
- Fasiyal sinir
- Oculomotor sinir
- Unlar sinir
- Radial sinir

AÇIKLAMA: Doğumda en sık zedelenen sinir fasiyal sinirdir. Sinirin stilomastoid forameninden çıkış yerinde zedelenmesi sonucu (forsepsle bası, anne sakrumunun basısı gibi) periferik tipte fasiyal paralizi gelişir. O taraf göz kapağı kapanmaz ve dudak büzülemez. Fasiyal paralizi genellikle 1-2 hafta içinde geriler, gerilemezse fizik tedavi ve nöroplastik yapılabilir.

Cevap B (*Ersoy, Pediatri Ders Notları, Türkiye Klinikleri, s.63*)

40.Yenidoğanda en sık bağırsak perforasyonu nedeni hangisidir?

- a) Trakeoözefageal fistül
- b) İleum atrezisi
- c) Kistik fibrozis
- d) Nekrotizan enterokolit
- e) Mekonyum ileusu

AÇIKLAMA: Yenidoğanda bağırsak perforasyonunun en sık nedeni nekrotizan enterokolittir. Her nekrotizan enterokolitte perforasyon görülmez. Nekrotizan enterokolit genellikle oral beslenen ve prematür infantlarda siktir. Klinik olarak abdominal distansiyon, hassasiyet, rektal kanama ve septik şok görünümü oluşur. Ayakta direkt batin grafisinde pnömatozis intestinalis ve intrahepatik venöz gaz görülür.

Cevap D (Ersoy, *Pediatric Ders Notları, Türkiye Klinikleri*, s.74)

41.Yenidoğan tetanozu ile ilgili hangisi yanlıştır?

- a) Parasempatik sistem aktive olur.
- b) Beyin sapında en çok GABA etkilenir.
- c) Hipertansiyon oluşabilir.
- d) Kas rijiditesi vardır.
- e) Konvülsiyon geçirenlerde bilinç değişiklikleri olabilir.

AÇIKLAMA: Tetanoz basili tetanospazmin ve tetanolizin toksinleriyle etki gösterir. Basilin invazyon yeteneği yoktur, toksinleriyle hastalık yapar. Toksin sinirler yoluyla CNS' ye ulaşır. CNS' de en çok gangliozid ve serebrozid yapısındaki reseptörlere bağlanır. Toksin merkezi sinir sistemine yaklaştıkça belli klinik bulgular verir.

Nöromusküler kavşak ve presinaptik bölgede iken kas rijiditesi görülür. Beyin sapına ulaşınca, özellikle inhibitör etkili nörotransmitter salınımını inhibe ederek, konvülsiyonlara sebep olur. **En çok GABA'yı etkiler.** Toksin otonom sinir sistemine ulaşınca taşikardi, terleme, hipertermi, hipertansiyon ve bazal metabolizma artışı yapar. **Parasempatik sinir sistemini inhibe, sempatik sinir sistemini aktive eder.**

Bebeklerde ilk gözlenen bulgular emme zorluğu, aşırı ağlama ve iritabilitedir. Takiben yutma güçlüğü başlar. Tanıda ağırlık klinikle konur. Konvülsiyon geçirenlerde bilinç değişiklikleri görülebilir.

Cevap A (Ersoy, *Pediatric Ders Notları, Türkiye Klinikleri*, s.77-78)

42.Yenidoğanda en sık stridor sebebi hangisidir?

- a) Pulmoner arteriovenöz fistül
- b) Bronkojenik kist

- c) Vasküler ring
- d) Pulmoner sekestrasyon
- e) Laringomalazi

AÇIKLAMA: Laringomalazi, infantlarda en sık stridor sebebidir. Larinks uygunsuz olarak küçüktür ve destek dokulardan yoksundur. Hayatın ilk 4 haftasında başlayan ve ağlarken veya efor ile artan solunumla veya üst solunum yolu enfeksiyonları ile şiddetlenen stridor mevcuttur.

Cevap E (Ersoy, *Pediatric Ders Notları, Türkiye Klinikleri*, s.201)

43.Hangisinde Arilsülfataz-A eksikliği görülür?

- a) GM₁ gangliozidozis
- b) GM₂ gangliozidozis
- c) Krabbe hastalığı
- d) Metakromatik lökodistrofi
- e) Adrenolökodistrofi

AÇIKLAMA: Metakromatik lökodistrofi, arilsülfataz-A eksikliği sonucu oluşan bir dejeneratif SSS hastalığı olup; ataksi, mental retardasyon, hipotoni ve konvülsiyonlarla karakterizedir.

Cevap D (David, *Child and Adolescent Neurology*, s.311-3)

44.Ödem, emme güçlüğü ve hipotoni, psşik ve motor gelişme bozuklukları ile karakterize olan ve klinik bulguları, Hurler sendromu ile benzerlik gösterdiği için psödohurler adı verilen hastalık hangisidir?

- a) GM₁ gangliozidozis
- b) GM₂ gangliozidozis
- c) Krabbe hastalığı
- d) Metakromatik lökodistrofi
- e) Adrenolökodistrofi

AÇIKLAMA: Hastalık glikosfingolipid metabolizması bozukluğuna bağlı olarak ortaya çıkan otozomal resesif geçişli bir lipidozdur. GM₁ gangliozidi galaktozdan yıkan β-galaktozidaz enzim eksikliği vardır. Klinik görüntüsü Hurler sendromu ile benzerlik gösterir.

Cevap A (David, *Child and Adolescent Neurology*, s.302-303)

45.Aşağıda verilen metabolik hastalıklardan hangisinde neonatal hipoglisemi beklenen bir bulgu değildir?

- a) Primer karnitin eksikliği
- b) Klasik galaktozemi
- c) Glutarik asidüri
- d) Propiyonik asidemi
- e) Fenilketonüri

AÇIKLAMA: Kusma ve enfeksiyon gibi özel durumlar dışında fenilketonürde hipoglisemi beklenen bulgu değildir.

Cevap E (*Dağoğlu, Neonatoloji, 2000, s.475*)

46.Serum amonyak düzeyi yüksek, kan pH ve CO₂ normal olan metabolik hastalık aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Maple syrup urine disease
- b) Aminoasidopatiler
- c) Galaktozemi
- d) Biotidinaz eksikliği
- e) Üre siklus defekti

AÇIKLAMA: Beslenme bozukluğu, kusma, letarji, konvülsiyon, koma gibi metabolik hastalık düşündüren bulguları olan çocuklarda enfeksiyon ekarte edildikten sonra serum amonyak düzeyine bakılmalıdır. Serum amonyak düzeyi normal ve asidoz yoksa aminoasidopatiler, galaktozemi düşünülmelidir. **Serum amonyak düzeyi yüksek ve asidoz yoksa üre siklus defekti, asidoz varsa organik asidemiler düşünülmelidir.**

Cevap E (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.344*)

47.Galaktozemili bir hastaya verilmemesi gereken besin maddesi hangisidir?

- a) Pirinç
- b) Domates
- c) Dana eti
- d) Portokal
- e) İnek sütü

AÇIKLAMA: Galaktozemili bebekler inek sütüyle beslendikleri sürece, bebeklerde genellikle karaciğer yetersizliği (bilirubinemi, koagülasyon bozuklukları, hipoglisemi) ve renal tübüler işlev bozuklukları ortaya çıkar ve sıklıkla katarakt gelişir. Bu yüzden **galaktozemili bebeklere inek sütü verilmez.**

Cevap E (*Nelson, Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.413*)

48.Hipoglisemi, hepatomegali, taş bebek yüzü görünümü nedeniyle getirilen bir çocukta tanı nedir?

- a) Niemann-Pick hastalığı
- b) Wilson hastalığı
- c) Tay-Sachs hastalığı
- d) Gaucher hastalığı
- e) Von Gierke hastalığı

AÇIKLAMA: **Von Gierke hastalığı** glukoz-6- fosfataz eksikliğine bağlı gelişir. Karaciğer, böbrek ve bağırsakta bu enzimin aktivitesi yetersizdir. Bu enzimin eksikliğinde glukoz-6-fosfat, glukoz

dönüşmeyeceği için **hipoglisemi** görülür. Klinik olarak yenidoğanda hepatomegali, laktik asidoz, hipoglisemik konvülsiyonlar ve solunum güçlüğü ortaya çıkabilir. Hastada tipik olarak **taş bebek yüzü**, karın şişliği, büyüme geriliği vardır. Deri ince, venler belirgindir.

Cevap E (*Nelson, Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.406-13*)

49.Ektopia lentis'e hangi hastalıkta rastlanır?

- a) Milroy hastalığı
- b) Marfan sendromu
- c) VonGierke hastalığı
- d) Hunter sendromu
- e) McCune Albright sendromu

AÇIKLAMA: Ektopia lentis ve lens subluksasyonu Marfan sendromunda görülür.

Cevap B (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1918*)

50.Mental gerilik, mikrosefali, seboreik cilt lezyonları, konvülsiyon geçirme, açık saç rengi ve mavi göz aşağıdaki metabolik bozuklukların hangisinde görülür?

- a) Kistik fibrozis
- b) Hurler sendromu
- c) Mukolipidoz
- d) Fenilketonüri
- e) Albinizm

AÇIKLAMA: **Fenilketonürde klinik bulgular;** Mental motor retardasyon, gelişme geriliği, mikrosefali, konvülsiyon, seboreik cilt lezyonları, açık cilt ve saç rengi, mavi gözdür.

Cevap D (*Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.344*)

51.Hangi grup ilaçlar influenza tedavisinde kullanılabilir?

- a) Kortikosteroidler
- b) Lökotrien antagonistleri
- c) Nöraminidaz enzim inhibitörleri
- d) Linkozamidler
- e) Antihistaminikler

AÇIKLAMA: İnfluenza tedavi ve profilaksisinde kullanılan amantadin ve rimantadin yan etkileri nedeni ile yaygın biçimde kullanılmamaktadır. Son yıllarda influenza virusu replikasyonunda önemli rolü olan **nörominidaz enzim inhibitörleri** geliştirilmiş ve 2 tanesi onay almıştır (zanamir ve oseltamivir fosfat). Lökotrien antagonistleri antiastmatik ilaçlardır. İnfluenza tedavisinde antibiyotiklerin (linkozamidler), kortikosteroidlerin ve antihistaminiklerin herhangi bir yeri yoktur.

Cevap C (Neyzi, *Pediatrici*, 3.baskı, 2002, s.559)

52.Aşağıdaki komplikasyonlardan hangisi kızamığın geç komplikasyonudur?

- a) Otitis media
- b) Pnömoni
- c) Guillain-Barre sendromu
- d) Subakut sklerozan panensefalit
- e) Purpura

AÇIKLAMA: Subakut sklerozan panensefalit kızamığın geç komplikasyonudur. Genellikle 2 yaşından önce kızamık geçiren çocuklarda yıllar sonra gelişir ve 2 yıl içinde ölümler sonuclandır.

Cevap D (Neyzi, *Pediatrici*, 3.baskı, 2002, s.544)

53.Aşağıdaki döküntülü hastalık-bulgu eşleşmelerinden hangisi yanlıştır?

- a) Kızamık-koplik lekesi
- b) Kızamıkçık-postoksipital lenfadenopati
- c) Rozeola infantum-ateş düşerken çıkan döküntü
- d) Eritema enfeksiyöz-şamarlanmış yanak görünümü
- e) Enfeksiyöz mononükleoz-veziküler döküntü

AÇIKLAMA: Enfeksiyöz mononükleozda döküntü genellikle ampisilin kullanımına sekonder gelişir ve makülopapüler karakterdedir, vezikül görülmesi beklenmez.

Cevap E (Behrman, *Nelson Textbook of Pediatrics*, 16.baskı, 2000, s.946-1033)

54.Aşağıdaki intrauterin enfeksiyonlardan hangisinde konjenital kalp hastalıkları en sık görülür?

- a) Rubella
- b) Toksoplazmozis
- c) Sifiliz
- d) Sitomegalovirus
- e) Herpes simpleks

AÇIKLAMA: İntrauterin enfeksiyonlardan rubellada en sık olarak PDA olmak üzere konjenital kalp hastalıkları görülür. 1.trimesterde geçirilen enfeksiyonda konjenital anomali riski en yüksektir. Konjenital rubellada en sık rastlanan bulgu **trombositopenidir**. Mental retardasyon ve duyma kaybı en önemli sekellerdir.

Cevap A (Avroy, *Neonatal-Perinatal Medicine: Diseases of the Fetus and Infants*, 6.baskı, 1997, s.768)

55.Akut bakteriyel menenjitte antibiyotikle beraber önerilen deksametazon tedavisi özellikle hangi

mikroorganizma ile oluşan menenjitte önerilmektedir?

- a) *S. aureus*
- b) *H. influenzae*
- c) *N. meningitidis*
- d) *E. coli*
- e) *L. monositogenezis*

AÇIKLAMA: BOS'daki bakterilerin hızla öldürülmesi meningeal enfeksiyonu hızlı bir şekilde sterilize eder. Fakat hücre lizisinden sonra toksik artıkların salınmasına yol açar bu da sitokine bağlı inflamatuvar yanıtı tetikler. Kalıcı sensorinöral işitme kaybını azalttığı kesin olarak gösterilen **deksametazon tedavisi ile ilgili çalışmalar daha çok H. influenzae menenjitinde gösterilmiştir.**

Cevap B (Behrman, *Nelson Textbook of Pediatrics*, 16.baskı, 2000, s.755)

56.Kızamığın bulaştırıcılığı döküntüden sonra kaç gün sürer?

- a) 1-2 gün
- b) 5 gün
- c) 10 gün
- d) 15 gün
- e) Bulaştırıcılığı yoktur.

AÇIKLAMA: Enfekte kişi tipik döküntünün başlangıcından 1-2 gün öncesinden 5 gün sonrasında kadar bulaştırıcıdır.

Cevap B (Nelson, s.948)

57.Çocuk tüberkülozu için hangisi yanlıştır?

- a) Primer kompleks akciğerin her bölgesinde olabilir.
- b) Hematojen yayılım sıklıdır.
- c) Bölgesel lenf bezleri büyüyebilir.
- d) Kavite oluşumu sıklıdır.
- e) Genellikle kalsifikasyon ile iyileşir.

AÇIKLAMA: Çocukluk çağı tüberkülozunda kavite oluşumu nadirdir. Kavite, akciğerdeki primer odağın genişlemesi ve likefaksiyon olması sonucunda ortaya çıkar ve meydana geldiğinde ciddi komplikasyonlar oluşturur.

Cevap D (Behrman, *Nelson Textbook of Pediatrics*, 15.baskı, 1996, s.837)

58.İzoniazidin tek başına kullanıldığı durumlar için hangisi yanlıştır?

- a) BCG aşısı olmadan PPD testi pozitif olan okul öncesi çocuklar
- b) PPD testi pozitif olan çocuklara genel anestezi uygulaması gerektiğinde
- c) Aktif tüberkülozlu anneden doğan bebekler
- d) PPD testi pozitif olan çocuk kızamık olduğunda

e) BCG'li çocukta PPD testinin 5-9 mm arasında ölçüldüğü durumlarda

AÇIKLAMA: BCG aşısı olan çocukta PPD testi 15 mm ve üzerinde ölçülürse pozitif olduğu anlamına gelir.

Cevap E (*Kendig's Disorders of the Respiratory Tract in Children, 1998, s.895-914*)

59.Ektima gangrenozum hangi enfeksiyonda gözlenen cilt bulgusudur?

- a) E. Coli
- b) S. aureus
- c) C. albicans
- d) L. monositogenez
- e) Psödomonas aeroginoza

AÇIKLAMA: Psödomonas aeroginoza deriye yayılarak ektima gangrenozum denen siyah, nekrotik lezyonlara neden olur.

Cevap E (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.544*)

60.Galaktozemili bebeklerde hangi mikroorganizma ile sepsis daha sık görülür?

- a) P. aeroginoza
- b) L. monositogenez
- c) E. coli
- d) S. aureus
- e) C. albicans

AÇIKLAMA: Galaktozemi otozomal resesif geçişli, galaktoz-1-fosfat üridiltransferaz enziminin eksikliği ile ortaya çıkan bir hastalıktır. **Galaktozemili bebekte en sık sepsis nedeni E.coli'dir.**

Cevap C (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.541*)

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

- a) Kızamık
- b) Boğmaca
- c) H. influenza tip B menenjit
- d) Kabakulak
- e) Sarı humma

AÇIKLAMA: İki yaş altındaki çocuklarda polisakkarit antijenlere karşı yeterli antikor yanıtı gelişmez. Bu nedenle 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.

Cevap C (*Redbook, 1997*)

62.Çocuklarda HIV bulaşı 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

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

Cevap D (*Levinson, Medical Microbiology Immunology, 2.baskı, 1992, s.219-20*)

63.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.

AÇIKLAMA: Laboratuvar incelemeleri ayırıcı tanıda kullanılır. Gram boyama ve anaerob kültürler genellikle negatiftir. Organizma ürese bile, Clostridium türleri normal floranın bir parçasıdır. **Tetanozda en sık VII. Kraniyal sinir tutulur. Hastalığın hiçbir evresinde bilinç etkilenmez.** Tetanozun kendine özgü klinik bulguları ile tanı konulur. **Yeni doğanda ilk bulgu, emmede bozukluktur.**

Cevap E (*Yurdakök, Tetanoz in Pediatriye Yeni Bilgiler Yeni Görüşler, 1995, s.214*)

64.Hangisi doğrudur?

- a) Bebeklerde en sık ampiyem nedeni streptokoklardır.
- b) Sinüzit ve otitlerde etken mikroorganizmalar benzemez.
- c) Boğaz kültürü, farinksin bakteriyel enfeksiyon tanısında altın standarttır.
- d) Transuda vafındaki pleval ponksiyon sıvısı enfektif olduğunu gösterir.
- e) Stafilokoklar epiglottit etiyolojisinde önemli rol oynar.

AÇIKLAMA: Bebeklerde en sık ampiyem nedeni stafilokoklardır. Etken mikroorganizmalar Strep.

PEDİATRİ

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.

Cevap C (Arcasoy, NMS Pediatri, 2000)

65.Su çiçeği enfeksiyonunda yanlış işaretleyiniz.

- Kuluçka dönemi 14-16 gündür.
- Deri döküntüleri sekonder viremi sonucu gelişir.
- Deri döküntüleri makulopapüllerdir.
- Ateş düşürücü olarak aspirin kullanılmamalıdır.
- İmmünoşüpresif alanlarda prognoz ağırdır.

AÇIKLAMA: Deri döküntüleri makül, papül, vezikül ve püstül şeklinde polimorfik döküntü olarak görülür.

Cevap C (Krugman, Infections Diseases of Children, 10.baskı, 1996, s.587)

66.Boğmaca için doğruyu işaretleyiniz.

- Boğmacada transplasental pasif immünite yoktur.
- En son aşılama 6. yaşta yapılır.
- Klinik bulgular bakterinin endotoksini ile gelişir.
- İnkübasyon periyodu ortalama 20 gündür.
- Paroksizmal evrede lökositoz ve polimorf hücreler gemendir.

AÇIKLAMA: Boğmaca antikorları IgM özelliğinde olduğundan transplasental immünite yoktur.

Cevap A (Krugman, Infections Diseases of Children, 10.baskı, 1996, s.299)

67.Poliyomiyelit (poliovirus) enfeksiyonu için hangisi doğru değildir?

- En sık görülen formu parolitik poliyomiyelittir.
- Akut dönemde fizik tedavi uygulanmaz.
- Tanı dışkıdan virüs izolasyonu ile konur.
- Polio virüsü özellikle spinal kordda ön boynuz motor hücrelerini tutar.
- BOS'dan virüs izolasyonu kesint tanıyı koydurur.

AÇIKLAMA: Parolitik tip en az görülen formdur. En sık asemptomatik form görülür. Parolitik formda en sık alt ekstremitelerde paralizisi görülür. Paralizi ilk 72 saatte ilerler, sonra ilerleme olmaz. Paralizi genellikle asimimetrikdir.

Cevap A (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.956-64)

68.Pertusis enfeksiyonu için hangisi doğru değildir?

- Patogeneizde en önemli toksin lenfosit uyarıcı faktör (lymphocyte promoting factor; LPF)'dür.
- Endotoksin patogeneze ve immünitede önemli rol oynar.
- Etken Bordetella pertusis, gram negatif kokobasildir.
- Tedavide eritromisin verilir.
- Ensefalopati en fatal majör komplikasyonlardandır.

AÇIKLAMA: Patogeneizde endotoksin yoktur. Bordetella toksini ısıya duyarlıdır ve A-B alt birimlerinden oluşur. Toksin siliyer epitelle yapışmadan ve paroksizmal enfeksiyondan sorumludur. Son derece bulaşıcı bir hastalıktır. Hastalar preparoksizmal evrede en bulaştırıcıdır. Sadece insan için patojen olan, Bordetella pertussis ile oluşur. En sık görülen komplikasyon pnömonidir.

Cevap B (Krugman's Infectious Disease of Children, 10.baskı, 1998, s.335-46)

69.Aşılamalar için yanlış olan hangisidir?

- BCG aşısı subkutan uygulanmalıdır.
- Donma, ölü ve toksoid aşıları bozar.
- Polio ve kızamık aşıları dondurmamakla bozulmaz.
- DBT aşısı sonrası yüksek ateş ve konvülsiyon olursa boğmaca aşısı aşılamadan çıkartılmalıdır.
- Hemofilus influenza tip b aşısı 2,4,6 ve 18. aylarda DBT aşılması ile birlikte yapılır.

AÇIKLAMA: BCG aşısı canlı bakteri aşısıdır, sol omuza intradermal yapılır. Komplikasyonu lenfadenit ve bölgesel enfeksiyondur.

Cevap A (Aşılar, Katkı Pediatri Dergisi, 1994; Astma ve Allerjik Hastalıklar, Katkı Pediatri Dergisi, 1997; Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 2000)

70.Balık şeridi olarak bilinen parazit aşağıdakilerden hangisidir?

- Tinea solium
- Shistosomia mansoni
- Trisinella spiralis
- Difflobotrium latum
- Hmylnelopsis nana

AÇIKLAMA: D. Latum balık şeridi şeklinde bir sestoddur. İnce bağırsakta pek harabiyet yapmaz. Bazı kişilerde B₁₂ vitamini eksikliği yaparak megaloblastik anemiye neden olabilir.

Cevap D (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı)

71.Eritema nodozum çocukluk döneminde en sık aşağıdakilerden hangisinde görülür?

- a) Streptokok enfeksiyonu
- b) Tbc
- c) Histoplazmozis
- d) Kollajen doku hastalığı
- e) Akut eklem romatizması

AÇIKLAMA: Eritema nodozum çocuklarda en sık streptokok enfeksiyonuna bağlı olarak görülür.

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

72.Boğmacada prognozu etkileyen en önemli faktör aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Prodromal dönemin uzun olması
- b) Lenfositoz
- c) Yaşın 6 aydan küçük olması
- d) Kronik öksürüğün 6 haftadan uzun olması
- e) Paroksizmal dönemin kısa olması

AÇIKLAMA: Boğmacada prognozu etkileyen en önemli faktör yaşın 6 aydan küçük olmasıdır.

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

73.Aşılamada belirtilen kontrendikasyonlardan hangisi yanlıştır?

- a) Ağır hastalık olması
- b) Spesifik olarak aşıya karşı anafilaksinin olması
- c) İmmün yetmezliği olanlarda canlı aşılardan yapılması
- d) Boğmaca aşısı için 7 gün içinde ansefalopati gelişmesi
- e) Prematüre doğum

AÇIKLAMA: Prematüre doğum aşılama için kontrendikasyon değildir.

Cevap E (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı*)

74.Boğmacada en sık görülen komplikasyon hangisidir?

- a) Konvülsiyon
- b) Atelektazi
- c) Pnömoni
- d) Rektum prolapsusu
- e) İnguinal herni

AÇIKLAMA: Diğer şıklarda görülmesine rağmen, boğmacanın en sık görülen ve en ciddi komplikasyonu pnömonidir. Özellikle 1 yaşın altında daha ciddi seyreder. Pnömoni, interstisyel pnömonidir. Etken genellikle S. pnömonia, H. influenza ve S. aureus'tur.

Cevap C (*Ersay, Pediatri Ders Notları, Türkiye Klinikleri, s.141*)

75.Aşağıdakilerden hangisi gaita kültürü endikasyonu değildir?

- a) Hemolitik üremik sendrom şüphesi
- b) Fekal lökosit
- c) İmmün eksiklikli hastada persistan ishal
- d) İshal salgınları
- e) Dışkı sayısının günde 10'dan fazla olması

AÇIKLAMA: Dışkı sayısının günde 10'dan fazla olması dışkı kültürü için endikasyon değildir.

Cevap E (*Long, Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases, 1.baskı, 1997, s.414*)

76.Yirmi günlük erkek çocuğu morarma ve sık soluma yakınmalarıyla getirildi. Yakınmalarının doğumdan beri olduğu öğrenildi. Fizik incelemesinde pulmoner odakta sistolik ejeksiyon üfürümü ve ikinci sesin sabit, takipne ve siyanozunun olduğu tesbit edildi. EKG'de sağ eksen sapması ve sağ ventrikül hipertrofisi vardı. Telekardiyogramda pulmoner vasküler görünüm artmış ve kardiyomegali vardı. Bu hastada tanınız nedir?

- a) Fallot tetralojisi
- b) VSD'li pulmoner atrezi
- c) Triküspit atrezisi tip IIc
- d) Büyük arterlerin sağa transpozisyonu (d-TGA)
- e) Büyük arterlerin sola transpozisyonu (L-TGA)

AÇIKLAMA: a ve b şıklarında pulmoner vasküler görünüm azalır, c şıkında EKG'de sol aks sol ventrikül hipertrofisi ve pulmoner vasküler görünüm artmıştır, e şıkında siyanoz yoktur. **Yeni doğanda hiçbir anormal üfürüm veya ses duyulmasa bile ağır siyanoz varsa d-TGA akla gelmelidir.** Bu hastalarda doğumdan hemen sonra görülen siyanozun yanı sıra kalp yetmezliği ve gelişme geriliği görülür.

Cevap D (*Allen, Heart Disease in Infants, Children and Adolescents, 2.cilt, 2001, s.1027-84*)

77.Yukarıdaki hasta nasıl tedavi edilir?

- a) Balon atriyal septostomi yapılır.
- b) PGE1 verilir.
- c) Beta blokör verilir.
- d) Tedaviye gerek yoktur.
- e) ACE inhibitörü verilir.

AÇIKLAMA: Diğer tedavi şekilleri ayırıcı tanıdaki hastalıklara aittir.

Cevap A (*Allen, Heart Disease in Infants, Children and Adolescents, 2.cilt, 2001, s.1027-84*)

78.Çocukluk çağında en sık hipertansiyona neden olan kardiyovasküler patoloji aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Renal arter stenozu
- b) Renal ven trombozu
- c) Aort koarktasyonu
- d) Renal arterin fibröz displazisi
- e) Aort darlığı

AÇIKLAMA: a şıkkı nadir rastlanır. b şıkkı infant döneminin rahatsızlığıdır, d şıkkı diğer nedenlere nazaran daha fazla görülmesine rağmen c şıkkına nazaran daha az görülmektedir ve e şıkkı oldukça nadir olup koarktasyonla birlikte olursa görülebilir. **Aort koarktasyonu çocuklardaki hipertansiyonun en sık nedenidir.** Kızlarda 2 kat daha sık görülür. En fazla desenden aortanın torakal bölümünde görülür. Aort koarktasyonu Turner sendromunda en sık görülen kalp defektidir.

Cevap C (*Allen, Heart Disease in Infants, Children and Adolescents, 2.cilt, 2001, s.1400-12*)

79.Aşağıdakilerden hangisi çocukluk çağı miyokarditlerinin ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulmalıdır?

- a) Kawasaki hastalığı
- b) HIV
- c) Tüberküloz
- d) Endokardiyal fibroelastozis
- e) Toxocara canis

AÇIKLAMA: Çocuklarda en sık miyokardit nedeni virustlardır. En sık etken Coxackie A ve B viruslarıdır. Diğer şıklar miyokardit nedenidir.

Cevap D (*Allen, Heart Disease in Infants, Children and Adolescents, 2.cilt, 2001, s.1197-1215*)

80.İki saatlik bebek solunum sıkıntısı ve morarma yakınmalarıyla getirildi. Fizik incelemesinde takipne, siyanoz, sternumun solunda hafif sistolik üfürüm tesbit edilen hastanın, femoral arter nabızları alınamıyordu. EKG'de sağ eksen sapması, sağ ventrikül hipertrofisi ve telekardiyogramında kardiyomegali tesbit edildi. Bu hastada tanınız nedir?

- a) Aort koarktasyonu
- b) Triküspit atrezisi
- c) VSD'li pulmoner atrezi
- d) VSD'siz pulmoner atrezi
- e) Turuncus arteriozus

AÇIKLAMA: Diğer şıklarda femoral arter nabızı alınır. **Femoral nabızın az alınması veya hiç alınmaması aort koarktasyonunun en önemli bulgusudur.** Hastanın EKG'sinde sağ ventriküler hipertrofi bulguları tespit edilir.

Cevap A (*Allen, Heart Disease in Infants, Children and Adolescents, 1.cilt, 2001, s.988-1010*)

81.Yukarıdaki hastada acilen aşağıdakilerden hangi tedaviyi uygularsınız?

- a) Kalp yetmezliğine ait tedavi protokolu uygulanır.
- b) Beta blokör verilir.
- c) PGE1 verilir.
- d) a+b uygulanır.
- e) a+c uygulanır.

AÇIKLAMA: a ve c şıkları tek başlarına yeterli değildir. b şıkkı hastada hipertansiyondan bahsedildiği için uygulanmaz.

Cevap E (*Allen, Heart Disease in Infants, Children and Adolescents, 1.cilt, 2001, s.988-1010*)

82.Aşağıdakilerden hangisi en sık intrauterin kalp yetmezliği nedenidir?

- a) Rh uygunsuzluğu
- b) ASD
- c) İkizden ikize transfüzyon
- d) VSD
- e) PDA

AÇIKLAMA: c şıkkı nadiren görülür, b, d, e şıkları intrauterin hayatta kalp yetmezliği nedeni değildirler. **En sık intrauterin kalp yetmezliği nedeni Rh uygunsuzluğudur.**

Cevap A (*Allen, Heart Disease in Infants, Children and Adolescents, 2.cilt, 2001, s.1746-1773*)

83.Aşağıdakilerden hangi majör kriter tek başına akut romatizmal ateş tanısının konmasına neden olur?

- a) Poliartrit
- b) Kardit
- c) Sydenham koresi
- d) Eritema marginatum
- e) Subkutan nodüller

AÇIKLAMA: Sydenham koresinin tek başına bulunması akut romatizmal ateş tanısı koydurur.

Cevap C (*Allen, Heart Disease in Infants, Children and Adolescents, 2.cilt, 2001, s.1226-1241*)

84.Aşağıdakilerden hangisi en sık rastlanan çocukluk çağı siyanotik konjenital kalp hastalığıdır?

- a) Fallot tetralojisi
- b) d-TGA (Büyük arterlerin sağa transpozisyonu)
- c) Tek ventrikül
- d) Triküspit atrezisi

e) Total anormal venöz dönüş anomalisi

AÇIKLAMA: Fallot tetralojisi en sık görülen siyanotik kalp hastalığıdır. Ayrıca beyin abselerinin de en sık görüldüğü kalp hastalığıdır.

Cevap A (Allen, *Heart Disease in Infants, Children and Adolescents*, 1.cilt, 2001, s.880-902)

85.Siyanotik bir çocukta EKG'de sol aks sapsması ve sol ventrikül hipertrofisi varsa hangi doğumsal kalp hastalığını düşünürsünüz?

- a) Hipoplastik sol kalp sendromu
- b) Triküspit atrezisi
- c) Ebstein anomalisi
- d) Büyük damarların transpozisyonu
- e) Trunkus arteriozus

AÇIKLAMA: Triküspit atrezisinde doğumda siyanoz vardır. Siyanozlu bir çocukta EKG'de sol aks deviasyonu ve sol ventrikül hipertrofisi varsa öncelikle triküspit atrezisi düşünülmelidir.

Cevap B (Nelson, *Essentials of Pediatrics*, s.498)

86.Aort koarktasyonu aşağıdaki sendromlardan hangisinde en sık görülen bir anomalidir?

- a) Dawn sendromu
- b) Turner sendromu
- c) Williams sendromu
- d) Marfan sendromu
- e) Brugada sendromu

AÇIKLAMA: Turner sendromunda en sık görülen kardiyak anomali, aort koarktasyonudur. Aort koarktasyonu, erkeklerde iki kat daha fazladır.

Cevap B (Nelson, *Essentials of Pediatrics*, s.254)

87.Aşağıdaki bulgulardan hangisi, aktif kardit tanısı koymak için en uygun bulgudur?

- a) Kalpte yeni bir üfürüm duyulması
- b) Eklemlerde şişlik, kızarıklık ve ısı artışı
- c) Eritrosit sedimentasyon hızının artması
- d) EKG'de PR mesafesinin uzaması
- e) ASO yükselmesi ve CRP pozitifliği

AÇIKLAMA: Kalpte yeni bir üfürüm duyulması, aktif karditi düşündürmelidir.

Cevap A (Nelson, *Essentials of Pediatrics*, s.505)

88.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'de QRS voltajları 5 mm'den daha az – T dalgası ve ST segment değişiklikleri mevcuttur.

e) Miyokarditte gallop ritmi perikarditte frotman işitilir.

AÇIKLAMA: Her iki hastalıkta da belirgin bir üfürüm duyulmaz.

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

89.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

AÇIKLAMA: Kan kolesterol düzeyini düşürmek için, diyete doymuş yağ asitleri eklenmelidir.

Cevap E (Pesonen, *Altered Serum Lipid Profile After Systemic Infection in Children: Risk Factor for CHD*, 1993, s.7-11)

90.Prekordiyumun palpasyonunda apekte elevasyon (heave) saptadığınızda, aşağıdakilerden hangisi en kuvvetli muhtemeldir?

- a) Perikardiyal effüzyon
- b) Pulmoner hipertansiyon
- c) Sistemik hipertansiyon
- d) Sağ ventrikül hipertrofisi
- e) Sol ventrikül hipertrofisi

AÇIKLAMA: Apeksin elevasyonu sol ventrikül hipertrofisini gösterir.

Cevap E (Behrman, *Nelson Textbook of Pediatrics*, 16.baskı, 2000, s.1347)

91.Eisenmenger sendromu aşağıdakilerden hangi konjenital kalp hastalığında genellikle görülmez?

- a) Aort koarktasyonu
- b) VSD
- c) PDA
- d) Total atriyo-ventriküler kanal defekti
- e) ASD

PEDİATRİ

AÇIKLAMA: Eisenmenger sendromu soldan sağa şantlı kalp hastalıklarının komplikasyonudur.

Cevap A (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1409)

92.Aşağıdakilerden hangisi soldan sağa şantlı hastalıklarda pulmoner hipertansiyon gelişmeye başladığına işaret etmez?

- İkinci seste paradoks çiftleşme
- İkinci seste sertleşme
- EKG'de sağ aks deviasyonu
- EKG'de sağ atriyal dilatasyon gelişmesi
- Telekardiyografi'de pulmoner konuda belirginleşme

AÇIKLAMA: İkinci seste paradoks çiftleşme aort stenozunun bulgusudur, diğerleri ise pulmoner hipertansiyon bulgusudur.

Cevap A (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1370-77)

93.Aşağıdaki işlemlerden hangisi şantsız büyük arter transpozisyonlu hastanın yaşamını kurtarabilir?

- Bikarbonat
- Antibiyotik
- Oksijen desteği
- Prostaglandin
- İnotropik ajanlar

AÇIKLAMA: Duktus arteriosus'u açık tutmak için prostaglandin verilmesi birincildir. Gerekirse diğerleri de ek olarak verilebilir.

Cevap D (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1396)

94.Aşağıdaki hastalardan hangisi infektif endokardit düşündürmez?

- Aort stenozlu çocukta ateş, splenomegali, Janeway lezyonu
- Biküspid aortalı çocukta ateş, sedimantasyon yüksekliği, hematüri
- Aort yetersizliği çocukta splenomegali, splinter hemoraji, kronik hafif ateş
- Mitral yetersizlikli çocukta ateş, korea, eritema marginatum
- Romatizmal kardit sekelli çocukta sedimantasyon yüksekliği, kan kültürü pozitifliği

AÇIKLAMA: Bu bulgular romatizmal ateş + kardit bulgularıdır.

Cevap D (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.806,1424)

95.Fallot tetralojisinde siyanotik bir atağın tedavisinde aşağıdakilerden hangisi hatalı bir tutumdur?

- Karın üstü diz-göğüs pozisyonunda yatırılır.
- Oksijen verilmemelidir.
- 0.1 mg/kg subkutan morfin verilir.
- PO₂ 40 mmHg'dan az ise ve tedaviye cevap yoksa intravenöz HCO₃ verilir.
- Propranolol 0.1 mg/kg intravenöz verilir.

AÇIKLAMA: Tedavide oksijen verilmelidir.

Cevap B (Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.1312)

96.AER'da artritin özelliklerinden hangisi yanlıştır?

- Artrit poliartritis migrans tipindedir.
- Daha çok küçük eklemleri tutar.
- Asimetriktir, bir eklemden diğerine atlar.
- Diagnostik sinoviyal sıvı özellikleri yoktur.
- Artrit genellikle bir haftada düzelir.

AÇIKLAMA: Artrit AER'de en sık görülen major kriterdir. Asimetrik ve gezici tarzdadır. Özellikle diz, ayak bileği, dirsek gibi büyük eklemleri tutar. Steril bir artritir. Genellikle 1 hafta içerisinde düzelir.

Cevap B (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı)

Tablo 1. Sistemik hastalıklardaki kardiyak belirtiler

Sistemik Hastalık	Kardiyak Komplikasyonlar
Hunter-Hurler sendromu	Valvüler yetersizlik, kalp yetersizliği, hipertansiyon
Fabry hastalığı	Mitral yetersizlik, koroner arter hastalığı ile miyokard infarktı
Pompe hastalığı	Kısa P-R aralığı, kardiyomegali, kalp yetersizliği, aritmiler
Friedreich ataksisi	Miyokardiyopati, aritmiler
Duchenne distrofisi	Miyokardiyopati, kalp yetersizliği
Juvenil romatoid artrit	Perikardit
Sistemik lupus eritematozus	Perikardit, Libman-Sacks endokarditi; doğumsal A-V blok
Marfan sendromu	Aort ve mitral yetersizliği; dissekan aort anevrizması
Homosistinüri	Koroner tromboz
Kawasaki hastalığı	Koroner arter anevrizması, tromboz, miyokard infarktı, miyokardit
Lyme hastalığı	Aritmiler, miyokardit
Graves hastalığı	Taşikardi, aritmiler, kalp yetersizliği
Tüberöz skleroz	Kardiyak rabdomiyom

AV: Atriyoventriküler

Tablo 2. Akut romatizmal ateş için kullanılan Jones sistemindeki majör kriterler[¶]

Belirtiler	Yorum
Poliartrit	Sık görülür: Şişme, hareket kısıtlanması, eritem, gezici: Büyük eklemleri tutar, ancak seyrek olarak küçük ya da vertebralara gibi olağan dışı eklemler etkilenir.
Kardit	Sık görülür: Pankardit, kapaklar, perikard, miyokard; ateşle açıklanabilenin üstünde taşikardi; yeni mitral ya da aort yetersizliği üfürümü; Carey-Coombs diyastol ortası üfürümü; kalp yetersizliği
Kore (Sydenham hastalığı)	Az görülür: İnfeksiyonun gerilemesinden çok sonra belirir.
Eritema marginatum	Az görülür: Gövde ve ekstremitelerde proksimallerinde orta kısmı beyazlaşan, dalgalı sınırları bulunan pembe maküller; çabuk kaybolurlar, lokal ısı uygulamasına yanıt olarak belirirler; kaşıntısızdırlar.
Derialtı nodülleri	Az görülür: Tekrarlayan ataklar ve ağır kardit ile ilişkilidir; dirsek, diz, yumruk ve ayak bileği ekstensor yüzeylerinde ya da kafa derisi veya omurgada belirirler; sert ve ağrısızdırlar.

[¶]Minör kriterler ateş (38.2-38.9°C [101-102°F]), artralji, daha önce geçirilen romatizmal ateş, lökositoz, eritrosit sedimentasyon hızının uzaması / C reaktif protein ve P-R aralığının uzamasını içerir.

[¶]Bir majör ile iki minör ya da iki majör kriter ile birlikte yeni geçirilmiş grup A streptokok hastalığı belirtileri (kızıl, pozitif boğaz kültürü ya da streptolizin O veya diğer antistreptokok antikollarının yükselmesi) bulunması kuvvetle akut romatizmal ateş tanısını düşündürür.

97.Aşağıdakilerden hangisi en sık miyokardit ve perikardit etkenidir?

- ECHO virus
- Adenovirus
- Mikobakteriyum tüberküloz
- Coxsackie B virus
- Staf. aureus

AÇIKLAMA: Çocuklarda en sık miyokardit etkeni Coxsackie A ve B, viral perikardit etkeni ise Coxsackie B, influenza, echovirus ve adenoviruslardır.

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

98.Koroner tromboz hangisinde görülür?

- Hunter sendromu
- Homosistinüri
- Pompe hastalığı
- Tüberoskleroz
- Marfan sendromu

AÇIKLAMA: Bkz. Tablo 1.

Cevap B (*Behrman, Nelson's Essentials of Pediatrics, s.470*)

99.Hangisi Akut romatizmal ateş için majör bulgu değildir?

- Artrit
- Kardit
- Sydenam Koresi
- Geçirilmiş streptokok enfeksiyonu
- Eritema marginatum

AÇIKLAMA: Bkz. Tablo 2.

Cevap A (*Behrman, Nelson's Essentials of Pediatrics, s.505*)

100.Kistik fibroz hastalığı için aşağıda verilen bilgilerden hangisi doğrudur?

- Genellikle otozomal dominant genetik geçiş gösterir.
- Parotis bezi fonksiyonları genellikle bozuktur.
- Genetik mutasyon 7. kromozomun uzun kolundadır.
- En sık görülen genetik mutasyon G551D'dir.
- Ölüm genellikle karaciğer yetmezliğine sekonder gelişir.

AÇIKLAMA: a) Kistik fibroz hastalığı (KFH) genellikle otozomal resesif geçişlidir,

b) Parotis veya diğer tükürük bezi fonksiyonları genellikle normaldir,

d) En sık genetik mutasyon delta-F508'dir,

e) Ölüm genellikle akciğer yetmezliğine bağlıdır.

Cevap C (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1315*)

101.Üç yaşında sağlıklı gelişmiş bir çocukta tekrarlayan öksürük, hırıltılı solunum ve nefes darlığı şikayetleri var. Akciğer grafisinde sağda havalanma artmış, sağ alt lobta infiltrasyon mevcut. En olası tanı nedir?

- Primer B veya T hücre immün yetersizliği
- Kistik fibröz
- Konjenital akciğer anomalisi

- d) Yabancı cisim aspirasyonu
e) Akciğer tüberkülozu

AÇIKLAMA: Sağlıklı bir çocukta tekrarlayan pnömoninin en sık nedeni yabancı cisim aspirasyonudur. Akciğerin anatomisi nedeniyle sağ taraf aspirasyonun en sık lokalizasyonudur. Akciğer grafisinde bir tarafta havalanmanın artması yabancı cismin kısmen obstrüksiyon yapmasına bağlı gelişen amfizemden dolayıdır. **Kesin tanı bronkoskopi ile konur.** Öykü iyi alınırsa boğulma nöbeti açığa çıkarılabilir.

Cevap D (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1279-1282)

102.Sekiz aylık hasta ateş, nezle, öksürük, hırıltı şikayetleri ile getiriliyor. Ekspiriumu uzun, retraksiyonları olan hastada en olası tanı nedir?

- a) Krup
b) Bronşiyolit
c) Astım
d) Epiglottit
e) Kistik fibröz

AÇIKLAMA: Bronşiyolit viral ajanların küçük hava yollarında oluşturduğu enflamasyon ve buna bağlı obstrüksiyon sonucu ortaya çıkar. İki yaşından küçüklerde görülür. **Akut bronşiyolitte en sık etken RSV'dir.** Üst solunum yolu enfeksiyonu belirtileri ile başlar ve dispne, taşipne, hışıltılı solunuma yol açar. Astım ile karışabilir. Ancak astımda tekrarlayan hışıltılı solunum nöbetleri olur ve genellikle atopik aile öyküsü vardır.

Cevap B (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1285-1287)

103.Kistik fibrozlu Staf. aureus pnömonisi olan çocukta birden solunum sıkıntısı artıyor. Göğsün sol tarafında solunum sesleri azalmış ve trakea sağa kaymış bulunuyor. En olası tanı nedir?

- a) Ampiyem
b) Atalektazi
c) Pnömosel rüptürü
d) Erişkin solunum sıkıntısı sendromu
e) Pulmoner infarkt

AÇIKLAMA: Bu hastada solunumun birden bozulması ve solunum seslerinin azalması pnömotoraksı düşündürmektedir. Akciğer grafisinde ekstrapulmoner hava ve trakeanın karşı tarafa kayması ile tanı konur. **Stafilokoklar pnömosellere neden olur.** Pnömosellerin rüptürü pnömotoraksa yol açar. Stafilokoklar ampiyem de yapabilir. Ancak radyolojik görünüm farklıdır.

Cevap C (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1315-27, 1331-32)

104.Aşağıdaki konjenital akciğer anomalilerinden hangisi doğrudan sistemik dolaşımdan kanlanır ve doğrudan sistemik venöz dolaşıma direne olur?

- a) Pulmoner sekestrasyon
b) Bronkojenik kist
c) Konjenital pulmoner lenfanjektazi
d) Kistik adenomatoid malformasyon
e) Lober amfizem

AÇIKLAMA: Nonfonksiyone embriyonik ve kistik dokudan oluşan pulmoner sekestrasyon sistemik dolaşımdan kanlanır. Venöz drenajı sistemik dolaşıma olduğundan bu lezyonlar soldan sağa şant oluştururlar.

Cevap A (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1273)

105.Hangisinde öksürük reseptörü yoktur?

- a) Farenks
b) Trakea
c) Ana bronşlar
d) Alveol
e) Dış kulak yolu

AÇIKLAMA: Öksürük reseptörleri farenks, larenks, trakea, ana bronşlarda epitelin içinde bulunur. **Alveol ve akciğer parankiminde öksürük reseptörü bulunmaz.** Perikardiyum, dış kulak yolu gibi akciğer dışı bölgelerde de öksürük reseptörü bulunur.

Cevap D (Kending's Disorders of the Respiratory Tract in Children, 6.baskı, s.239)

106.Aşağıdakilerden hangisi akciğerlerine yabancı cisim aspirasyonu olan bir çocuk için tipik değildir?

- a) Nöbetler halinde gelen öksürük
b) Akciğer grafisinde tek taraflı havalanma fazlalığı
c) Beslenme sonrası ani gelişen morarma
d) Akciğerlerin oskültasyonunda tek akciğerde diğerine göre solunum seslerinde azalma
e) Efor sonrası gelişen wheezing

AÇIKLAMA: Efor sonrası gelişen wheezing yabancı cisim aspirasyonu için tipik değildir, tanıda öncelikle bronşiyal astım düşünülmelidir.

Cevap E (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.1205-08)

107.Aşağıdakilerden hangisi kistik fibrozis hastalığı için yanlıştır?

- a) Kronik ishal hastalığının bulgularındandır.
b) Pankreas yetmezliği tüm kistik fibrozisli hastalarda görülür.

- c) Solunum yollarında psödomonas aeruginosa ile enfeksiyonu sık görülür.
- d) Delta F 508 mutasyonu dünyada en sık görülen kistik fibrozis mutasyonudur.
- e) Mekonyum ileus kistik fibrozisli yenidoğan bebeklerin %10'da görülür.

AÇIKLAMA: Kistik fibrozis hastalarının %10-15'inde pankreas yetmezliği yoktur, bu nedenle bu hastalarda steatore ve büyüme geriliği görülmez.

Cevap B (*Kendig's Disorders of the Respiratory Tract in Children, 1998, s.867*)

108. Primer siliyer diskineziler (PCD) için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) PCD, erkek çocuklarda kızlara oranla daha sık görülür.
- b) PCD'li hastalarda nazal polipozis sık görülür.
- c) Bronşiektazi ve ateletazi PCD'li hastalarda sık görülür.
- d) Nazal sakkarin testi PCD tanısında kullanılan bir testtir.
- e) PCD'li erkek hastalarda infertilite sıktır.

AÇIKLAMA: Primer siliyer diskinezi hastalığı otozomal resesif geçişli olduğu için her iki cinsiyette de eşit oranda görülür.

Cevap A (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.1251*)

109. Atipik pnömoni tanımına uymayan bulgular aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Sinsi ve yavaş başlar.
- b) Okul çağı yaş grubunda sık görülür.
- c) Yüksek ateş, bol balgamlı öksürük ve yüksek beyaz küre sayımı en önemli bulgularıdır.
- d) Makrolidler tedavide etkili ilaçlardır.
- e) Cilt döküntüsü, kas ağrısı, farenjit gibi ekstrapulmoner tutulumla ait bulgular hastalığa eşlik edebilir.

AÇIKLAMA: Atipik pnömonide bulgular viral üst solunum yolu enfeksiyonuna benzer; nezle, boğaz ağrısı, halsizlik, hafif ateş görülür. Başlangıçta balgam yokken, daha sonra orta derecede balgam görülebilir. Kanda beyaz küre sayısı genellikle normal sınırlardadır.

Cevap C (*Kendig's Disorders of the Respiratory Tract in Children, 1998, s.528-31*)

110. S. aureus'un sebep olduğu pnömoniyeye ait olmayan tanım aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Ani ve gürültülü tabloda başlar.
- b) Yüksek ateş ve beyaz küre sayımı önemli bulgularındandır.

- c) Kendiliğinden düzelebilir.
- d) Akciğer grafisinde ampiyem, pnömatosel ve piyopnömotoraksa ait görüntüler tipiktir.
- e) Tedavide yüksek doz penisilin, dirençli vakalarda ise vankomisin kullanılır.

AÇIKLAMA: S. aureusun neden olduğu pnömoni fulminan seyirlidir ve tedavi edilmezse fatal seyredir. Bu nedenle her hasta, hastaneye yatırılarak uygun antibiyotik ve destekleyici tedavi almalıdır.

Cevap C (*Kendig's Disorders of the Respiratory Tract in Children, 1998, s.493*)

111. Hangisi yineleyen wheezing nedenidir?

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

AÇIKLAMA: Pnömoni, pnömotoraks ve boğmaca akut solunum zorluğu yapan tablolardır. Yabancı cisim aspirasyonları ise tanı almaz veya çıkarılmaz ise yineleyen (wheezing) hışıltı nedeni olur. Koanal atrezi de inspiratuvar solunum zorluğu vardır.

Cevap C (*Arcasoy, NMS Pedatri, 2000*)

112. Krup sendromlarında en sık etken hangisidir?

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

AÇIKLAMA: Krup, küçük çocuklarda en sık görülen klinik tablodur. **Krupun en sık nedeni ise parainfluenzadır.** H.influenzanın neden olduğu epiglottit ile sık karışır.

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

113. Akut otitis media için doğruyu işaretleyiniz.

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

AÇIKLAMA: Akut otitis medianın en sık nedeni östaki disfonksiyonudur. En sık etken pnömokoklardır. Seröz sekretuar otitis media en sık görülen formudur. **En tehlikeli komplikasyon CNS enfeksiyonudur.**

Cevap A (*Neyzi, Pedatri, 1993*)

114. 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) Pnömonokok pnömonisi
- b) Streptokok pnömonisi
- c) Stafilokok pnömonisi
- d) RSV pnömonisi
- e) Yabancı cisim aspirasyon pnömonisi

AÇIKLAMA: Pnömonilerin seyri sırasında plörezilerin gelişimi sık olmayan bir komplikasyondur. Ancak ilk 24 saatte pnömatosel ve plörezi oluşumu ve süratli ilerleme genellikle stafilokok pnömonilerinde gördüğünüz bir gelişimdir. Bunun nedeni stafilokokların hem akciğer parankimi hem de plevrayı aynı anda tutmalarında kaynaklanmaktadır.

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

115. Aşağıdakilerden hangisi pnömonilerin kronik komplikasyonudur?

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

AÇIKLAMA: Pnömonilerde kronik komplikasyon bronşiektazidir. Bunun nedeni özellikle sol alt lop pnömonilerinde bu alanın tam boşaltılamaması ve yineleyen enfeksiyon kaynağı olmasıdır.

Cevap E (Albert, *Community-Acquired Pneumonia, in Comprehensive Respiratory Medicine, 1999, s.20, 1-10*)

116. Astım tedavisinde aşağıdakilerden hangisi profilaksidede "gold standart"tır?

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

AÇIKLAMA: Astım tedavisinde gold standard profilaktik tedavi, bugün inhale steroidlerle yapılmaktadır. Bunun nedeni olayın bir kronik inflamasyon oluşudur.

Cevap D (Albert, *Asthma: Clinical Features, Diagnosis and Treatment in Comprehensive Respiratory Medicine, 1999, s.41, 1-18*)

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

- a) Hasta kusturulmaz.
- b) Antibiyotik verilmelidir.
- c) Akciğer grafisi çekilmelidir.
- d) Hasta gözlem altına alınmalıdır.
- e) Bronkodilatatör verilmelidir.

AÇIKLAMA: Gaz yağı için hasta kusturulamaz. Çünkü aspirasyon riskini artırır ve pnömoni oluşumuna neden olur.

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

118. Akut bronşiyolit 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.

AÇIKLAMA: Akut bronşiyolit viral etiyolojili bir hastalıktır. Bu nedenle antibiyotikler tedavide kullanılmaz.

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

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

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

AÇIKLAMA: Doğru cevap kistik fibrozis olup, başlangıcı küçük yaş gruplarında yineleyen akciğer patolojileri, aşırı terleme, çok fazla sayıda yağlı gaita çıkarma ve kilo alamama ile karakterizedir.

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

120. Çocukluk çağı pnömonisinde doğal savunma mekanizmasında rolü olmayan faktör hangisidir?

- a) Alveoler makrofajlar
- b) Öksürük refleksi
- c) Burunda partikül filtrasyonu
- d) Bronş çapı
- e) Silier epitel fonksiyon

AÇIKLAMA: Bronş çapının savunma mekanizmasında rolü yoktur.

Cevap D (Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1252)

121.Kistik fibrozisli çocuklarda ilerleyici pulmoner hastalığa neden olan ve alt solunum sisteminde kolonize olan major patojen hangisidir?

- a) Streptokokkus pnömoni
- b) Koagülaz (-) stafilokok
- c) Hemofilus influenza
- d) Psödomonas aeruginosa
- e) E. Coli

AÇIKLAMA: Psödomonas aeruginosa, özellikle yaşlı ve ilerlemiş hastalığı olan kistik fibrozisli hastalarda en sık alt solunum yolu enfeksiyonu etkenidir.

Cevap D (Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1321)

122.Akut orta kulak iltihabında çocuklarda aşağıdaki klinik belirtilerden hangisi görülmez?

- a) Ateş
- b) Kulak ağrısı ve ani feryatlar
- c) Şiddetli kusmalar
- d) Yeşil sümüklü pis kokulu gaita
- e) Meme emmeme

AÇIKLAMA: Akut otitis media gelişen hastalar ateşli ve huzursuzdur ve genellikle kulakları ile oynarlar. Kusma, diyare, meme emmeme, fontanel kabarıklığı, vertigo, kulak çınlaması ve kulak akıntısı görülebilir.

Cevap D (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı)

123.Küçük çocuklarda orta kulak enfeksiyonu tanısında aşağıdakilerden hangisinden yararlanılmaz?

- a) Anamnez
- b) Odiometre
- c) Timpanometre
- d) Myringotomi ve kültür
- e) Otoskopik muayene

AÇIKLAMA: Odiometri haricindekilerin tamamı otitis media tanısında faydalıdır.

Cevap B (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı)

124.Aşağıdakilerden hangisi ağır astımlı çocuğun özelliğidir?

- a) Suprasternal retraksiyon hafiftir.
- b) Wheezing ekspiryum süresince
- c) Nabız 100-120/dk
- d) Pulsus paradoksus 20-40 mmHg

e) PEF < %50

AÇIKLAMA: Ağır astımlı çocukta; siyanoz, yardımcı solunum kaslarının kullanımı, solunum seslerinde azalma, wheezingde azalma, ajitasyon, konuşamama, tripod oturma pozisyonu, terleme ve pulsus paradoksus görülür.

Cevap D (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı)

125.Akut epiglottitin özelliklerinden birisi yanlıştır, işaretleyiniz.

- a) Larinksin akut bakteriyel enfeksiyonudur.
- b) 2-7 yaşlarında ve kış aylarında daha sık görülür.
- c) Başlangıç ani, ateş yüksektir.
- d) Ekspiryum uzun ve zordur.
- e) İnspiratuvar stridor, yutma güçlüğü, boğaz ağrısı mevcuttur.

AÇIKLAMA: Akut epiglottit larinksin akut bakteriyel enfeksiyonudur (bakteriyel krup). **En sık etken H. İnfluenza tip B'dir.** Genellikle 2 yaşından büyük çocuklarda ve kış aylarında görülür. Hastalık ani gelişen inspiratuvar stridor ile başlar ve hızla ilerleyerek 4-12 saat içinde üst hava yolunun tam obstrüksiyonu gelişebilir. Epiglot şiş, ödemli ve kırmızıdır. Hasta toksik görünümündedir. **İnspiratuvar güçlüğün** yanı sıra yutma güçlüğü, boyunda hiperekstansiyon ve boğaz ağrısı vardır.

Cevap D (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, Neyzi, Pediatri Cilt 2, s.213)

126.Yanlışı işaretleyiniz.

- a) Bir yaşından küçük çocuklarda akut farenjit etkeni genellikle virüslerdir.
- b) Çocukluk yaş grubunda bakteriyel akut farenjit etkeni en sıklıkla pnömokoklardır.
- c) Akut nazofarenjitlerde antibiyotik kullanım otitis media gelişim sıklığını azaltmaz.
- d) Sık ÜSYE geçiren çocuklarda grip aşısı endikasyonu yoktur.
- e) Farenkste streptokok taşıyıcılığı akut romatizma riskini artırmaz.

AÇIKLAMA: Akut nazofarenjit çocuklarda en sık görülen enfeksiyon hastalığıdır. **En sık rinoviruslarla olur.** En sık bakteriyel etken isisi A grubu beta hemolitik streptokoklardır.

Cevap B (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı)

127.Hangisi hipersensitivite pnömonisinde görülmez?

- a) Dispne
- b) Lökositoz
- c) Wheezing

d) Ateş

e) Difüz intertisiyel infiltrat

AÇIKLAMA: Hipersensitivite pnömonisi ekstrinsik alerjik alveolitis olarak da bilinen non-astmatik alerjik bir hastalıktır. Tozdaki organik antijenlerin inhalasyonuna bağlı olarak gelişir. Akut semptomlar etkene maruziyetten 4-8 saat sonra başlar. Dispne, öksürük, düşkünlük, ateş ve üşüme oluşur. Fizik muayenede taşipne ve diffüz raller mevcuttur. **Wheezing yoktur.** Belirgin lökositoz mevcuttur. Radyolojik incelemede hiperinflasyon olmadan difüz intertisiyel infiltratlar görülür.

Cevap C (Ersoy, *Pediatric Ders Notları, Türkiye Klinikleri, s.228*)

128.Aşağıdaki tanımlamalardan hangisi hemofili A için yanlıştır?

- a) Dolaşımda vWF'e bağlanan Fak. VIII eksikliğinde ortaya çıkar.
- b) Herediter koagülasyon bozukluklarının %75'ini oluşturur.
- c) Otosomal dominant geçiş gösterir.
- d) Şiddetli olgularda Fak. VIII aktivitesi normalin %1'den az düzeydedir.
- e) vWF'de düzeyi normal olarak saptanır.

AÇIKLAMA: Hemofili A herediter koagülasyon faktör eksikliklerinin en sık rastlanana olup (%75) Fak. VIII eksikliğinden kaynaklanır. Faktör VIII dolaşımda vWF'e bağlı olarak dolaşır ve hemofili A'da vWF düzeyi normal olarak saptanır. X'e bağlı resesif geçiş gösterir. Kızlar taşıyıcıdır. Fak. VIII düzeyinin normalin %1'den az olduğu olgular şiddetli, %1-5 orta ve %5-50 arasında olanlar hafif olarak adlandırılır.

Cevap C (*Rudolph's Pediatrics, 19.baskı, 1991, s.1162*)

129.Kemik iliğinde bir monoblast'ın monosit haline dönüşebilmesi için geçen süre yaklaşık 6 gündür. Yeni oluşan monosit'in kemik iliğinde kalış süresi ne kadardır?

- a) 1 gün
- b) 2 gün
- c) 3 gün
- d) 1 hafta
- e) 12 saat

AÇIKLAMA: Yeni oluşan bir monosit kemik iliğinde 1 gün kaldıktan sonra dolaşıma geçer. Dolaşımdaki yarılanma ömrü yaklaşık 3 gündür.

Cevap A (*Rudolph's Pediatrics, 19.baskı, 1991, s.1145*)

130.Bronşiolitis obliteransa en sık neden olan virus hangisidir?

- a) Herpes
- b) Parvovirus

c) RSV

d) Adenovirus

e) Rotavirus

AÇIKLAMA: Bronşiolitis obliterans, kronik bronşitin az görülen bir şekli olup, endobronşiyal granülasyon ve peribronşiyal fibrozisten oluşur. Çocuklarda (özellikle yenidoğan ve küçük bebeklerde) bildirilen olguların çoğu şiddetli viral enfeksiyonlarla, en sık olarakta adenovirus enfeksiyonlarıyla ilişkilidir. Özgün patolojik lezyon küçük hava yollarının granülasyon dokusu ile kısmen ya da tam olarak obliterasyonu ve küçük hava yollarını çevreleyen fibrozistir.

Cevap D (*Behrman, Nelson's Essentials of Pediatrics, s.456*)

131.Aşağıdaki tanımlamalardan hangisi Talassemi'ler için yanlıştır?

- a) Talassemi sendromları globin zincir sentez azlığı ve yokluğu ile oluşurlar.
- b) Alfa Talassemi daha sık güneydoğu Asya'da, beta talassemia Akdeniz bölgesinde görülür.
- c) Talassemi'lerde en belirgin hematolojik bulgular makrositoz ve hipokromidir.
- d) Talassemi'lerde kesin tanı Hb elektroforezi ile konur.
- e) Homozigot formlarda klinik bulgular çok belirgindir.

AÇIKLAMA: Talassemi'ler globin zincir sentez azlığı veya yokluğundan kaynaklanırlar. Hb sentez hızındaki kusur sonucunda **mikrositoz belirgin özelliktir.** Ancak, **kesin tanı Hb elektroforezi ile konur.** Heterozigot formlarda klinik bulgular hafif seyrederken homozigot formlarda şiddetlidir. Alfa Talassemi güneydoğu Asya'da, beta Talassemi Akdeniz bölgesinde sık olarak saptanır.

Cevap C (*Rudolph's Pediatrics, 19.baskı, 1991, s.1129*)

132.Orak hücre hastalığında aşağıdakilerden hangisi fonksiyonel aspleni'nin göstergesidir?

- a) Hemoglobin düzeyinin azalması
- b) Retikülosit sayısının azalması
- c) Howell-Joly cisimciklerinin görülmesi
- d) Trombosit sayısındaki artış
- e) MCV değerinde artış

AÇIKLAMA: Orak hücre hastalığında trombosit sayısında artış, özellikle vazooklüzif krizler sırasında olur. **Retikülositopeni anemik krizlerin göstergesidir.** MCV artışı retikülosit sayısındaki artışla paralellik gösterir. Eritrositler içindeki nükleer artık olan **Howell-Joly cisimcikleri ise fonksiyonel aspleni bulgusudur.**

Cevap C (*Rudolph's Pediatrics, 19.baskı, 1991, s.1125*)

133.Aşağıdaki bulgulardan hangisi demir eksikliği tanısında en kesin ve güvenilirdir?

- Düşük MCV
- Yüksek RDW
- Düşük transferrin satürasyonu
- Artmış serbest eritrosit protoporfirini
- Düşük ferritin düzeyi

AÇIKLAMA: Serum ferritin düzeyi demir depolarının değerlendirilmesinde kullanılan tek testtir. 10 µdl'den düşük değerler demir depolarının azaldığını gösterir ve demir eksikliğinin tek karakteristik bulgusudur. Transferrin satürasyonu gün içinde değişimler gösterir ve enflamatuvar hastalıklarda da azalmış olarak saptanır. MCV demir eksikliği dışında Talassemi, kurşun zehirlenmesi, kronik hastalık gibi hastalıklarda da azalabilir.

Cevap E (*Rudolph's Pediatrics, 19.baskı, 1991, s.1101-02*)

134.Aşağıdaki bulgulardan hangisi artmış hemoliz bulgusu değildir?

- Azalmış MCV
- Artmış plazma Hb düzeyi
- Artmış retikülosit sayısı
- Polikromatofili
- İndirekt bilirubin artışı

AÇIKLAMA: Eritrositlerin artmış parçalanması sonucu ortaya çıkan hemolizin tipik bulguları: Anemi, artmış MCV, retikülositozis ve polikromatofilidir. Bunlara ilaveten, şiddetli olgularda hepatik klirensi aşan miktarlarda bilirubin üretilir ve indirekt bilirubin düzeyide artabilir. İntravasküler hemolize bağlı olarak plazma Hb düzeyide artabilir.

Cevap A (*Rudolph's Pediatrics, 19.baskı, 1991, s.1097*)

135.Aşağıdaki nedenlerden hangisi 6. aydan sonra görülen aneminin en sık saptanan nedenidir?

- Fe eksikliği
- Kanama
- Konjenital enfeksiyon
- İzoimmünizasyon
- Hb sentez kusuru

AÇIKLAMA: Doğumdan itibaren mevcut demir depoları süt çocukluğu döneminin ilk 4-6. aylarına kadar herhangi bir eksiklik bulgusu ortaya çıkmaksızın, organizmanın gereksinimlerini karşılamaktadır. 6. aydan sonra ise günlük en az 1 mg/kg demir alınmadığı durumlarda demir eksikliği söz konusu olmakta ve demir eksikliği anemisinin ortaya çıkma olasılığı artmaktadır. Bu nedenle **demir eksikliği anemisinin en sık ortaya çıktığı yaş grubu 6 ay-1.5**

yaştır. Diğer nedenler doğumdan itibaren bulgu verebilirler.

Cevap A (*Oski, Hematology of Infancy and Childhood, 5.baskı, 1998, s.376-84*)

136.Aşağıdaki laboratuvar bulgularından hangisi Fe eksikliği ile β- Talassemi trait'in ayırıcı tanısında değerli bir bulgudur?

- MCV'nin düşük olması
- RDW'nin normal olması
- Hb azlığı
- Periferik yaymada hipokromi
- HbA₂'nin normal olması

AÇIKLAMA: RDW değeri demir eksikliğinde artarken Talassemi trait'te normal olarak saptanır. Diğer tüm değerler her iki hastalıkta da orta bulgular olarak saptanır.

Cevap B (*Lankowsky, Pediatric Hematology and Oncology, 2.baskı, 1995, s.135; Rudolph's Pediatrics, 19.baskı, 1991, s.1129*)

137.HbH hastalığı kaç α-globin geninin etkilenmesi sonucu ortaya çıkar?

- 5
- 1
- 2
- 4
- 3

AÇIKLAMA: Alfa globin sentezi, 16.kromozom üzerindeki 4 gen tarafından düzenlenmektedir. Üç gen delesyonu sonucu Hb H hastalığı ortaya çıkmaktadır.

Cevap E (*Lankowsky, Pediatric Hematology and Oncology, 2.baskı, 1995, s.135; Rudolph's Pediatrics, 19.baskı, 1991, s.1129*)

138.Periferik yaymada saptanan bazofilik noktalanma neden oluşmuştur?

- Nükleer artıktır.
- Ribozom agregatıdır.
- Denatüre hemoglobindir.
- Demir birikimidir.
- Eritrosit içi parazittir.

AÇIKLAMA: Howell-Jolly cisimcikleri dalak fonksiyonu azalmış ve olmayanlar ile megaloblastik anemili hastalarda saptanan nükleer artıktır. **Heinz cisimcikleri**, hemoglobini oksidatif denatürasyondan koruyan glikoz-6-fosfat dehidrogenaz enzimi gibi enzimlerin azlığı ve yokluğunda ve unstable Hb'patilerde ortaya çıkan denatüre olmuş Hb çökelekleridir. Ribozom agregatları bazofilik stippling'e neden olur.

PEDİATRİ

Cevap B (*Oski, Hematology of Infancy and Childhood, 5.baskı, 1998, s.376-84*)

139.Kronik hastalık anemisi ile demir eksikliği anemisini ayırtmede aşağıdaki testlerden hangisi en duyarlıdır?

- a) Ferritin
- b) Serum demiri
- c) Serum demir bağlama kapasitesi
- d) Ortalama eritrosit hemoglobini
- e) Serum transferrin reseptör düzeyi

AÇIKLAMA: Kronik hastalık anemisiyle demir eksikliği anemisinin ayırımında en duyarlı test, serum transferin reseptör düzeyidir.

Cevap E (*Lankowsky, Manual of Pediatric Hematology and Oncology, 3.baskı, 1999, s.40-1*)

140.Aşağıdakilerden hangisi Fanconi aplastik anemisi bulgularından değildir?

- a) Mental retardasyon
- b) Renal anomali
- c) Kardiyak anomali
- d) Diş anomalisi
- e) Makrositoz

AÇIKLAMA: Fankoni anemisi otozomal resesif geçiş gösterir. Genetik olarak önemli bir özelliği, bazı karsinojenlerle (diepoksibutan, mitomisin-C, nitrojen mustard gibi) hücre kültürüne eklendiğinde **kromozom kırıklarının** artmasıdır. Klinikte morfolojik anomaliler ve progresif pansitopeniye bağlı komplikasyonlar görülür. Mikrosefali, boy kısalığı, parmak ve radius anomalileri, cafe-au-lait lekeleri ve kendine özgü yüz görünümü karakteristiktir. Renal ve kardiyak anomaliler görülebilir. Sık enfeksiyonlar ve trombositopeniye bağlı kanamalar görülür. Laboratuvar bulgusu olarak anemi olmadan makrositoz görülebilir. Şu an için en iyi tedavi KİT'dir.

Cevap D (*Lankowsky, Manual of Pediatric Hematology and Oncology, 3.baskı, 1999, s.104-12*)

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

- a) Faktör 8 eksikliği
- b) Faktör 9 eksikliği
- c) Faktör 10 eksikliği
- d) Faktör 11 eksikliği
- e) Faktör 12 eksikliği

AÇIKLAMA: 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.**

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

142.On yaşındaki bir erkek çocuğunda uzun yıllardır sık kanama atakları tanımlanıyor. Deride ve ağız mukozasında kanamaların yanı sıra, 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?

- a) Hemofili A
- b) Hemofili B
- c) Hemofili C
- d) İlimli von Willebrand hastalığı
- e) Ağır tip von Willebrand hastalığı

AÇIKLAMA: 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 hemofilide normal iken, vWH'da mutlaka uzamıştır.**

Cevap E (*Gürsel, Hemofili von Willebrand Hastalığında Tanı ve Tedavi, 1999, s.2-5*)

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

- a) APC-Rezistansı (Aktive protein C'ye direnç) testi
- b) Protrombin zamanı ve APTZ testleri
- c) Faktör V Leiden mutasyonu tayini
- d) Protrombin mutasyonu testi
- e) Faktör 8 aktivitesi tayini

AÇIKLAMA: Protrombin zamanı ve APTZ testleri hemorajik diyatez yaratan hastalıkların taramasında güvenli kullanılmalarına karşın tromboza eğilim durumunu iyi yansıtamazlar. 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.

Cevap B (*Bauer, Update on Trombophilia, Hematology 1999 kitabında, s.230-5*)

144. Fanconi aplastik anemisi ile ilişkili olarak aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

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

AÇIKLAMA: Fanconi aplastik anemisi, otozomal resesif geçiş gösteren, konjenital bir anemidir.

Cevap C (Lilleyman, Pediatric Hematology, 2.baskı, 1999, s.23)

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

- Serum LDH düzeyi
- Sedimentasyon
- Kemik iliği aspirasyonu
- Monospot testi
- Hemogram ve periferik yayma

AÇIKLAMA: 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 kuşkusuna 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.

Cevap E (Lanzkowsky, Manual of Pediatric Hematology and Oncology, s.178-80)

146. Hangisi megaloblastik aneminin bulgusu değildir?

- Orta derecede bilirubin yüksekliği
- Hiposellüler kemik iliği
- LDH ve serum demiri yüksekliği
- Retikülositopeni
- Nötropeni

AÇIKLAMA: Megaloblastik aneminin en sık nedenleri folik asit ve B₁₂ vitamini eksikliğidir. Megaloblastik

anemide kemik iliği hipersellülerdir. Periferik kanda MCV artmıştır. RDW artmıştır.

Cevap B (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1467)

147. Aşağıdaki tanımlamalardan hangisi doğrudur?

- Disfibrinojenemide kanama zamanı uzar.
- Faktör 13 eksikliğinde kanama zamanı ve pıhtılaşma zamanı normaldir.
- Von Willebrand hastalığında kanama zamanı normaldir.
- Faktör 7 eksikliğinde kanama zamanı uzamıştır.
- Faktör 8 eksikliğinde a PTT normaldir.

AÇIKLAMA: Faktör XIII (Fibrin stabilize edici faktör) eksikliği, otozomal resesif geçiş gösterir. Göbek düştükten sonraki uzun süreli kanama tipiktir. Rutin koagülasyon testleri normaldir. Tanı 5M üre solüsyonunda pıhtı çözünürlüğünün anormal olması ile konulur.

Cevap B (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1504-15)

148. Aşağıdaki tanımlamalardan hangisi orak hücreli anemi için yanlıştır?

- Hb düzeyi 5-9 gr/dl'dir.
- Retikülosit sayısı %5-15'dir.
- Hiperbilirubinemi
- Hipogammaglobulinemi
- Osteoporoz

AÇIKLAMA: Orak hücreli anemi hemoglobin bozuklukları arasında en sık görülenidir. Laboratuvar bulgularında retikülosit sayısı artmış ve MCV yaşa göre yüksektir. Target hücreler ve poikilositler görülür. Splenik fonksiyon kaybına bağlı Howell-Jolly cisimcikleri görülür. Lökosit ve trombosit sayısı artmıştır. Sedimentasyon hızı düşüktür. Hiperbilirubinemi ve hipergammaglobulinemi görülür. Kemik iliğinde hiperplazi ve eritroid aktivite artışı belirgindir.

Cevap D (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1480)

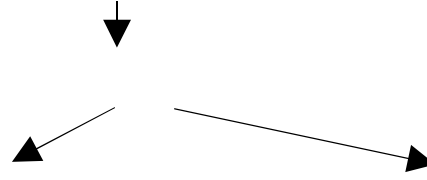
149. Aşağıdakilerden hangisinde kemik iliğinde megaloblastik değişiklikler görülmez?

- Orotik asidüri
- Myelodisplastik sendrom
- Eritrolösemi
- Lesh-Nyan sendromu
- Retiküler disgenesis

AÇIKLAMA: Retiküler disgenesis, agranülositozla birlikte ağır kombine immün yetersizlik görülmesidir. Kemik iliğinde megaloblastik değişiklikler söz konusu değildir.

PEDİATRİ

Cevap E (Lanz
and Onco)



150. Aşağıdaki Tablo 3. Anemi tanısı için tam kan sayımı, retikülosit sayısı ve kan yaymasının kullanımı

- Faktör VI
- FXII eksi
- Disfibrin
- Plazmin
- Prekallik

HEMOGLOBİN VE İNDEKSLER
RETİKÜLOSİT SAYISI VE MORFOLOJİ

AÇIKLAMA: A

Yetersiz Yanıt (RPI<2)

Yeterli Yanıt (RPI>3)

C, protein kalıtsal yat

Plazminojen

trombozis n

Cevap D (Be
s.546)

Malabsorbsiyon-Eliptositoz

çocukluk-Trimethoprim-sulfamethoxazole hastalık

hemolitiklik aplazisi/hipoplazisi

sendromu

a) Bernard

b) May Hag

c) Wiskott

d) Alport se

e) Gray pla

AÇIKLAMA: V

globulinemi,

bağlı bir

trombositle

yaşam sü

hastalardak

büyük ya

malignensi ç

Cevap C (Lanz
and Onco)

152. Orak hücreli anemide aplastik krizin en sık sebebi hangisidir?

- Transfüzyon
- Hiperkalsemi
- Hipoksemi
- Parvovirus B19
- Kolesistit

AÇIKLAMA: Parvovirus B19, Eritema enfeksiyozum (5. Hastalık) etkenidir. Transplasental geçiş olduğu zaman hidrops fetalis ve anemi yapabilir. Çocuk ve yetişkinlerde aplastik krizin en sık nedenidir. Virüs kemik iliğinde eritrosit ön yapılarını enfekte eder ve retikülositopeni ile birlikte geçici bir eritrosit aplazisi başlatır.

Cevap D (Ersoy, Pediatri Ders Notları, Türkiye Klinikleri, s.159)

Tablo 4. Mikrositik anemilerin ayırıcı özellikleri

Testler	Demir Eksikliği Anemisi	Talassemi	Sideroblastik Anemi†	Kronik Hastalık Anemisi‡
Serum demiri	Düşük	Normal	Yüksek ya da normal	Düşük
Serum demir bağlama kapasitesi	Yüksek	Normal	Normal ya da yüksek	Düşük ya da normal
Serum ferritini	Düşük	Normal ya da yüksek	Yüksek	Normal ya da yüksek
İlik demir depoları	Düşük ya da yok	Normal ya da yüksek	Yüksek	Normal ya da yüksek
İlik sideroblastları	Azalmış ya da yok	Normal ya da artmış	Artmış	Azalmış
Serbest eritrosit protoporfirini	Yüksek	Normal	Yüksek	Yüksek
Hemoglobin A2 veya F	Normal	Yüksek β-tal; normal α-tal	Normal	Normal
Eritrosit dağılım genişliği (RDW)§	Yüksek	Normal	-	Normal

†Trombositopeni ve nötrojeni hastalık ilerledikçe gelişir.

‡Sıklıkla normokrom; %25'i mikrositik

§RDW eritrositlerin anizositozunun (farklı büyüklükler) derecesini ölçer.

Cevap B (*Behrman, Nelson's Essentials of Pediatrics, s.522*)

155.Altı aylık karında kitle tespit edilen hastanın, her iki gözünde propitoz ve ekimoz (panda gözü), deride subkutan nodüller mevcut idi. 24 saatlik idrar VMA'sı yüksek olarak bulundu. Hastada olası tanınız nedir?

- Rabdomyosarkom
- Wilms tümörü
- Nöroblastom
- Non Hodgkin Lenfoma
- Malign teratom

AÇIKLAMA: Nöroblastoma bebekte en sık rastlanan tümördür. Çocukta lösemi, lenfoma ve CNS tutulumundan sonra 4. sırada görülür. En sık abdominal kitle ile ortaya çıkar. En sık abdomenden adrenallerden köken alır. Tanıda spesifik olarak idrarda katekolaminlerin (VMA, norepinefrin. Normetanefrin gibi) artışıdır.

Cevap C (*Behrman, Nelson Essentials of Pediatrics, s.567*)

156.İki yaşında karında şişlik, hematürik idrar yakınmasıyla getirilen hastada, hipertansiyon, interabdominal kitle ve aniridisinin olduğu saptandı. Hastada olası tanınız nedir?

- Nöroblastom
- Rabdomyosarkom
- Wilms tümörü
- Hodgkin Lenfoma
- Hepatoblastom

AÇIKLAMA: Çocuklarda en sık böbrek tümörüdür. Genellikle abdominal kitle ile fark edilir. Konjenital anomali olarak en sık aniridi, hemihipertrofi ve

genitoüriner anomaliler görülür. Ateş, hipertansiyon, makroskopik veya mikroskopik hematüri görülür.

Cevap C (*Behrman, Nelson Essentials of Pediatrics, s.566*)

157.Li-Fraumeni Sendromu olan kanserli çocukların ailesinde meme, kemik, beyin, akciğer kanserleri sık görülür. Bunlarda hangi supressör onkogen mutasyonu vardır?

- p 16
- p 53
- p 58
- c-myc
- myc-N

AÇIKLAMA: Li-Fraumeni sendromunda p53 tümör supressör geninin mutasyonu görülür.

Cevap B (*Lankowsky, Manual of Pediatric Hematology and Oncology, 3.baskı, 1999, s.471*)

158.Hodgkin hastalığında Rye klasifikasyonuna göre gelişmiş ülkelerde en sık görülen histopatolojik tip hangisidir?

- Lenfositten zengin
- Karışık hücreli tip
- Lenfositler zengin tip
- Nodüler sklerozon tip
- Büyük hücreli tip

AÇIKLAMA: Çocukluk dönemindeki Hodgkin Hastalığındaki histopatolojik alt tipler %10-20 lenfosit ağırlıklı, %40-60 nodüler skleroz, %20-40 miks hücreli ve %1-10 lenfositten fakir tip ile erişkinlerdekine benzer. Erişkinlerde olduğu gibi, lenfosit hakimiyeti olan en iyi prognoza sahip iken, lenfositten fakir olan en kötü prognoza sahiptir.

Cevap D (*Pizzo, Principles and Practice of Pediatric Oncology, 3.baskı, 1997, s.523-40*)

159. Aşağıdakilerden 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

AÇIKLAMA: 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.

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

160. Aşağıdaki antikanser ilaçlardan hangisi kardiyomyopatiye neden olur?

- a) Metotreksat
- b) Doksorubisin
- c) Vinkristin
- d) Siklofosfamid
- e) 6-Merkaptopürin

AÇIKLAMA: Doksorubisin kardiyomyopatiye neden olur.

Cevap B (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1538*)

161. Aşağıdaki malignansilerin hangisinde DIC görülme sıklığı fazladır?

- a) Nöroblastoma
- b) Rabdomyosarkoma
- c) Promiyelositik lösemi
- d) Lenfoma
- e) Osteosarkoma

AÇIKLAMA: Promiyelositik lösemide (M3) DIC görülme olasılığı fazladır.

Cevap C (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1539*)

162. Akut lenfoblastik lösemileri, akut nonlenfositer lösemilerden ayırmak için aşağıdakilerden birisi hariç, diğerleri gerektiğinde faydalıdır. Yardımcı olmayı işaretleyiniz.

- a) Tdt tayini
- b) Auer bady görülmesi
- c) Blast hücrelerinin büyüklüğü
- d) Peroksidaz boyası
- e) Doğuştan lösemi

AÇIKLAMA: Blast hücrelerin büyüklüğü ayırımda yardımcı olmaz.

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

163. Oniki yaşındaki kız çocuğu halsizlik, solgunluk ve soğuğa tahammülsüzlük yakınmaları ile başvurdu. Yapılan muayenesinde ağrısız, sert guatr saptandı. Yapılan tetkiklerde TSH artmış, T4 düşük, antimikrozomal antikor pozitif bulundu. Hastada olası tanınız nedir?

- a) Tiroid bezi disgenezisi
- b) Konjenital hormon yapım defekti
- c) Hashimoto tiroiditi
- d) Endemik iyot eksikliği
- e) Graves hastalığı

AÇIKLAMA: Hashimoto tiroiditi lenfositik infiltrasyon, antimikrozomal ya da antitiroglobulin antikorları ile tiroid bezine hedeflenen otoimmün bir olaydır. Çocuklarda sporadik guatrın en sık nedenidir. Ayrıca akkiz hipotiroidinin de en sık nedenidir. Kızlarda daha çok görülür, büyük çocuk ve adolesan döneminde sık görülen sert, ağrısız ötiroid, hipotiroid ya da ender olarak hipertiroid guatr mevcuttur. Serumda antimikrozomal, antitiroglobulin, anti-TSH reseptör ya da antitiroid nükleus antikorları bulunabilir.

Cevap C (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1705*)

164. Altı aylık erkek çocukta bacağını oynatamama ve huzursuzluk yakınması mevcut. Fizik muayenede her iki alt ekstremitede hassasiyete bağlı psödoparalizi, göğüste kostokondral birleşme yerlerinde sivri uçlu rosary saptandı. Alt ekstremitenin röntgenogramında femur alt ucu ve tibia üst ucu epifizlerinde halka şeklinde beyaz çizgilenmeler mevcut. Bu hastada olası tanınız nedir?

- a) Rickets
- b) Hipofosfotemik rickets
- c) Skorbüt
- d) Hipoparatiroidizm
- e) Hipopotasemi

AÇIKLAMA: Askorbik asit yetersizliği klinik olarak skorbüt belirtilerine neden olur. Sıklıkla 6-24 aylık dönemde irritabilite, takipne, beslenme bozukluğu, iştah azalması, kemiklerde şişlik ile beraber genel hassasiyet (özellikle alt ekstremitede) oluşur. Bu hassasiyete bağlı bacaklarda psödoparalizi gelişir. Subperiosteal kanama, kıl folliküllerinde hiperkeratoz gelişebilir. Kronik skorbütte demir ya da folat eksikliğine bağlı anemi görülebilir.

Cevap C (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics,*

16.baskı, 2000, s.182)

165.Hiperaktivite, büyük kulaklar, makro genitalia, hiperfleksibilitemi, dokunmaya tepkisi olan mental ve motor retardasyonlar, bir hastada aşağıdaki tanılardan hangisini düşündürür?

- a) XXYY Sendromu
- b) XXY Sendromu
- c) Frederik Ataksia
- d) Hipertiroidizm
- e) Fragil X (Martin Bell Sendromu)

AÇIKLAMA: Frajil X sendromunda puberte sonrası erkeklerde makro-orşidizm; anlatım dilinin gelişiminde beklenenden daha ağır gecikmeler; hafif-orta derecede mental retardasyon ve genel olarak nadiren çıkıntılı kulaklar gibi bazı yüzeysel bulgular dışında normal görünümle karakterizedir.

Cevap E (Nelson, Essentials of Pediatrics, s.127)

166.Çocukluk çağı tip I diabette aşağıdakilerden hangisi klinik bulgu değildir?

- a) Polidipsi
- b) Poliüri
- c) Polifaji
- d) Kilo artışı
- e) Kilo kaybı

AÇIKLAMA: Tip I Diabetli çocuklar genelde birkaç haftadan beri süren tipik poliüri, polidipsi, polifaji ve kilo kaybı semptomları ile başvururlar.

Cevap D (Behrman, Nelson Essentials of Pediatrics, s.646)

167.Aşağıdakilerden hangisi çocuklarda boy kısalığı yapmaz?

- a) Turner sendromu
- b) Cushing sendromu
- c) Diyabet insipitus
- d) Epifizyol displazi
- e) Guatr

AÇIKLAMA: Guatr tek başına boy kısalığı nedeni değildir. Hipotiroidide boy kısalığı görülür.

Cevap E (Behrman, Nelson Essentials of Pediatrics, s.617)

168.Aşağıda belirtilen boy kısalıklarının hangisinde kemik yaşı geriliği olmaz?

- a) Konstitusyonel boy kısalığı
- b) Büyüme hormonu eksikliği
- c) Hipotiroidi
- d) Ailevi boy kısalığı
- e) Raşitizm

AÇIKLAMA: Ailesel boy kısalığında kemik yaşı, seksüel gelişim ve diş çıkarma normaldir.

Cevap D (Behrman, Nelson Essentials of Pediatrics, s.618)

169.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 tespit edilir.
- c) AntiT-anti M bakılır.
- d) Kortizol bakılır.
- e) Tiroid fonksiyon testlerine bakılır.

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

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

170.On günlük bebek, 5 gündür günde 1 kez beslendikten sonra kusma ve ağırlık artışının olmaması nedeni ile getirildi. Anne sütü ile besleniyor. Fizik muayenede doğum ağırlığına göre ağırlık artışı yok, nabız 120/dk, solunum sayısı 36/dk, fontanel çökük, deri ve mukozalar kuru. Testisler nonpalpabl, hipospadias var. Diğer sistem bulguları normal. Laboratuvar incelemelerinde idrar normal, beyaz kan hücresi 11.000/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

AÇIKLAMA: 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 düşünülür.

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

171.Diyabet ketoasidoz tedavisinde ilk uygulama aşağıdakilerden hangisidir?

- a) 0.1 U/kg insülin IV verilir.
- b) 20 cc/kg 0.9 NaCl intravenöz verilir.

PEDİATRİ

- c) 2 cc/kg NaHCO₃ intravenöz verilir.
- d) 2000 cc/m² 0.9 NaCl 24 saat intravenöz infüze edilir.
- e) Antibiyotik başlanır.

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

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

- 172.Hangisi D-vitamini eksikliğine bağlı raşitiste kraniyal bulgulardan değildir?
- a) Oksipital düzleşme
 - b) Kaput kuadratum
 - c) Olimpiyen alın
 - d) Dişlerin gecikmesi
 - e) Fontanelin erken kapanması

AÇIKLAMA: Çünkü Raşitisi çocuklarda fontanel geç kapanır.

Cevap E (*Arcasoy, Pediatri NMS, 3.baskı, 1998, s.556*)

15 yaşında patolojik boy kısalığı olan kız hastada pubertenin başlamadığını gördünüz. 173. ve 174. soruları bu hastaya göre yanıtlayınız.

- 173.Aşağıdaki ön tanılardan hangisini düşünmezsiniz?
- a) Malnutrisyon
 - b) Turner sendromu
 - c) McCune Albright sendromu
 - d) Büyüme hormonu eksikliği
 - e) Panhipopitüitarizm

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

Cevap C (*Needlman, Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.58-63; DiGeorge, Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.1628-46*)

- 174.Hastada büyüme hormon eksikliğini destekleyen bulguyu işaretleyiniz.
- a) Kemik yaşında gerilik
 - b) Hipergonadotropik hipogonadizm
 - c) Artmış IGF-1 ve IGFBP-3 düzeyleri
 - d) Yüksek kalorili diyet sonrası düşük büyüme hormon değerleri
 - e) Azalmış kan kortizol düzeyi

AÇIKLAMA: Büyüme hormon eksikliğinin en önemli göstergelerinden 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.

Cevap A (*DiGeorge, Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.1569-73*)

175.Dişi psödohermafroditizm hastasının karyotipi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) 46 XX
- b) 46 XY
- c) 47 XXY
- d) 47 XYY
- e) 45 XO

AÇIKLAMA: Dişi psödohermafroditizmde kromozom yapısı 46,XX dir. Normal overleri vardır. Müller kanalı farklılaşmıştır, dış genital yapısı ise erkeksidir.

Cevap A (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1760*)

176.Gecikmiş puberte şikayetiyle başvuran hastada koku almada bozukluk (anosmi-hipoosmi) bulunuyorsa en olası tanınız nedir?

- a) Klinefelter
- b) Down
- c) Kallman
- d) Noonan
- e) McCune Albright

AÇIKLAMA: Kalman sendromu hipotalamustan GnRH salgısı eksikliğine bağlı izole gonadotropin eksikliğidir. Hemen daima hipoosmi veya anosmi ile birlikte. Hastalarda gecikmiş puberte gözlenir.

Cevap C (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1749*)

177.Şüpheli genitalya şikayetiyle başvuran XY genotipli hastada, küçük fallus, bifid skrotum ve kör vajinal poş görülüyor ise en olası tanı nedir?

- a) 21 hidroksilaz enzim eksikliği virilizan tip
- b) 21 hidroksilaz enzim eksikliği klasik tip
- c) 11 hidroksilaz enzim eksikliği
- d) 5 alfa redüktaz enzim eksikliği
- e) Sertoli hücre defekti

AÇIKLAMA: 5 alfa redüktaz eksikliği otozomal resesif geçişlidir. Klinik bulguları erkek iç genital yapı ve dişi dış genital yapı olarak özetlenebilir. Bu enzimin eksikliği hücrede testosteronun dihidroksi testosterona dönüşümünü engeller. Fetal dihidroksitestosterona bağlı olarak virilizasyon olmaz. Küçük bir fallus perineal hipospadias vardır. Labioskrotal yapraklar birleşmemiştir. Kör bir vajinal

kese vardır. Prostat bulunmaz. Wolf kanalları testosterona bağlı olduğundan normal gelişmiştir. Testis farklılaşmıştır ve spermatogenez vardır.

Cevap D (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1764, Neyzi, Pediatri cilt 2, s.606*)

178.Aşağıdaki durumlardan hangisinde salmonella gastroenteriti olduğunda antibiyotik verilmez?

- a) 2 aylık bebek
- b) Kronik granümatöz hastalık
- c) Gastrektomiden sonra
- d) Demir eksikliği anemisi
- e) Malnutrisyon

AÇIKLAMA: Salmonella gastroenteritinde antibiyotik kullanımı normal bağırsak florasını baskıladığından salmonella atılımını artırır ve bunun sonucu kronik taşıyıcılık olabilir. 3 ayın altında bebeklerde ve özel konaklarda ise hastalığın yayılma riski olduğundan antibiyotik tedavisi uygulanır. Demir eksikliği değil hemolitik anemi (özellikle orak hücreli anemi) özel bir risk oluşturur.

Cevap D (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.845*)

179.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

AÇIKLAMA: Son dönem karaciğer hastalığında karaciğer nakil kararı verilmesinde Prot. 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, T.Bil ile birlikte ekskresyon fonksiyonu işaret eder.** Akut hepatit, taş, tümör, kolanjit hallerinde de yükselebilir. Albumin ve kolesterol karaciğer sentez fonksiyonlarını işaret ederler. Ancak kolesterol kolestaz durumunda yükselirken, ancak Prot. zamanı uzadıktan sonra sentez kusuru olarak düşük saptanabilir. Albumin yarı ömrü uzun bir proteindir ve fulminan tablolarda Prot. zamanı uzadığı halde normal olabilir. Bu testlerin kombinasyonlarını içeren diğer şıklar yetersizdir.

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

180.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) Özofagus-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 boşaltımını kolaylaştırmak için sağ yana yatırılması

AÇIKLAMA: Hastada fonksiyonel gastroözafajiyal reflü (GÖR) tablosu vardır. Hastanın kusmaları motor ve fiziksel gelişimini etkilememiştir, patolojik reflü özelliğinde değildir ve reflünün bazı önlemlerle kontrol edilmesi olasıdır. Tıbbi, cerrahi tedavi ve grafi ile değerlendirme gereksizdir. Dört aylık dönem özellikle GÖR olasılığının, aktivasyonun artması ile, fizyolojik ve fonksiyonel olarak arttığı bir dönemdir. E şıkkı pozisyon gereği gıdaların daha fazla reflü olmasına yol açar ve yanlıştır.

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

181.Aşağıdakilerden hangisi çocukluk çağı Helikobakter pilori enfeksiyonunun özelliğidir?

- a) Histopatolojik olarak akut gastrit tablosu saptanır.
- b) Kronik yineliyici 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.

AÇIKLAMA: Helikobakter pilori enfeksiyonu, 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 aktivasyonu nedeniyle, çeşitli çalışmalarda %90 sıklıkta saptanmıştır.** Proton pompa inhibitörü ve 2'li antibiyotik kombinasyonu, günümüzde en kısa 15 gün süre ile kullanılmaktadır.

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

182.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?

- Salmonella typhi murium
- Shigella flexneri
- Rotavirus
- Candida albicans
- Kamfilobakter jejuni

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

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

183.Akut diyare patogenezi yönünden doğru bilgi hangi cümlededir?

- Enterit tipi diyareler bol sulu ve fermentatif özellik gösterir.
- Ozmotik diyarede ozmotik gap 290'nın üstündedir.
- Sekretuar diyarede ozmotik gap 290'nın üstündedir.
- Kolon kökenli diyareler bol sulu ve kanlıdır.
- Ozmotik diyarede dışkı pH'sı 7'nin üstündedir.

AÇIKLAMA: Diyare tablosunda ozmotik gap hiçbir zaman 290'nın üstünde olmaz. Ya eşittir ya da düşüktür. **Kolon kökenli diyareler kanlıdır ve az miktarda sık sık dışkılamaya neden olurlar.** Gastrointestinal traktusta sıvı emiliminin %90'ını ince bağırsak düzeyinde olduğundan **enterit tipi diyareler bol sulu**dur, kolit tipi değildir. Ayrıca ince bağırsak hasarlanmasında öncelikle fırçamsı kenar laktoz enzimi etkilendiğinden, **enteritlerde fermentatif özellik, karbonhidrat malabsorpsiyonu belirgindir.** Ozmotik diyare, karbonhidrat malabsorpsiyonu nedeni ile oluşur. İnce bağırsakta emilemeyen şekerler kolonda bakteriyel yıkım ile asetik, bütirik asite dönüşürler ve dışkı pH'sı asid tarafa kayar, 7'nin altında, 4.5-5.5 düzeylerinde saptanır.

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

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

- Antihistaminik zehirlenmesi
- Organik fosfor zehirlenmesi
- Barbitürat zehirlenmesi
- Gıda zehirlenmesi (botulismus)
- Sıcak çarpması

AÇIKLAMA: İshal ve kusma gibi gastrointestinal peristaltizmin arttığını gösteren belirtiler, bradikardi, miyozis, hipersalivasyon, konvülsiyon 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. Botulimusta özellikle kraniyal sinir felçleri tanı koydurucudur. Sıcak çarpmasında ise vücut ısısı 41°C üzerinde (hipotermi) olup hipotansiyon görülür.

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

185.Mekonyum ileusu hangi hastalığın yenidoğan döneminde öncelikli bulgusudur?

- Pilor stenozu
- Biliyer atrezi
- Konjenital adrenal hiperplazi
- Nekrotizan enterokolit
- Kistik fibroz

AÇIKLAMA: Kistik fibrozis otozomal resesif geçişli en sık görülen genetik hastalıktır. **En sık epitel dokusu etkilenir;** bu da dokuların salgı, solunum ve emilim özelliklerini bozar. Mekonyum ileusu ince bağırsak lümeninin koyu kıvamlı mekonyum ile tıkanmasıdır. **Mekonyum ileusu en sık kistik fibrozisli hastalarda görülür.** Kistik fibrozisli hastaların yaklaşık %10'u mekonyum ileusu ile doğar. Radyolojik olarak karın sağ tarafında **kırık cam veya kar fırtınası** görünümü vardır.

Cevap E (Aşilar, Katkı Pediatri Dergisi, 1994; Astma ve Allerjik Hastalıklar, Katkı Pediatri Dergisi, 1997; Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 2000)

186.Gilbert sendromu için yanlış olanı bulunuz.

- Bilirubin karaciğere alınımında bozukluk vardır.

- b) Glukronil transferez enzim aktivitesinde azalma vardır.
 c) Safra asidi kolilglisin düzeyi düşüktür.
 d) Chenodeoksi kolik asit düzeyi normaldir.
 e) Yenidoğan döneminde belirtilerle tanı konur.

AÇIKLAMA: Gilbert sendromu otozomal dominant geçen bir sarılık sendromudur. İndirekt hiperbilirubinemi, hafif hemoliz ve karaciğer fonksiyon testlerinin normal oluşuyla belirlenir. 10 yaşından küçüklerde tanı koymak çok zordur. Yenidoğan döneminde nedeni açıklanamayan sarılıkta düşünülebilir.

Cevap E (Dağoğlu, Neonatoloji, 2000, s.443-58)

187.Hangisi ailevi akdeniz ateşine ait bir bulgu değildir?

- a) %90'ı 20 yaş öncesi başlar.
 b) Artrit/artralji sık görülür.
 c) Perikard tutulumu olabilir.
 d) Kolşisine iyi cevap verir.
 e) AL tipi amiloidoz gelişebilir.

AÇIKLAMA: Ailevi Akdeniz ateşinde AA tipi amiloid gelişir.

Cevap E (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.724)

188.Kronik karaciğer yetmezliğinde ve siroza en çok yol açan hepatit virüsü aşağıdakilerden hangisidir?

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

AÇIKLAMA: Hepatit C en sık kronikleşen, karaciğer yetmezliğine ve siroza en çok yol açan hepatit virüsüdür.

Cevap B (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı)

189.Aşağıdakilerden hangisi protein kaybettiren enteropati nedeni değildir?

- a) Konjenital lenfanjektazi
 b) Eroziv gastrit
 c) Konjenital klor diyaresi
 d) Perikardit
 e) Çölyak hastalığı

AÇIKLAMA: Konjenital klor diyaresi ince bağırsaklardan klor emilimindeki defekt sonucu gelişir. Doğumdan hemen sonra başlayan çok sulu ishal ve karın şişliği

görüür. Büyüme geriliği, hipokloremi, hipokalemi ve hipokloremik alkaloz gelişir.

Cevap C (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı)

190.Gastrointestinal sistemin en sık konjenital anomalisi hangisidir?

- a) Meckel divertikülü
 b) Gastroşizis
 c) Hirschsprung hastalığı
 d) İntestinal atrezi
 e) Omfalosel

AÇIKLAMA: Meckel divertikülü gastrointestinal sistemin en sık görülen konjenital anomalisidir.

Cevap A (Ersoy, Pediatri Ders Notları, Türkiye Klinikleri, s.175)

191.Hangisi malabsorbsiyona sebep olmaz?

- a) Çölyak hastalığı
 b) İnek sütü aşırı duyarlılığı
 c) Pankreas yetmezliği
 d) Zollinger-Ellison sendromu
 e) Wolman hastalığı

AÇIKLAMA: Bkz. Tablo 5.

Tablo 5. Dışkı özelliklerine göre malabsorbsiyon sendromları

A. Sulu dışkı ile seyreden malabsorbsiyon sendromları

- *Konjenital veya sekonder laktaz eksikliği
 *Sükroz izomaltaz eksikliği
 *Glukoz izomaltaz eksikliği
 *Primer immün defektler
 *İnek sütü aşırı duyarlılığı
 *Parazitler
 *Vitamin B12 aşırı duyarlılığı
 *Transkobalamin yetmezliği
 *Soya yağı allerjisi

B. Yağlı dışkı ile seyreden malabsorbsiyon sendromları

- *Kistik fibrozis
 *Kısa bağırsak sendromu
 *Çölyak hastalığı
 *Abetalipoproteinemi
 *Whipple hastalığı
 *Tropikal sprue
 *Safra kanalı tıkanması
 *Glutene hassas enteropati
 *Pankreas ve kemik iliği yetmezliği (Schwachman Diamond sendromu)
 *Wolman hastalığı
 *Akrodermatitis enteropatika

C. Normal dışkı ile seyreden malabsorbsiyon sendromları

- *Primer hipomagnezemi
 *Aminoasit malabsorbsiyonu
 *Vitamin B12 malabsorbsiyonu
 *Konjenital folat malabsorbsiyonu

PEDİATRİ

Cevap D (Ersoy, *Pediatric Ders Notları, Türkiye Klinikleri*, s.186)

192. Gastrointestinal sistemde en sık hangi organda duplikasyon görülür?

- a) Özofagus
- b) Mide
- c) Duodenum
- d) İleum
- e) Kolon

AÇIKLAMA: Gastrointestinal sistemde en sık duplikasyon duodenumda görülür.

Cevap C (Ersoy, *Pediatric Ders Notları, Türkiye Klinikleri*, s.174)

193. Çocuklarda en sık akut diyare sebebi hangisidir?

- a) E. coli
- b) Rotavirus
- c) Salmonella
- d) Adenovirus
- e) Giardia lamblia

AÇIKLAMA: Çocukluk çağıında akut diyarelerden en sık rotavirüsler sorumludur.

Cevap B (Ersoy, *Pediatric Ders Notları, Türkiye Klinikleri*, s.182)

194. Kemik iliği ve pankreas yetmezliğinin birlikte görüldüğü malabsorbsiyon sendromu hangisidir?

- a) Gluten enteropatisi
- b) Schwachman Diamond sendromu
- c) Hirschsprung hastalığı
- d) Maltaz eksikliği
- e) Wolman hastalığı

AÇIKLAMA: Schwachman Diamond sendromunda kemik iliği ve pankreas yetmezliği vardır. Malabsorbsiyon bulgularının yanı sıra metafizer dizostoza bağlı cücelik, hematolojik bulgular (lökopeni, trombositopeni gibi) mevcuttur. Tripsin, lipaz ve amilaz yoktur. Yağ ve protein eksikliğine bağlı gelişme geriliği gözlenir. Enfeksiyonlar siktir.

Cevap B (Ersoy, *Pediatric Ders Notları, Türkiye Klinikleri*, s.189)

195. Çocuklarda en sık görülen malabsorbsiyon sendromu hangisidir?

- a) Gluten enteropatisi
- b) Disakkaridaz eksikliği
- c) Protein kaybettirici enteropatier
- d) Kistik fibrozis
- e) Enterokinaz eksikliği

AÇIKLAMA: Gluten enteropatisi (çölyak hastalığı, nontropikal sprue) arpa, buğday gibi hububat ürünlerinin içeriğinde bulunan glutenin, gliadin fraksiyonuna karşı bağırsaklarda hipersensitivite gelişmesidir. Bağırsak villuslarında atrofi, hücrelerin sayısında azalma, kriptaların derinleşmesi, hücre polaritesinin bozulması, villöz epitel harabiyeti ile karakterizedir. **Çocukluk çağıında görülen en sık malabsorbsiyon sendromudur.** Tanıda en etkili yöntem intestinal biyopsidir. **Lenfoma** normal populasyona göre daha sık görülür.

Cevap A (Ersoy, *Pediatric Ders Notları, Türkiye Klinikleri*, s.189-190)

196. Ülseratif kolitli çocukta en sık görülen bulgu hangisidir?

- a) Ateş
- b) Kilo kaybı
- c) Karın ağrısı
- d) Tenezm
- e) Dışkıda kan

AÇIKLAMA: Ülseratif kolitli çocukta dışkıda kan (%100), karın ağrısı (%95) ve tenezm (%75) en sık görülen bulgulardır. En sık ölüm sebebi gram negatif sepsis ve perforasyondur.

Cevap E (Ersoy, *Pediatric Ders Notları, Türkiye Klinikleri*, s.196)

197. Hangisi karaciğer hasarı için daha özgündür?

- a) AST
- b) ALT
- c) SGOT
- d) Albümin
- e) Alkalen fosfataz

AÇIKLAMA: Bkz. Tablo 6.

Cevap B (Behrman, *Nelson's Essentials of Pediatrics*, s.423)

198. Asitli bir hastada karın ağrısı ile birlikte ateş görüldüğünde ilk düşünülmesi gereken hangisidir?

- a) Hepatik ensefalopati
- b) Alt lob pnömonisi
- c) Peritonit
- d) İleus
- e) Portal hipertansiyon

AÇIKLAMA: Spontan bakteriyel peritonit, asitsin bir komplikasyonu olabilir ve karın ağrısı ile birlikte ateş olduğunda düşünülmelidir.

Tablo 6. Karaciğer değerlendirme testleri

Test	Mekanizma	Önemi
Karaciğer işlevi Albümin	Azalmış protein sentezi	Sentez azalması, kayıpların (assit) artışı
Protrombin zamanı	Faktör 2,7,9,10 sentezinde azalma	Ağır karaciğer bozukluğu K vitaminine yanıt vermez; malabsorbsiyon K vitaminine yanıt verir.
Amonyak	Üreagenez azalması, portosistemik şantlarda artış	Hepatik ensefalopati ile ilişkili amonyak artışı
Glukoz	Glikojenolizde azalma, Glukoneogenezizde azalma	Hipoglisemi ve santral sinir sistemi tehlikesi
Hücre Hasarı Aspartat aminotransferaz (AST/SGOT)	Nekrotik hücrelerden salınır	Kalp ve kastan da salınır.
Alanin aminotransferaz (ALT/SGPT)	Nekrotik hücrelerden salınır	Karaciğer hasarı için daha özgün
Biliyer Tıkanıklık Alkalen fosfataz	Safra yolu hücre proliferasyonu	Kemik komponentini belirlemek için kısımlara ayrılmalıdır
Gama-glutamin transpeptidaz	Safra yolu hücre proliferasyonu	Biliyer hastalık için daha özgün
5'-Nükleotidaz	Safra yolu hücre salgılanması	Biliyer hastalık
Direkt bilirubin	Atımın azalması	Hepatobiliyer hasarla da dikkati çekmektedir
Safra asitleri	Kandan uzaklaştırmanın azalması, atımın azalması	Kolestaz, portosistemik şant
Diğer Alfa-fetoprotein	Baskın olmayan fetal gen	Karaciğer tümörü
Anti-düz kas, antimitokondriyal, antinükleer antikolarlar	Otoimmün	Kronik aktif hepatit
Görüntüleme Ultrasonografi	Makroskopik anomaliler	Kolelitiazis ve koledok kistleri
Technetium-99m sülfür kolloid	Kupffer hücresinde tutulma	Fokal lezyonlar > 2-3 cm
Technetium-99m iminodiasetik asid (PIPIDA, HIDA)	Hepatositte tutulma ve biliyer atım	Biliyer atrezi, tıkanıklık
Gallium	İnflamatuvar, neoplastik hücrelerde tutulma	Apse, tümör

Cevap A (Behrman, Nelson's Essentials of Pediatrics, s.428)

199.Hepatit B virüsünün neden olduğu glomerülopati hangisidir?

- Membranöz glomerülonefrit
- Membranoproliferatif glomerülonefrit
- Rapidly progresif glomerülonefrit
- Goodpasture hastalığı
- Hemolitik-üremik sendrom

AÇIKLAMA: Membranöz glomerülopati sistemik lupus eritematosus, kanser, altın ve penisilamin tedavisi, sifiliz ve hepatit B virüs enfeksiyonları sırasında görülebilir.

Cevap A (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1583)

200.Aşağıdakilerden hangisi çocuklarda nefrotik sendromda biyopsi endikasyonu değildir?

- Makroskopik hematürinin varlığı
- Başlangıç yaşının 6 aydan küçük olması
- İdrarda 40 mg/m²/saatin üzerinde proteinüri olması
- Hipovolemiye bağlı olmayan böbrek yetmezliği
- Düşük plazma C3 düzeyi

AÇIKLAMA: Çocukluk çağında nefrotik sendrom en sık minimal değişiklik hastalığına (MDH) bağlı olarak gelişir. Bu hastalık düşünüldüğünde böbrek biyopsisi yapılmasına gerek olmaksızın hastalara tedavi başlanabilir. Ancak yukarıda sayılan kriterler varlığında ve bunlara ek olarak hasta 6-7 yaşın üzerindeyse, bir aylık standart doz oral steroid tedavisine yanıt alınamazsa, persistan hipertansiyon ve mikroskopik hematüri varlığında hastalara böbrek biyopsisi yapılarak MDH dışı nedenler araştırılmalıdır.

Cevap C (Barratt, *Pediatric Nephrology*, 1999, s.731-47)

201.Minimal değişiklik hastalığı için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Erkek çocuklarda kızlardan daha fazla görülür.
- Bazı hastalarda atopi öyküsü vardır.
- Hastalık sürecinde enfeksiyon, tromboz ve akut böbrek yetmezliği gelişebilir.
- Enfeksiyonlar arasında en sık primer peritonit görülür ve etken sıklıkla stafilokoklardır.
- Büyük oranda steroid tedavisine yanıt alınır.

AÇIKLAMA: Minimal değişiklik hastalığında enfeksiyonlara eğilim vardır. En sık streptococcus pneumoniae'ya bağlı primer peritonit ve bazen septisemi görülebilir. Ayrıca hemophilus influenza ve gram negatif organizmalar da enfeksiyona neden olabilir. Gergin cilt ve ödemli cilt altı dokusu da sellülit gelişimine zemin hazırlar.

Enfeksiyonlara eğilimde asıl olarak humoral immün yetersizlik suçlanmaktadır. İmmün globulin G'nin idrarla kaybı ve yine idrarla alterne yolla kompleman aktivasyonu için gerekli olan faktör B'nin kaybı etken olabilir. Nefrotik plazmada lenfosit fonksiyonlarının kaybı, steroid ve immün supresif tedavi nedeniyle enfeksiyon riskinin artması da önemlidir.

Cevap D (Barratt, *Pediatric Nephrology*, 1999, s.731-47)

202.Minimal değişiklik hastalığında renal biyopsi bulguları açısından aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- Işık mikroskopu ile incelendiğinde belirgin glomerüler hipersellülarite vardır.
- İmmun floresan mikroskopik incelemede mezenseyumda dens depozitler izlenir.
- Elektron mikroskopunda epiteliyal hücrelerin ayaksa çıkıntılarında füzyon saptanır.
- İnterstisyumda ağır tübüler atrofi ve interstisyel fibrozis vardır.
- İmmun floresan mikroskopik incelemede saptanan C3 depozisyonu tanı koydurucudur.

AÇIKLAMA: Minimal değişiklik hastalığında klasik olarak ışık mikroskopu bulguları normaldir ve immün depozisyon bulunmaz. Elektron mikroskopide visseral hücrelerin ayaksa çıkıntılarındaki füzyon tanı koydurucudur.

Cevap C (Barratt, *Pediatric Nephrology*, 1999, s.731-47)

203.Akut poststreptokoksik glomerülo nefritte serum kompleman düzeyleri ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Serum kompleman düzeyi düşüklüğü tanı için önemli bir bulgudur.

b) Hastalığın aktif döneminde vakaların büyük kısmında sadece serum C3 düzeyi düşük bulunur.

c) Bazı vakalarda C4 düzeyi de düşük olabilir.

d) Tüm vakalarda sadece C4 düzeyleri düşük, C3 düzeyleri normal bulunur.

e) Kompleman düşüklüğünün 6-8 haftada düzelmesi ve normale gelmesi beklenir.

AÇIKLAMA: Akut poststreptokoksik glomerülo nefritte çoğunlukla alterne, bazen de klasik kompleman yolu aktive olur. Bu nedenle genellikle sadece C3 düşüklüğü, bazen C3 ve C4'ün bir arada düşüklüğü görülür.

Cevap D (Barratt, *Pediatric Nephrology*, 1999, s.669-89)

204.Serum Na düzeyi 125 olan 10 kg'lık bir çocukta verilmesi gereken idame ve defisit sodyum miktarlarının toplamı aşağıdakilerden hangisidir?

- 30 mEq/L
- 90 mEq/L
- 60 mEq/L
- 100 mEq/L
- 50 mEq/L

AÇIKLAMA: 10 kg'lık bir çocuğun idame Na ihtiyacı: 3 mEq/kg = 30 mEq

Na defisiti: 0.6 x vücut ağırlığı x (135-hastanın Na değeri) = 0.6 x 0 x 10 = 60 mEq

Toplam Na gereksinimi: 30+60= 90 mEq/L

Cevap B (Barratt, *Pediatric Nephrology*, 1999, s.215-31)

205.Aşağıdakilerden doğru olanı seçiniz.

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

AÇIKLAMA: 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 HCO₃ geri emilim bozukluğu ile

karakterlidir. **H⁺ atılma bozukluğu Tip-I RTA (dRTA) özelliğidir.**

Tip-I RTA (dRTA) kliniğinde ortaya çıkan rahitis Tip-II RTA'da (pRTA) ağır hipofosfatemisi ile birlikte görülen rahitise oranla daha iyi gidişli kabul edilmektedir. Özellikle asidozun düzeltilmesi ile D vitaminine yanıtı çok iyi olabilmektedir. Doğru seçenek "C"dir.

Distal RTA ve proksimal RTA'da ortaya çıkan klinik tablo genellikle benzer olduğu için tip ayrımında NH₄Cl 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 katkıda bulunabilir.

Cevap C (*Cura, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, s.481-3; Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.1504-05*)

206.Aşağıdakilerden hangisi kronik tübülointerstisyel nefritin en sık görülen nedenidir?

- İmmünolojik nedenler
- Radyasyon
- Hereditör nedenler
- Üriner enfeksiyon ve vezikoureteral reflü (İYE+VUR)
- İdiyopatik tip

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

Cevap D (*Cura, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, s.491; Barratt, Pediatric Nephrology, 4.baskı, 1999, s.830-1*)

207.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 şeklinde ortaya çıkar.
- Oyun çocuğu yaş grubunda İYE çoğu zaman asemptomatik bakteriyüri şeklinde seyredir.
- Okul-oyun çağı kız çocuklarında vezikoureteral reflü, İYE oluşumunda en önemli hazırlayıcı faktördür.

AÇIKLAMA: İYE, VUR'un en sık belirtisidir. Bu nedenle okul çağı dönemindeki kız çocuklarının

İYE'larının 2/3'ünde İYE tanısıyla beyaz kız çocuklarının %80'inde VUR rastlanır.

Cevap E (*Smelie, Vesicoureteral Reflux and Renal Scarring, 1975, s.65*)

208.Kronik böbrek yetmezliğinde serum Ca ve P 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)

AÇIKLAMA: GFR azalmaya başlayınca vücutta PO₄ oranı artar. Böbrekte 1.25 dihidroksikolekalsiferol yapımı azalmıştır. Bu durum PTH sekresyonunun artışı (Hiperparatiroidi) ile dengelenir. Ca, PO₄ kan düzeyleri normaldir. GFR 30/ml/dk veya altına ininceye kadar bu denge korunabilir.

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

209.Minimal lezyon hastalığında en ağır komplikasyon hangisidir?

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

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

Cevap D (*Barratt, Pediatric Nephrology, 4.baskı, 1999, s.731*)

210.Nefrojen diyabet insipid için aşağıdaki özelliklerden hangisi yanlıştır?

- Genellikle X-linked hereditör geçer.
- Tübülüsler ADH'ya yanıtızdır.
- Hipernatremik dehidratasyon gelişebilir.
- Erkek hastalar hafif etkilenir, asemptomatik olabilir.
- Tuz kısıtlaması poliüriyi azaltır.

AÇIKLAMA: Vakaların çoğunda diabetes insipidus kalıtsaldır. Otozomal dominant ve X'e bağlı resesif geçiş formları tanımlanmıştır.

PEDİATRİ

Cevap D (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1600-01*)

211.Aşağıdaki metabolik asidoz nedenlerinden hangisinde artmış anyon açığı söz konusu değildir?

- a) Kronik böbrek yetmezliği
- b) Diyabetik ketoasidoz
- c) Aminoasit metabolizmasının katılsal bozuklukları
- d) Renal tübüler asidoz
- e) Salisilat zehirlenmesi

AÇIKLAMA: Renal tübüler asidozda, normal anyon açığı vardır.

Cevap D (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.208*)

212.Aşağıdakilerden hangisi klasik tip distal RTA için doğru değildir?

- a) Serum K⁺ değeri genelde yüksektir.
- b) İdrar pH'sı 5.5 üzerindedir.
- c) İdrarda sitrat ekskresyonu azalmıştır.
- d) Nefrokalsinozis / nefrolithiazis saptanabilir.
- e) HCO₃ tedavisine cevap iyidir.

AÇIKLAMA: Distal RTA, distal nefronun hidrojen iyonu salgılayamaması sonucu gelişir. Hiperkloremi ve hipokalemi vardır. Hipokalemi proksimal tipten daha hafif seyredir.

Cevap A (*Barrat, In Pediatric Nephrology, 4.baskı, 1999, s.565-81*)

213.Çocukluk çağı nefrotik sendromunda görülmeyen hangisidir?

- a) Enfeksiyona eğilim
- b) Plazma onkotik basınç artışı
- c) İdrarda protein kaybı
- d) Hiperkoagülobilite
- e) Hiperlipidemi

AÇIKLAMA: Çocukluk çağı nefrotik sendromunda plazma onkotik basınç artışı yoktur, dilüsyonel hiponatremi vardır.

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

214.Kronik böbrek yetmezliğinde hangisi beklenen bir bulgu değildir?

- a) Hipertansiyon
- b) Hipokalsemi
- c) Hiperfosfatemi
- d) Alkaloz
- e) Anemi

AÇIKLAMA: Kronik böbrek yetmezliğinde alkaloz değil, asidoz görülür.

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

215.Kısa süre önce enfeksiyöz mononükleoz geçiren 14 yaşındaki bir kızda, ayakta karıncalanma ve denge problemleri ortaya çıkmıştır. Aşağıdaki bulgulardan hangisi erken safhadaki Guillain-Barre sendromu tanısını destekler?

- a) Diplopi
- b) Derin tendon reflekslerinde artış
- c) Solunum problemi
- d) Yutkunmada güçlük
- e) Ayağın dorsifleksiyonunda güçlük

AÇIKLAMA: Guillain-Barre sendromu çoğunlukla viral enfeksiyonu takiben ortaya çıkar. Hastalığın ilk bulgusu asendan seyirli motor güçsüzlüktür. Diğer nörolojik bulgular genellikle daha ileri safhalarda ortaya çıkar.

Cevap E (*Hay, Current Pediatric Diagnosis and Treatment, 13.baskı, 1997, s.687-8*)

216.Menenjitli bir hastada aşağıdakilerden hangisi kötü prognoz işareti değildir?

- a) Derin koma
- b) Ensefalit varlığı
- c) Septik şok bulunması
- d) Lökositoz
- e) Yaygın purpura ve ekimozların bulunması

AÇIKLAMA: Menenjitli bir hastada lökopeni, peteşiyal döküntüler, beraberinde başka bir hastalık olması ve koma kötü prognoz işaretidir.

Cevap D (*David, Child and Adolescent Neurology, s.257-261*)

217.Müsküler distrofilerin en sık rastlanan tipi hangisidir?

- a) Duchenne müsküler distrofi
- b) Fasioskapulohumeral tip
- c) Miyotonik distrofi
- d) Konjenital müsküler distrofi
- e) Emery-Dreyfuss

AÇIKLAMA: X'e bağlı geçiş gösteren Duchenne müsküler distrofisi en sık rastlanan tiptir. Distrofin eksikliğine bağlı olarak gelişir. Proksimal kaslarda ilerleyici kas zayıflığı ile karakterizedir. En erken bulgu düşmeye eğilimli hantal yürüyüştür. Patella refleksi erkenden kaybolur ancak aşil tendon refleksi uzun süre alınabilir.

Cevap A (*David, Child and Adolescent Neurology, s.406-408*)

218. Dört yaşında bir çocukta konvülsiyon, mental retardasyon, intrakraniyal kalsifikasyonlar, hipopigmente maküller ve adenoma sebaceum saptanırsa ilk düşünülecek hastalık hangisidir?

- a) Sturge-Weber
- b) Nörofibromatozis
- c) Tuberoz skleroz
- d) Von Hippel Lindau
- e) Tay Sachs

AÇIKLAMA: Tuberoz skleroz, konvülsiyon, mental retardasyon, intrakraniyal kalsifikasyonlar, hipopigmente maküller ve adenoma sebaceum ile karakterize kalıtsal bir hastalıktır. **Hastalıkta en sık rastlanan nöbet tipi infantil spazmdır** ve genellikle tedaviye dirençlidir.

Cevap C (*David, Child and Adolescent Neurology, s.426-427*)

219. Akut serebellar ataksinin en sık rastlanan nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Su çiçeği
- b) Kızamık
- c) Kızamıkçık
- d) Kabakulak
- e) Hepatit A

AÇIKLAMA: Çocukluk çağıında akut ataksinin en sık rastlanan nedenleri ilaç intoksikasyonu ve postinfeksiyöz serebellar ataksidir (Akut serebellit). **En çok rastlanan etken varisella virüsüdür.** Hastalık sıklıkla 2-6 yaş arası çocuklarda enfeksiyonu takip eden ilk üç hafta içinde gelişmektedir.

Cevap A (*Hay, Current Pediatric Diagnosis and Treatment, 13.baskı, 1997, s.675-9*)

220. Jeneralize konvülsiyon geçiren ve bilinci kapanan 2.5 yaşında hasta acile getiriliyor. BOS'da lökosit 300/mm³, çoğunluğu lenfosit ve monosit, protein 120 mg/dl glukoz 20 mg/dl, gram boyaması negatif. Bilgisayarlı beyin tomografisinde bazal sisternlerde kontrast tutulumunun arttığı görülüyor. En olası tanı nedir?

- a) Viral menenjit
- b) Meningokokosik menenjit
- c) Tüberküloz menenjit
- d) Galen vev malformasyonu
- e) Subakut sklerozan panensefalit

AÇIKLAMA: Tüberküloz menenjit sıklıkla süt çocuklarında ve çocuklarda görülür. Tüberkülozun en ağır komplikasyonudur. **Çocukluk döneminde tüberkülozdan ölümün en sık nedenidir.** Semptomlar yavaş gelişir. Üç evresi vardır. Konvülsiyonlar 2. evrede siktir. Evre 3'de koma ortaya çıkar. Apati en dikkat çekici semptomdur. BOS

incelemesinde lökosit 250-500/mm³, çoğunluğu lenfosit, monosit, glukoz 40 mg/dl'den az, protein artmış bulunur. Gram boyamasında basil görülmez. BOS bekletildiğinde BOS içindeki fibrin materyalinin çökmesine **bağlı örümcek ağı** oluşur. Bu ağ içinde tüberküloz basiline rastlanabilir. Kontrastlı BBT tanıda çok yardımcıdır. **Bazal sisternlerdeki eksüda kontrast tutulumunun artması ile tipik görüntü verir.** Bazal sisternlerin tıkanmasıyla **hidrosefali** oluşabilir. Akciğer grafisinde pulmoner tüberküloz belirtileri gösterilebilir.

Cevap C (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.890-1*)

221. Gowers bulgusu aşağıdakilerden hangisi için tipiktir?

- a) Spinal müsküler atrofi (SMA)
- b) Duchenne Musküler Distrofi
- c) Poliomyelitis
- d) Guillain-Barre Sendromu
- e) Konjenital Musküler Distrofi

AÇIKLAMA: Gowers bulgusu Duchenne Musküler Distrofi'de saptanır. Gastrocnemius kaslarında psödohipertrofi vardır. Gövde ve alt ekstremitelerde proksimal kaslardaki güçsüzlük sonucu oturduğu yerden vücuduna tırmanarak ayağa kalkabilir.

Cevap B (*Kenneth, Pediatric Neurology Principles and Practice, 3.baskı, 1999, s.30*)

222. Aşağıdaki viral ensefalit tiplerinden hangisinde bilinç kaybı olmaz? Doğruyu işaretleyiniz.

- a) Herpes ensefaliti
- b) Kızamık ensefaliti
- c) Kızamıkçık ensefaliti
- d) Kuduz ensefaliti
- e) Kabakulak ensefaliti

AÇIKLAMA: Bir RNA virüsü olan kuduz virüsünün neden olduğu ensefalitte tipik bulgular ajitasyon, hiperakuzi, fotofobi, hidrofobi, konvülsiyon, manik davranışlar ve kalp yetmezliği ve hipoksi sonucu ölüm görülür. **Ancak bilinç kaybı olmaz.** Diğer şıkların hepsinde bilinç kaybı görülür.

Cevap D (*Menkes, Textbook of Child Neurology, 1995, s.440-4; Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1014-17*)

223. Aşağıdakilerden hangisi febril konvülsiyonun tekrarlamasında risk faktörü değildir?

- a) 1 yaşın altında başlaması
- b) Aynı gün içinde birden fazla nöbet geçirme
- c) Ailede febril konvülsiyon öyküsü olması
- d) Ateşinin 38°C altında olması
- e) Nörolojik muayenenin normal olması

AÇIKLAMA: Febril konvülsiyon çocukluk çağının prognozu en iyi olan ve en sık görülen konvülsiyonlarından. En sık 6 ay-5 yaş arasında görülür. Santral sinir sistemi enfeksiyonları dışındaki bir ateşle birlikte ortaya çıkar. Çoğunluğunun aksinde febril konvülsiyon öyküsü vardır. Febril konvülsiyonlarda 1 yaşın altında başlamışsa, aynı gün içinde tekrarlamışsa, ateş 38°C'nin altında ise, ailede febril konvülsiyon öyküsü varsa, nörolojik muayenede patolojik bulgu varsa tekrarlama riski artar.

Cevap E (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1818; Gerald, Clinical and Symptoms Approach, 3.baskı, 1997, s.18-19*)

224.Adenoma sebaceum aşağıdaki nörokutanöz hastalıklardan hangisinde görülür?

- Von Hippel Lindan
- Nörofibromatosis
- Tüberoskleroz
- Sturge Weber
- Ataksi Telanjiektazi

AÇIKLAMA: Nörokutanöz hastalıklar içinde yer alan ve otozomal dominant geçiş gösteren **tüberosklerozun** en önemli bulguları mental retardasyon, tekrarlayan dirençli konvülsiyonlar ve deri lezyonlarıdır. Deri lezyonları arasında depigmente lezyonlar, **shagren spot** denilen deri fitikleri ve **adenoma sebaceum** yer alır. **Adenoma sebaceum tüberoskleroz için tipik olup yanaklar, burun ve malor bölgede görülür.**

Cevap C (*Menkes, Textbook of Child Neurology, 5.baskı, 1995, s.679-84*)

225.Aşağıdakilerden hangisi nonpileptik paroksizmal fenomen değildir?

- Migren
- Senkop
- Katılma nöbetleri
- Absans nöbetleri
- Konversiyon reaksiyonu

AÇIKLAMA: Absans tipi nöbetler, Absans epilepside görülen, günde çok sayıda dalma ya da göz kırpma şeklinde olan, birkaç saniye süren konvülsiyonlardır. Bilinç kaybı vardır ancak çok kısa süreli olduğu için gözden kaçabilir. Migren, senkop, konversiyon reaksiyonu ve katılma nöbetlerinde ise bilinç kaybı görülmez ve nonpileptik fenomen ya da konvülsiyona benzer durumlar olarak adlandırılır.

Cevap D (*Gerald, Clinical Pediatric Neurology: A Signs and Symptoms Approach, 3.baskı, 1997, s.23-6*)

226.Aşağıdakilerden hangisi infantil spazmda görülen tipik nöbet şeklidir?

- Gün içinde çok sık dalma nöbetleri
- Myoklonik jerkler
- Uykudan uyanınca arka arkaya çakı açılması gibi çok sayıda fleksör spazmlar
- Multifokal nöbetler
- Ellerde tremor

AÇIKLAMA: **İnfanfil spazm nöbetleri** fleksör ve ekstansör spazmı olmak üzere 2 tipte görülür. Bu nöbetler günde çok sayıda görülen ve birkaç saniye süren nöbetlerdir. Aniden görüldüğü için ilk kez tanımlandığında "**Jackknife**" (**çakı açılması**) nöbetleri olarak tanımlanmıştır. Nöbetler sıklıkla uykudan uyandıığında arka arkaya olur.

Cevap C (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000; Kenneth, Pediatric Neurology Principles and Practice, 3.baskı, 1999, s.668-72*)

227.Status epileptikus tanımı aşağıdakilerden hangisi ile uyumludur?

- Günde çok sayıda tekrarlayan konvülsiyonlar
- Postiktal dönemi uzun olan nöbetler
- 2-3 günde bir tekrarlayan konvülsiyonlar
- En az 30 dk. süren ya da 30 dk. içinde birbiri ardından tekrarlayan konvülsiyonlar
- Tedaviye dirençli konvülsiyonlar

AÇIKLAMA: Status epileptikus en az 30 dakika süren ya da 30 dakika içinde birbiri ardından tekrarlayan ve hastanın bilincini yitirdiği konvülsiyonlar olarak tanımlanmaktadır.

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

228.İrisde Lisch nodülü aşağıdaki nörokutanöz hastalıklardan hangisinde görülür?

- Nörofibromatozis
- Sturge Weber
- Von Hippel Lindau
- Tüberoskleroz
- Klippel Trenaunay Weber

AÇIKLAMA: **Lisch nodülü nörofibromatosisde görülür** ve NF₁'in tanı kriterlerinden birisidir. Lisch nodülü irisde hamartom sonucu gelişir. NF₁'de Lisch nodülleri, kafeole, nörofibromlar, aksiller ve inguinal çillenme osteodistrofik bulgular ve 1°den akrobada NF₁ olması gibi kriterlerin en az 2'si bulunduğu nörofibromatozis tanısı konur.

Cevap A (*Kenneth, Pediatric Neurology, Principles and Practice, 3.baskı, 1999, s.530-533*)

229.Aşağıdaki nörolojik muayene bulgularında hangisi spastik serebral palsy için tipiktir?

- a) Bacaklarda çaprazlama
- b) DTR artması
- c) Babinski (+)'liği
- d) Spastisite
- e) Hemiparezi

AÇIKLAMA: Serebral palsi prenatal, natal, postnatal dönemdeki olumsuz faktörler sonucu gelişen, ilerleyici olmayan motor fonksiyon kaybı ve postur bozukluğudur. **En sık neden doğumda oluşan anoksidir. En sık görülen tipi spastik serebral palsidir.** Çoğu kez ilkel reflekslerin korunduğu görülür. Bacaklarda çaprazlama yenidoğan ve süt çocukluğu döneminde görülen pozitif support (ayakta durma) refleksinin kaybolmaması sonucu serebral palsili çocuklarda görülen bir bulgudur.

Cevap A (*Kenneth, Pediatric Neurology, Principles and Practice, 3.baskı, 1999, s.312-22*)

230.İki yaşında erkek çocuk yürüyememe yakınması ile polikliniğimize getiriliyor. Fizik muayenesinde mental retardasyonu yok, alt ekstremitede tonus artmış ve spastisite mevcut, derin tendon refleksleri artmış, klonus alınıyor. Bu hastada tanıya yönelik ön planda hangi tetkiki istersiniz?

- a) Kraniyal MR
- b) Elektromyografi
- c) Elektroensefalografi
- d) Kas biyopsisi
- e) Kas enzimleri

AÇIKLAMA: Bu olguda tonus artışı, spastisite, derin tendon reflekslerinin artması ve klonus birinci motor nöron lezyonu bulgularıdır. Bu nedenle MSS patolojisini görüntülemek için kraniyal MRI istenmelidir.

Cevap A (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1802*)

231.Hangi intrakraniyal patolojide MRI tercih edilmez?

- a) Neoplazm
- b) Serebral ödem
- c) Demiyelinizasyon
- d) İntrakraniyal kalsifikasyon
- e) Posterior fossa patolojileri

AÇIKLAMA: Kraniyal MRI noninvaziv bir metod olup neoplazm, serebral ödem, demiyelinizasyon, dejeneratif hastalıklar konjenital anomaliler, posterior fossa ve spinal kord görüntülenmesinde kullanılır. İntrakraniyal kalsifikasyonda tercih edilmez.

Cevap D (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1802*)

232.Aşağıdakilerden hangisi santral sinir sisteminin myelinizasyon hastalığı nedir?

- a) Multipl skleroz
- b) Adrenolökodistrofi
- c) Tay-Sacks
- d) Metakromatik lökodistnogi
- e) Krabbe hastalığı

AÇIKLAMA: Metakromatik lökodistrofi, lipid depo hastalığıdır. Aril sülfataz A (serebrozid sülfataz) eksikliği sonucu merkezi ve periferik sinir sisteminde ve diğer bazı dokularda serebrozid sülfat (galaktozil sülfat) ve diğer sülfatların aşırı birikimiyle karakterizedir. Beynin beyaz maddesinde metakromatik cisimlerin depolanması ili birlikte demiyelinizasyon görülür. **En sık rastlanan formu geç infantil formudur.** Klinik olarak yürüme bozuklukları, gelişme geriliği, hipotoni, zayıflık ve ataksi görülür. Bir kaç yıl içerisinde demans, spastik quadripleji, optik atrofiye bağlı körlük ve konvülsiyonlar gelişir.

Cevap C (*David, Child and Adolescent Neurology, 1.baskı, 1998, s.295*)

233.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) Jeneralize atonik nöbet
- d) Myoklonik nöbet
- e) Jeneralize tonik nöbet

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

Cevap B (*Orrin, Diagnosis and Treatment, 11.cilt, 1993, s.762*)

234.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

AÇIKLAMA: Prematürelde serberal oteoregülasyon henüz tam gelişmediği için hipoperfüyon özellikle parietookspital beyaz cevherde hasara ve spastik dipareziye yol açar. **Serebral palsinin en sık**

PEDİATRİ

görülen formu, spastik form, spastik formun en sık görüleni ise spastik diparezidir.

Cevap B (*Aicardi, Diseases Innervous System in Childhood, 2.baskı, 1998, s.217*)

235.Pürülan menenjitin komplikasyonu olmayan hangisidir?

- a) Konvülziyon
- b) Subdural effüzyon
- c) Kranial sinir paralizisi
- d) Sinüs trombozu
- e) Hipernatremi

AÇIKLAMA: Uygunsuz ADH salınımına bağlı hiponatremi görülür.

Cevap E (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.751-60*)

236.Hangisi viral menenjitte beklenen beyin omurilik sıvısı bulgularından değildir?

- a) Renk hafif opalesan
- b) Hücre 300/mm³
- c) Hücre tipi %70 lenfosit
- d) Şeker 15 mg/dl
- e) Protein 45 mg/dl

AÇIKLAMA: Virusların neden olduğu aseptik menenjitlerde BOS'ta lenfosit hakimiyetinde hücre artışı vardır. Kabakulak menenjitinde tüm hücreler lenfositlerdir. Protein normal veya artmış olabilir. BOS glukozu genellikle normaldir.

Cevap D (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.757-60*)

237.Menenjitte Dekametazon kullanımı aşağıdaki komplikasyonlardan hangisini önlemeye yöneliktir?

- a) Hidrosefali
- b) Subdural effüzyon
- c) Sinirsel tipte işitme kaybı
- d) Uygunsuz ADH sendromu
- e) Periferik paraliziler

AÇIKLAMA: Menenjitte komplikasyon olarak kranial sinirlerin tutulumu görülebilir. **İşitme kaybı geç dönemde en sık görülen komplikasyondur.** Dekametazon bu durumlarda nörolojik sekelin azaltılması için kullanılabilir.

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

238.İki aydan sonraki menenjit etkenleri içinde en sık görülen aşağıdakilerden hangisidir?

- a) E. Coli
- b) B grubu streptokoklar
- c) H. influenza
- d) Staph. aureus
- e) Salmonella

AÇIKLAMA: 1 ayın altında en sık menenjit etkeni B grubu streptokoklar, **E.coli** ve **Listeria monositogenes**dir.

2 ay ile 12 yaş arasındaki çocuklarda bakteriyel menenjit etkeni sıklıkla **S. Pnömoni**, **N. Menengitidis** ve **H. İnfluenza tip b**'dir.

H. İnfluenza her dönemde görülebilir ancak 4 yaş öncesinde daha siktir. 5 yaşın üzerinde genellikle **S.pnömoni** ve **N. menengitidis** etkindir.

Ventriküler-peritoneal şantla ilişkili menenjitte en sık etken **S. epidermidis**'tir.

Açık nöral tüp defektli hastalarda **en sık S. aureus** etkindir.

T hücre defekti olan immün sistemi baskılanmış kişilerde en sık **Listeria monositogenez**'dir.

Sinüs kırığına bağlı BOS sızıntısı olan hastalarda en sık etken **S.pnömonia**'dir.

Delici kafa travması ya da bir nöroşürji işlemi geçirenlerde en sık etken **stafilokoklardır**.

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

239.Febril konvülziyonlu bir çocukta epilepsi için risk faktörlerinden hangisi doğru değildir?

- a) Nörogelişimsel anormallik
- b) Kompleks febril konvülziyon
- c) Ailede epilepsi hikayesi
- d) 18 aydan önce febril konvülziyon
- e) Konvülziyon öncesi ateşin süresi (ilk bir saat)

AÇIKLAMA: Febril konvülsiyonda epilepsi risk faktörleri;

Ailede epilepsi bulunması

Daha önce geçirilmiş olan beyin lezyonları belirtilerinin varlığı

İlk konvülziyonun 1 yaşından önce veya 4 yaşından sonra görülmesi

Konvülziyon sırasında fokal bulgular oluşması

Aynı enfeksiyon sırasında defalarca konvülzion geçirmesi

Konvülziyonun 15-20 dak. dan uzun sürmesi

Üçten fazla konvülziyon öyküsü

Kalıcı EEG bulguları

Kompleks febril konvülsiyon

Cevap D (Neyzi, *Pediatrici Cilt 2, s.661, Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı*)

240. Guillain-Barre sendromunun özelliklerinden hangisi doğru değildir?

- a) Duyu kusuru vardır.
- b) Güçsüzlük simetriktrir.
- c) Derin tendon refleksleri hiperaktiftir.
- d) Patogenezden otoimmünite sorumludur.
- e) BOS'da hücre ile uyumlu olan protein yüksekliği vardır.

AÇIKLAMA: Guillain-Barre sendromu otoimmün bir hastalıktır. Nörolojik belirtiler genellikle bir üst solunum yolu enfeksiyonu veya gastroenteritten 1-3 hafta sonra ortaya çıkar. Hastaların yarısında ilk belirti, en sık alt ekstremitede olmak üzere, özellikle simetrik-proksimal kas güçsüzlüğü görülür. Nadiren hastalık bulber paralizi, fasiyal paralizi veya ekstraoküler kas güçsüzlüğü ile başlar. İlk önce alt ekstremitelerde beliren kas güçsüzlüğü, genellikle birkaç saat veya gün içerisinde üst taraflara ilerler. Kas tonusu azalır, refleksler azalır veya kaybolur. **Kas atrofiyi yoktur.** Ağır vakalarda interkostal kasların veya diyafragmanın paralizisi ölüme neden olabilir. Duyu kusurları ekstremitelerde distalinde ağrı, parasteziler ve bazen kaslarda duyarlılık olur. Sfinkter kusuru yoktur. **Beyin omurilik sıvısında protein artışına rağmen, hücre reaksiyonu olmaması patognomonik bir bulgudur.**

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

241. On yaşında erkek hasta. İki hafta önce geçirilmiş bir ÜSİYE hikayesi mevcut. Ani başlayan yürüyememe hikayesi ile geliyor. Yapılan fizik muayenede TA 150/100 mmHg, paralizisi simetrik. DTR'ler alınamıyor. Duyu kusuru pozitif. LP'de mm³'de 4 mononükleer hücre, şeker normal, protein 200 mg/dl. Muhtemel tanınız nedir?

- a) Poliyomiyelit
- b) Transfer myelit
- c) Kurşun intoksikasyonu
- d) Botilismus
- e) Guillain Barre

AÇIKLAMA: Vakada anlatılanlar Guillain Barre sendromuna uymaktadır.

Cevap E (Behrman, Nelson *Textbook of Pediatrics, 16.baskı*)

242. Aşağıdaki aşılarından hangisi kombine immün yetmezlikte uygulanmaz?

- a) Difteri – boğmaca – kabakulak aşısı
- b) Kızamık aşısı
- c) İnaktif poliyomiyelit aşısı
- d) Polisakkarit pnömokok aşısı
- e) Hepatitis B aşısı

AÇIKLAMA: Canlı bakteri veya aşıları primer immün yetmezliği olan hastalarda aşı suşlarına bağlı risk nedeni ile uygulanmazlar.

Cevap B (Behrman, Nelson *Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1085*)

243. Aşağıdaki hastalıklardan hangisi B hücre yetmezliğidir?

- a) Kronik granümatöz hastalık
- b) Di George sendromu
- c) Sık görülen değişken immün yetmezlik
- d) Wiscott-Aldrich sendromu
- e) Lökosit adezyon eksikliği

AÇIKLAMA: İmmün yetmezlik (Common variable immunodeficiency) akiz bir B hücre yetmezliğidir. Panhipogammaglobulinemi, otoantikorlar, otoimmün ve malign hastalıklar bu hastalıkta sıktır. Kronik granümatöz hastalık ve lökosit adezyon eksikliği fagositer sistem bozukluklarına bağlı hastalıklardır. De-George sendromu ve Wiscott-Aldrich sendromu T hücre yetmezliğidir.

Cevap C (Behrman, Nelson *Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.596*)

244. İki yaşında erkek hastada 6 gün süren, antibiyotik tedavisine yanıt vermeyen ateş öyküsü var. Fizik muayenede pürülan olmayan konjonktivit, gövdede daha belirgin döküntü, el ve ayak sırtlarında şişme, parmak uçlarında soyulma, servikal lenfadenopati mevcut. Laboratuvarında lökositoz, sola kayma, trombositoz ve eritrosit sedimentasyon hızı yüksek bulunuyor. En olası tanı nedir?

- a) Kızamık
- b) Kızıl
- c) Toksik şok sendromu
- d) Akut romatizmal ateş
- e) Kawasaki sendromu

AÇIKLAMA: Kawasaki sendromu genellikle 5 yaşından küçük çocuklarda görülen ateşli bir vaskülitir. Tanı kriterleri: en az 5 gün süren antibiyotik tedavisine yanıt vermeyen, ateşin yanısıra 4 veya daha fazla belirtinin birlikte olması ve durumun bilinen bir hastalığa bağlanmamasıdır.

1. Bilateral konjonktivit, genellikle pürülan değil
2. Orafarenks mukozasında değişiklikler, hiperemik farenks, kırmızı-kuru çatlamış dudaklar, çilek dili görünümü

PEDİATRİ

3. El ve ayaklarda akut fazda ödem ve/veya eritem, subakut fazda parmak uçlarında soyulma
4. Döküntü, başlıca gövde de, polimorfik ancak vesiküller değil
5. Servikal lenfadenopati: ≥ 1.5 cm, genellikle tek taraflı

Laboratuvarında lökositoz, sola kayma, akut faz reaktanlarında artma, 1. haftadan sonra giderek artan trombositoz görülür.

Kawasaki sendromu kardiyak sorunlara yol açar. Miyokardit, perikardit, %20 vakada **koroner arter anevrizmasına** neden olur.

Cevap E (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.725-727*)

245.Aşağıdakilerden hangisi DiGeorge sendromunda bulunmaz?

- a) Konjenital kalp hastalıkları
- b) Hipoparatiroidi
- c) Hipogammaglobulinemi
- d) Anormal yüz görünümü
- e) Hücresele immün yetmezlik bulguları

AÇIKLAMA: Di George sendromu T hücre fonksiyon bozukluğuna bağlı olarak oluşur. Hipogammaglobulinemi ise B hücre fonksiyon bozukluklarında görülür.

Cevap C (*Nelson, Essentials of Pediatrics, s.254*)

246.Juvenil idiyopatik 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 uveit

AÇIKLAMA: JRA tedavisinde ilk tercih aspirindir. Yanıt alınıyorsa, steroidlere başlanmaz.

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

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

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

AÇIKLAMA: 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.

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

248.Aşağıdakilerden hangisi Wiskott-Aldrich Sendromu'nun bulgularından değildir?

- a) X'e bağlı geçiş gösterir.
- b) Trombositopeni
- c) Egzema
- d) Tekrarlayan sino-pulmoner enfeksiyonlar
- e) Ataksi

AÇIKLAMA: Wiskott-Aldrich Sendromu X'e bağlı geçiş gösterir. Egzema, tekrarlayan piyojenik enfeksiyonlar ve trombositopeni vardır. Genellikle ilk bulgu diyaredir. Enfeksiyona eğilim artmıştır.

Cevap E (*Fleisher, Primary Immune Deficiencies: Presentation, Diagnosis and Management, 2000, s.6*)

249.Aşağıdaki tanı yöntemlerinden hangisi kronik granümatöz hastalıkta tanı koydurucudur?

- a) CH50
- b) Periferik yayma
- c) NBT (Nitroblue tetrazolium)
- d) Kan gazı
- e) Serum immünglobulinleri

AÇIKLAMA: Kronik granümatöz hastalıkta, hastaların lökositlerinde anormal NADH redüktaz vardır. Stafilokok gibi katalaz pozitif bakteriler ve mantarların oluşturduğu enfeksiyonlar sık görülür. Tekrarlayan piyojen enfeksiyonlarla kendini belli eder, sellülitis sıktır. Geç iyileşen tekrarlayan boyun enfeksiyonları vardır. Tanı NBT ile konur.

Cevap C (*Fleisher, Primary Immune Deficiencies: Presentation, Diagnosis and Management, 2000, s.6*)

250.Aşağıdaki hangi immün yetmezlikte Neisserial enfeksiyonlar sık görülmektedir?

- a) Ataksi-telanjiyektazi
- b) Kronik granümatöz hastalık
- c) Wiskott-Aldrich sendromu
- d) Kompleman (C5-9) eksikliği
- e) Kombine immün yetmezlik

AÇIKLAMA: Alternatif kompleman yol eksikliklerinde sıklıkla menenkok ve gonokok enfeksiyonları görülür.

Cevap D (*Fleisher, Primary Immune Deficiencies: Presentation, Diagnosis and Management, 2000, s.6*)

251.Aşağıdaki regülatuar proteinlerin hangisinin eksikliğinde herediter anjiyoödem görülür?

- a) Faktör H
- b) C1 inhibitör
- c) C4 bağlayıcı protein
- d) Faktör B
- e) DAF

AÇIKLAMA: Hereditör anjiyoödem otozomal dominant geçer. Nedeni, C1 esteraz inhibitör eksikliğidir. C2 ve C4 azalmıştır.

Cevap B (*Fleisher, Primary Immune Deficiencies: Presentation, Diagnosis and Management, 2000, s.6*)

252.Aşağıdaki immün yetmezlik hastalıklarının hangisinde alfa fetoprotein artışı vardır?

- a) Bruton hastalığı
- b) İzole IgA eksikliği
- c) Di George sendromu
- d) Ataksi telenjektazi
- e) Kronik granüloamatöz hastalık

AÇIKLAMA: Ataksi telenjektazi otozomal resesif geçiş gösterir. **Hem B hem de T hücre fonksiyonları bozuktur.** İlerleyen serebellar ataksi, okülokutanöz telenjektaziler, kronik sinopulmoner hastalık, malignite Lenfoma, lösemi) görülür. DNA onarım mekanizmasında bozukluk vardır, kromozom kırıklarının insidansı yüksektir. **En sık görülen anormallikler IgA ve IgE eksiklikleri ve düşük molekül ağırlıklı IgM bulunmasıdır. Serum AFP düzeyi artmıştır.**

Cevap D (*Aşilar, Katkı Pediatri Dergisi, 1994; Astma ve Allerjik Hastalıklar, Katkı Pediatri Dergisi, 1997; Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 2000*)

253.Kawasaki hastalığında aşağıdaki kriterlerinden hangisi yanlıştır?

- a) 3 günü geçmeyen ateş
- b) Bilateral konjonktivit
- c) Polimorf döküntü
- d) Servikal lenfadenopati
- e) Kırmızı çilek dili

AÇIKLAMA: Kawasaki hastalığı düşmeyen ateş, stomatit, konjonktivit, lenfadenopati, el-ayak tabanlarında eritemve eritema multiforme tarzında döküntülerle karakterizedir. Miyokardit, perikardit, mitral yetmezlik, koroner arter anevrizması, artralji ve hepatit gelişebilir. **Ateş genelde ilk bulgudur ve uzun süre düşmez.**

Cevap A (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.726*)

254.Henoch Schonlein vaskülitinde aşağıdaki bulgulardan hangisi görülmez?

- a) Palpabl purpura
- b) Kolik tarzda karın ağrısı
- c) Hepatosplenomegali
- d) Hematüri, proteinüri
- e) Cilt biyopsisinde granüloamatöz vaskülit

AÇIKLAMA: HSP granüloamatöz bir vaskülit değildir.

Cevap E (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.728-9*)

255.Hangisi juvenil dermatomyozit'e ait bir bulgu değildir?

- a) Yüzde kelebek tarzı döküntü
- b) Distal kas güçsüzlüğü
- c) Periorbital mor menekşe rengi döküntü
- d) Kas enzimlerinde yükselme
- e) Yumuşak doku kalsifikasyonu

AÇIKLAMA: Juvenil dermatomyozit çocuklarda vaskülitte seyreden, öncelikle deri, çizgili kas gastrointestinal sistemi tutan bir hastalıktır. Bu hastalık özgün döküntü, simetrik **proksimal kas zayıflığı**, kas enzimlerinde artış ve anormal elektromiyelografi ile beraberdir. Başlama şekli tipik olarak sinsidir. Üst göz kapaklarında heliotrop renk değişikliği ve gottron papülleri vardır. Basınç noktalarında ve yumuşak dokuda kalsifikasyonlar oluşabilir.

Cevap B (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.717-20*)

256.Henoch-Schönlein purpurası için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Serum IgA düzeyi düşüktür.
- b) Döküntüler genellikle üst ekstremitelerde görülür.
- c) Küçük kan damarlarının vaskülitidir.
- d) Renal tutulum prognozu kötüdür.
- e) Cilt tutulumu olanlara steroid önerilir.

AÇIKLAMA: HSP küçük kan damarları vaskülitidir. Serumda IgA düzeyi yüksek bulunabilir. Döküntüler karakteristik olarak gluteal bölgelerde ve alt ekstremitededir. Renal tutulumda nadiren böbrek yetmezliği gelişir. Cilt tutulumunda steroidler önerilmez.

Cevap C (*Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.728*)

257.T-lenfosit defekti olanlarda aşağıdaki ajanlardan hangisi menenjit etkenidir?

- a) Grup B streptokok
- b) Listeria monositogenez
- c) E. Coli
- d) Staf. aureus
- e) Meningokok

AÇIKLAMA: T lenfosit defekti olanlarda en sık menenjit etkeni Listeria monositogenez'dir.

Cevap B (*Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.751*)

PEDİATRİ

258.Bruton hastalığında en sık enfeksiyon etkeni hangisidir?

- a) S. aureus
- b) Psödomonas
- c) E. coli
- d) Str. pnömonia
- e) Herpes virusları

AÇIKLAMA: Bruton hastalığı X'e bağlı infantil hipogammaglobulinemidir. B hücre defektidir. Lenf nodları ve periferik kanda B hücresi yoktur. 5-6. aylardan sonra otitis media, bronşit, pnömoni, menenjit meydana gelir. **En sık enfeksiyon etkeni Step. Pnömonia ve H. İnfluenza'dır.** Hücresel bağışıklık normaldir. Viral enfeksiyonlara cevap normaldir. Bağırsaktan alınan biyopsilerde lamina propriada, B hücrelerinin görülmemesi karakteristiktir.

Cevap D (Ersoy, Pediatri Ders Notları, Türkiye Klinikleri, s.97)

259.Hangisinde hem hücresel hem de humoral bağışıklık yetersizdir?

- a) Nezelof Sendromu
- b) Di George Sendromu
- c) Kronik mukokutanöz kandidiyazis
- d) Selektif IgA eksikliği
- e) Bruton hastalığı

AÇIKLAMA: b ve c şıkkında hücresel, d ve e şıkkında ise humoral bağışıklık yetersizdir. Nezelof sendromunda ise hücresel immün yetmezlikle birlikte anormal immün globulin sentezi de vardır. T ve B hücrelerinin etkileşimi bozuktur. B hücreleri amaçsız olarak immünglobulin sentezlerler. Klinikte kronik-rekürren viral, bakteriyel, fungal ve parazitik enfeksiyonlar görülür. Lenfadenopati ve splenomegali vardır.

Cevap A (Ersoy, Pediatri Ders Notları, Türkiye Klinikleri, s.99)

PSİKİYATRİ

1. Konversiyon bozukluğu tanısından uzaklaşmaya neden olan klinik belirti aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Konvulziv hareketler
- b) Dermatom dağılımına uyan his kusuru
- c) Astazi-abazi
- d) Koordinasyon bozuklukları
- e) Ritmik tremor

AÇIKLAMA: Konvulziv hareketler, astazi-abazi, tremorlar ve koordinasyon bozuklukları konversiyon bozukluklarında sık rastlanan belirtilerdendir. Herhangi bir sinirin anatomik dağılımıyla uyumlu his kusurları ise organik bir patolojinin varlığına işaret eder.

Cevap B (*Kaplan, Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7.baskı, 2000, s.1511-12*)

2. Konversiyon bozukluğu için yanlış olan tanımlamayı seçiniz.

- a) Konversiyon belirtilerinin çoğunluğu aniden düzelir.
- b) İyileşen hastaların en azından %25'inde zamanla başka bir konversiyon belirtisi ortaya çıkabilir.
- c) Tekrarlayıcı konversiyon bozukluğunda ortaya çıkan belirtiler her atakta farklı olabilir.
- d) Başka bir psikiyatrik bozukluğun eşlik etmesi kötü prognoza işaret eder.
- e) Önemli bir psikososyal zorlanmanın varlığı kötü prognostik faktördür.

AÇIKLAMA: Konversiyon bozukluğunda belirtiler %90 olguda hızla düzelir ancak iyileşen olguların en az %25'inde 6 ay içerisinde yeni bir tekrarlama gözlenir. Psikososyal presipitan etkenlerin varlığı ve bunların tespit edilmesi, bu presipitan etkenlere yönelik bireysel, aile ve davranışçı tedavilerin uygulanmasına, dolayısıyla daha etkili bir tedaviye yol açabilir.

Cevap E (*Kaplan, Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7.baskı, 2000, s.1513*)

3. Aşağıdakilerden hangisi Alzheimer hastalığı için risk etkeni değildir?

- a) Kafa travması
- b) Sigara
- c) İlerlemiş yaş
- d) Alzheimer hastalığına yakalanmış bir kardeşin olması
- e) Down sendromu

AÇIKLAMA: Alzheimer hastalığının etiyojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte, genetik bir yatkınlığın hastalık riskini artırdığı yönünde bulgular mevcuttur. Down sendromu olanlarda erken başlangıçlı Alzheimer hastalığı oranı yüksektir. Yaş ilerledikçe hastalığın prevalansı yükselmektedir. Kafa travması da risk etkenlerindedir.

Cevap B (*Kaplan, Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7.baskı, 2000, s.3068-73*)

4. Günboyu uyukladığından yakınan orta yaşlı bir erkek hastada aşağıdakilerden hangisi olası tanılar arasında yer almaz?

- a) Major depresyon
- b) Uyku apnesi
- c) Huzursuz bacak sendromu
- d) Alkol bağımlılığı
- e) Şizoid kişilik bozukluğu

AÇIKLAMA: Aşırı uyku durumları depresif bozukluklarda, uyku apne sendromunda, huzursuz bacak sendromunda ve alkol bağımlılıklarında görülebilen bir belirtidir.

Cevap E (*Kaplan, Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7.baskı, 2000, s.1679*)

5. Duygulara bir sözcük bulamama, duyguları tanımlayamama anlamına gelen "aleksitimi", semiyolojik anlamda?

- a) Duygulanım (affekt) ile ilgili bir niteliksel belirtidir.
- b) Duygulanım (affekt) ile ilgili bir niceliksel belirtidir.
- c) Konuşma ile ilgili bir niteliksel belirtidir.
- d) Konuşma ile ilgili bir niceliksel belirtidir.
- e) Bilişsel (kognitif) yetiler ile ilgili niceliksel bir belirtidir.

AÇIKLAMA: Aleksitimi, niceliksel (kalitatif) bir belirti değildir. Çünkü duygulara bir sözcük bulamama ve duyguları tanımlayamama, kişinin mental işleyişinin duygulanım alanındaki bir yetersizlik, azalma, noksanlık ya da artma ile ilgili değildir. Bu duygulanım farkında olmama, algılayamama ve ifade edememe durumudur; bu da niteliksel bir belirti olur.

Konuşma bozukluğu değildir. Konuşmanın aşırı hızlanması, yavaşlaması (kantitatif) veya konuşmada düzensizlik, dağınıklık gibi kalitatif belirtisi de değildir. Aleksitimi; bilinç, algılama, dikkat, bellek, yönelim, yargılama, gerçeği değerlendirme, zeka ve düşünce yetilerini içeren bilişsel (kognitif) bir belirti olamaz.

Cevap A (Öztürk, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 8.baskı, 2001, s.136)

6. ‘Yeni bilgiler öğrenme ya da daha önceden öğrenilmiş bilgileri anımsama yetisinde bozulmayı tanımlayan belek bozukluğu yanında afazi (dil bozukluğu) agnozi (duyu işlevlerinde bozukluk olmamasına karşın nesnelere tanıyamama veya tanımlayamama), yönetsel işlevlerde bozukluk (tasarlama organize etme, sıraya koyma, soyutlama) belirtilerinden biri veya daha fazlasını gösterir. Toplumsal veya mesleki işlevsellikte belirgin bozukluğa yol açar. Fokal nörolojik belirti ve/veya laboratuvar belirtileri ortaya çıkarır: Klinik tablo bütünüyle ele alındığında ilerleyicidir. Yine de basamak basamak ilerleyen, epizodik bir hastalıktır. İlerlemeler arasında bazen duraksamalar, bazen kısmen de olsa iyileşmeler görülür’. Bu bilgiler hangisine aittir?

- a) Alzheimer tipi demans
- b) Vasküler demans
- c) Diğer tıbbi genel durumlara bağlı demans
- d) Madde kullanımının yol açtığı kalıcı demans
- e) Primer dejeneratif demans

AÇIKLAMA: Alzheimer tipi demans, bir Primer Dejeneratif Demanstır. Sinsi ve progresiftir.

Vasküler demansın en sık görülen nedeni multiple ve bilateral lokalize olan supratentorial enfarktlerdir. Tekrarlayan enfarktlerle, basamak basamak ilerler.

Madde kullanımının yol açtığı kalıcı demans, basamaklı seyir göstermez.

Cevap B (Işık, Organik Psikiyatri, 1999, s.146)

7. Aşağıdakilerden hangisi katatonide görülmez?

- a) Negativizm
- b) Ekopraksi
- c) Stereotipik hareketler
- d) Mutizm
- e) Perseverasyon

AÇIKLAMA: Katatonide stereotipi, garip postür, mutizm, balmumu esnekliği, negativizm, ekolali ve ekopraksi görülebilir. Perseverasyon daha çok prefrontal lezyonlara işaret eden bir belirtidir.

Cevap E (Kaplan, Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7.baskı, 2000, s.1173)

8. Aşağıdakilerden hangisi şizofreni için kabul edilen risk faktörlerinden değildir?

- a) Şizofren bir ikizinin olması
- b) Erkek cinsiyet
- c) Doğum travması öyküsü
- d) Kış mevsiminde doğmuş olma

e) Birinci derecede akrabalarından birinde şizofreni bulunması

AÇIKLAMA: Şizofrenide genetik geçişin, travmaların, kış mevsiminde doğmuş olmanın risk etkenlerinden olduğu kabul edilen bir gerçektir. Şizofreni kadın ve erkekte eşit oranda görülmektedir.

Cevap B (Kaplan, Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7.baskı, 2000, s.1165-66)

9. Aşağıdakilerden hangisi DSM-4 şizofreni alt tipidir?

- a) Negatif şizofreni
- b) Pozitif şizofreni
- c) Mikst şizofreni
- d) Rezidüel şizofreni
- e) Basit şizofreni

AÇIKLAMA: Pozitif, negatif ve mikst şizofreni Andrasen’in Pozitif – Negatif Şizofreni kavramıyla ilgilidir.

Basit şizofreni, eski bir şizofreni alt tipi olmakla birlikte, DSM IV’de yer almamaktadır.

Rezidüel şizofreni hastanın yaşamında geçirilmiş en az bir şizofreni epizodu vardır ve hastalığın belirtileri halen sürmektedir.

Cevap D (Işık, Şizofreni, 2.baskı, 1997, s.88-98)

10.Şizofrenin etiolojisinde önde gelen biyokimyasal değişim hangisidir?

- a) Dopaminerjik sistem değişme
- b) Prolaktin salınımı
- c) Serotonin metabolizmasındaki değişimler
- d) Gama Amino Bütirik Asit (GABA)
- e) Norepinefrin

AÇIKLAMA: Birbirini tam doğrulamayan bulgular olmakla birlikte, şizofreni etiolojisinde en çok dopamin metabolizmasındaki değişimler sorumludur.

Bazı araştırmalarda, şizofrenide prolaktin salınımı ile ilgili değişiklikler gözlenmekle birlikte bu durumun dopaminerjik etkinlikteki değişimlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Şizofrenide serotoninin rolü henüz tümüyle açıklığa kavuşturulmuş değildir. Şizofrenide baskın sorumlu biyokimyasal değişim dopamin ile ilgilidir. Gene de, özellikle negatif belirtili şizofrenilerde, serotonin-dopamin dengesinin önemli olduğu kabul edilmektedir.

Şizofreni etiolojisinde GABA’nın etkisi olduğunu düşündüren bulgular olmakla birlikte, şizofren hastalarda temel bir GABA bozukluğu olduğunu söylememize olanak vermemektedir.

Norepinefrin sistemiyle ilgili bulguların şizofrenide temel rol oynamaktan çok dopamin vb. diğer

nörotransmitter sistemlerindeki defektlerin yansımalarıyla ilgili oldukları düşünülmektedir.

Cevap A (Işık, Şizofreni, 2.baskı, 1997, s.6-19)

11.Nöroleptiklerin kullanımıyla ortaya çıkan sedasyon, ortostatik hipotansiyon, refleks taşikardi ve ejakülasyon inhibisyonu gibi etkiler, kullanılan nöroleptiğin hangi düzeneğe etkisiyle ortaya çıkar?

- a) GABA-erjik sistem üzerine etki
- b) Kolinerjik sistem üzerine etki
- c) Noradrenerjik sistem üzerine etki
- d) Dopaminerjik sistem üzerine etki
- e) Histaminik reseptörler üzerine etki

AÇIKLAMA: Antipsikotikler, noradrenerjik sistem üzerine merkezi noradrenerjik reseptörleri blokajı ile birlikte noradrenalinin kullanım hızında artış yoluyla etkiler ve anılan nörovejetatif etkiler ortaya çıkar.

Antipsikotikler, GABA'nın yenilenme hızını etkiler ve ekstrapiramidal ve geç diskinezi üzerine olan etkilerinde rol oynarlar.

Antipsikotiklerin antikolinerjik etkileriyle görme bozuklukları, ağız kuruluğu, kabızlık, üriner retansiyon gibi belirtiler ortaya çıkar.

Dopaminerjik sisteme etkiyle, prolaktin düzeyinde artma gibi nöroendokrin yan etkiler ortaya çıkar.

Histaminik reseptörler üzerine etki ile sedatif etki ortaya çıksa bile, sorudaki diğer yan etkiler ortaya çıkmaz.

Cevap C (Işık, Şizofreni, 1997, s.118-20)

12.Anoreksiya nervosa hastalarının yüze kaçında bulimia nervosa semptomlarına rastlanır?

- a) %0-10
- b) %10-30
- c) %30-50
- d) %50-70
- e) %70-90

AÇIKLAMA: Anoreksiya nervosa hastalarında bulimia nervosa semptomlarına %30-50 oranında rastlanır. Anoreksiya nervosa başlangıcından genellikle 1.5 yıl içinde, bazen de hastalık başlamadan önce bulimia nervosa semptomları görülür.

Cevap C (Kaplan, Synopsis of Psychiatry, 8.baskı, 1998, s.725)

13.'Hasta, istemli olarak birtakım yakınmalar, belirtiler ortaya çıkarır. Mesela ağrı olmadığı halde karın ağrısından yakınma, parmağını iğne ile delerek idrarına karıştırıp hematüri tanısına yol açma gibi davranışlar gösterir. Kendisini hasta rolü üstlenmeye iten motivasyon, psikolojik

gereksinimlerinden çok cezalandırılmaktan kaçma gibi, dışarıdan somut olarak belirlenebilen bir kazançtır'. Bu tanımlama hangisine aittir?

- a) Munchausen sendromu
- b) Yapay bozukluk
- c) Düzmece bozukluk
- d) Simülasyon
- e) Mazohistik davranış

AÇIKLAMA: A, B, C şıkları Factitious Factitious Bozukluğun karşılığıdır ve kişinin hastalık üretmesinde açıkça bir çıkar peşinde olması söz konusu değildir.

Simülasyonda (temaruz) kişi bir çıkar amaçlı yakınmalar ve birtakım müdahalelerle hastalık belirtisi ortaya çıkarır.

Yapay bozukluk olan kişilerde mazohistik özellikler daha sık görülür. Bunun yanında, simülasyon için gerekli olan, bir kazanç nedeniyle hastalık üretme söz konusu olmaz.

Cevap D (Işık, Şizofreni, 2.baskı, 1997, s.369-73)

14.Hangisi tipik bir özgül fobidir?

- a) Yüzünün kızarabileceğinden korkma (eritrofobi)
- b) Terlemekten korkma (hidrofobi)
- c) Titremekten korkma (tremofobi)
- d) Akrofobi
- e) Agorafobi

AÇIKLAMA: Akrofobi (yükseklik korkusu), yüksek binalar, kuleler gibi yüksek yerlerle ilgili korku yaşamasıdır ve bir özgül fobidir. Buradaki korku, sosyal fobideki gibi başka insanlarla ilgili değildir.

Agorafobi, genellikle panik bozukluğu ile birlikte görülür. Bazı yazarlara göre, tek başına agorafobi yanlış bir tanıdır çünkü agorafobi panik atakların bir komplikasyonudur.

Cevap D (Işık, Şizofreni, 2.baskı, 1997)

15.Şizofreni için hangisi yanlıştır?

- a) Yaşam boyu hastalanma oranı %1 dolayındadır.
- b) Hastalık çoğunlukla 25 yaşından önce başlar.
- c) Hastaların birinci derece yakınlarında şizofreni riski %10 dolayındadır.
- d) Bazı hastalarda lateral ventriküllerde genişleme vardır.
- e) Halüsinasyonlar ve hezeyanlar şizofreninin negatif belirtileridir.

AÇIKLAMA: Halüsinasyonlar ve hezeyanlar şizofrenin pozitif belirtileridir.

Cevap E (Öztürk, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 8.baskı, 2001, s.242)

PSIKİYATRİ

16. Aşağıdakilerden hangisi Bleuler'e göre şizofreninin temel belirtilerinden biri değildir?

- a) Duygulanım küntlüğü
- b) Negativizm
- c) Çağrışımlarda kopukluk
- d) Otizm
- e) Ambivalans

AÇIKLAMA: Bleuler'e göre şizofreninin temel belirtileri (4A) çağrışımlarda kopukluk, duygulanımda küntlük, otizm ve ambivalans'tır.

Cevap B (Öztürk, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 8.baskı, 2001, s.246)

17. Aşağıdaki belirtilerden hangisi depresyon belirtilerinden değildir?

- a) Özsaygıda azalma
- b) Düşüncede yavaşlama
- c) Kilo artışı
- d) Erken uyanma
- e) Yönelim (oryantasyon) bozukluğu

AÇIKLAMA: Yönelim bozukluğu tipik olarak deliryumda görülür.

Cevap E (Öztürk, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 8.baskı, 2001, s.307-8)

18. Psikiyatrik belirtileri içeren maddelerden oluşan, değerlendirmede 5 dereceli bir değerlendirilmiş ölçek kullanan, 9 belirti grubunu içeren bir soru listesi (envanter) olan psikolojik değerlendirme ölçeği hangisidir?

- a) Zund Depresyon Ölçeği
- b) Minnesoto Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI)
- c) SCL-90-R (Symptom Distres Check List)
- d) Beck Depresyon Envanteri
- e) Durumluk-Süreklilik kaygı envanteri

AÇIKLAMA: SCL-90-R, 90 sorudan oluşan bir envanterdir. Beş derecelik ölçek kullanılır. Dokuz belirti grubunu kapsar.

Zung Depresyon ölçeği, 20 maddeden oluşur, 4 derecede değerlendirilmiş soru listesidir. Depresyonun afektif, psikolojik ve somatik özelliklerini değerlendirmeye yöneliktir.

MMPI, 550 sorudan oluşan 10 ayrı alt testte gruplaşır. Beck Depresyon Envanteri, 21 depresif belirti ve tutumun değerlendirilmesini içerir.

Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri, iki faktörlü kaygı kuramına dayanarak geliştirilmiş 40 maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içerir.

Cevap C (Öztürk, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 8.baskı, 2001, s.155-7)

19. Manik hastalarda aşağıdaki belirtilerden hangisi görülmez?

- a) Büyüklük hezeyanları
- b) Kötülük görme hezeyanları
- c) Psikomotor yavaşlama
- d) İşitme halüsinasyonları
- e) Öfori

AÇIKLAMA: Psikomotor yavaşlama depresyon belirtisidir.

Cevap C (Öztürk, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 8.baskı, 2001, s.308, 319-20)

20. Aşağıdakilerden hangisi konversiyon bozukluğunda görülmez?

- a) İnme
- b) la belle indefference
- c) Hipoestesi
- d) Amnezi
- e) Ayakta duramama

AÇIKLAMA: Amnezi (unutma) bir dissosiyatif belirtidir.

Cevap D (Öztürk, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 8.baskı, 2001, s.397)

21. Aşağıdakilerden hangisi cinsel işlev bozukluğu değildir?

- a) Vaginismus
- b) Erken boşalma
- c) Ağrılı birleşme
- d) Orgazm bozukluğu
- e) Cinsel güçsüzlük korkusu

AÇIKLAMA: Cinsel güçsüzlük korkusu bir cinsel uyum bozukluğudur.

Cevap E (Öztürk, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 8.baskı, 2001, s.447-9)

22. Anoreksiya nervoza'da aşağıdakilerden hangisi görülmez?

- a) Kilo kaybı
- b) Amenore
- c) Taşikardi
- d) Osteoporoz
- e) Ödem

AÇIKLAMA: Anoreksiya nervoza'da bradikardi görülür.

Cevap C (Öztürk, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 8.baskı, 2001, s.473-4)

23. Deliryumda hangisi görülmez?

- a) Bilinç bulanıklığı

- b) Yönelim bozukluğu
- c) Dikkat artışı
- d) Yargılama bozukluğu
- e) İşitme halüsinasyonları

AÇIKLAMA: Deliryumda dikkat dağınıklığı belirgindir.

Cevap C (Öztürk, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 8.baskı, 2001, s.491)

24.Kuzey yarım kürede şizofren hastaların doğum günleri hangi aylar arasında daha sıktır?

- a) Ocak-Nisan
- b) Nisan-Temmuz
- c) Temmuz-Eylül
- d) Eylül-Kasım
- e) Kasım-Şubat

AÇIKLAMA: Kuzey yarım kürede şizofren hastaların doğum günleri Ocak-Nisan ayları arasında, güney yarım kürede Temmuz-Eylül ayları arasında daha sıktır. Bir görüşe göre bunun nedeni, viral hastalıkların fazla olmasıdır, diğer bir görüşe göre ise mevsimsel diyet faktörlerinin değişkenliğidir.

Cevap A (Kaplan, *Synopsis of Psychiatry*, 8.baskı, 1998, s.458)

25.Amerikan iç savaşında "Asker Kalbi" adlı ruh hastalığı, Vietnam savaşından sonra bugünkü adını almıştır. Deprem gibi felaket sonrası da öne çıkan bu hastalığın adı nedir?

- a) Depresyon
- b) Yapay bozukluk
- c) Konversiyon bozukluğu
- d) Travma sonrası stres bozukluğu
- e) Uyum bozukluğu

AÇIKLAMA: Travma sonrası stres bozukluğu sıradışı önemli bir yaşam stresi sonucu oluşan anksiyetedir. Olay düşlerde ve uyanıkken düşüncelerde tekrar yaşanır. Tekrar yaşama, aşırı uyarılmışlık semptomları ve kaçınma ile birlikte bir aydan fazla sürer.

Cevap D (Kaplan, *Synopsis of Psychiatry*, 8.baskı, 1998, s.617-8)

26.Aşağıdakilerden hangisi şizofrenide iyi prognoz özelliğidir?

- a) Otistik davranış
- b) Bekar olma
- c) Geç başlangıç
- d) Negatif belirtiler
- e) Nörolojik semptomlar

AÇIKLAMA: Pozitif belirtilerin olması, evli olma, duygudurum belirtilerinin olması, geç başlangıç, başlatıcı faktörlerin bilinmesi, ailede duygudurum

hastalığı hikayesinin olması, olumlu destek sistemlerinin olması ve nörolojik belirtilerin olmaması iyi prognostik belirtilerdir.

Cevap C (Kaplan, *Synopsis of Psychiatry*, 8.baskı, 1998, s.468, Tablo 13-4)

27.Aşağıdakilerden hangisi atipik antipsikotik bir ilaçtır?

- a) Tioridazin
- b) Alprazolam
- c) Sertralin
- d) Haloperidol
- e) Olanzapin

AÇIKLAMA: Olanzapin tienobenzodiazepin derivesi olan psikotik bozukluklarda kullanılan atipik bir antipsikotiktir. Tioridazin ve haloperidol tipik bir antipsikotiktir. Sertralin seçici serotonin geri alımını engelleyen antidepresan bir ilaçtır. Alprazolam kısa-orta etkili bir benzodiazepin türevidir.

Cevap E (Kaplan, *Synopsis of Psychiatry*, 8.baskı, 1998, s.1076)

28.Aşağıdakilerden hangisi atipik antipsikotiktir?

- a) Perfenazin
- b) Pimozid
- c) Levomepromazin
- d) Zuklopentiksol
- e) Olanzapin

AÇIKLAMA: Diğer ilaçlar tipik (klasik) antipsikotiklerdir.

Cevap E (Öztürk, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 8.baskı, 2001, s.617)

29.Aşağıdaki ilaçlardan hangisi bipolar hastalarda önleyici tedavide kullanılmaz?

- a) Trazodon
- b) Karbamazepin
- c) Valproat
- d) Lamotrijin
- e) Lityum

AÇIKLAMA: Trazodon bir antidepresandır. Diğer ilaçlar duygudurum dengeleyicisi olarak bipolar bozukluğun hem manik hem de depresif dönemlerini önlemede kullanılırlar.

Cevap A (Öztürk, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 8.baskı, 2001, s.630-8)

30.Aşağıdakilerden hangisi narkolepsinin klinik belirtilerinden değildir?

- a) Uyku paralizisi
- b) Katapleksi

PSIKİYATRİ

c) Myoklonik jerkler

d) Uyku atakları

e) Hipnagogik algı bozuklukları

AÇIKLAMA: Narkolepsinin klasik 4 belirtisi uyku atakları, katapleksi, uyku paralizi ve hipnagogik/hipnopompik hallüsinasyonlardır.

Cevap C (*Kaplan, Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7.baskı, 2000, s.1687*)