

# Türkiye Klinikleri

## MEDİTEST Dergisi

### TÜRKİYE KLİNİKLERİ MEDİTEST DERGİSİ

#### Hekimler Birliği Vakfı Adına Sahibi

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL

(Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji BD Başkanı)

#### Türkiye Klinikleri Tıp Dergileri

##### Editörler Kurulu

Prof.Dr.Adnan GÜVENER (Başkan)

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL, Prof.Dr.Abdülkadir ÇEVİK,  
Prof.Dr.Fuat Aziz GÖKSEL, Prof.Dr.Haldun GÜNER,  
Prof.Dr.Mehmet Ali GÜRER, Prof.Dr.Orhan GÜVEN,  
Prof.Dr.Enver HASANOĞLU, Prof.Dr.A.Atilla HINCAL,  
Prof.Dr.Uğur KANDİLCİ, Prof.Dr.Gülay KINIKLI,  
Prof.Dr.Zeynep MISIRLIGİL, Prof.Dr.Yalçın ÖZKAPTAN,  
Prof.Dr.İrfan SABAH, Prof.Dr.M.Erol TURAÇLI,  
Prof.Dr.Nurten TÜRKÖZKAN, Prof.Dr.Abdülmuttalip ÜNAL  
(İsimler Alfabetik Sıralanmıştır.)

#### Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.\*

##### Genel Müdür

Dr.Mehmet AKGÜL

##### Genel Yayın Koordinatörü

Dr.Sinan KORUKLUOĞLU

##### Müessese Müdürü

Recep ÇELEN

##### Reklam Koordinatörü

Dr.Deniz AKAGÜNDÜZ

##### Reklam Koordinatör Asistanı

Nuray SOYDEMİR

##### Kitabevleri Koordinatörü

Dr.İbrahim ERSOY

##### Matbaa Koordinatörü

Muharrem ÇAPACIOĞLU

##### Muhasebe

Murat ÇİFTER

##### Dizgi Operatörleri

Kader KAYABAŞ, Mehtap DAYI

##### Yazı Takip Sekreterliği

Gülbin ÖZTEKİN TÜRKMEN, Ayfer USTAOĞLU

##### Abone ve Halkla İlişkiler Sekreteri

Habibe ATAY

##### Özel Kalem

Sema BİLASA

##### Ankara Kitabevi

Kazım ERCAN, Hakkı KAHVECİ

\*Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.

Hekimler Birliği Vakfı Kuruluşudur.

**Yönetim Merkezi:** Talatpaşa Bulvarı No:102

06230 Hamamönü/ANKARA

Tel : (0312) 309 36 66 pbx.

Faks: (0312) 312 67 41

**Kitabevi:** Tuna Cad. 11/10 Kızılay/ANKARA

Tel: (0312) 435 43 50

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

**Abone Ücretleri ve Koşulları:** Bir yıllık abone ücreti (2000 için) posta ücretleri ve KDV dahil:

**Şahıs** : 9.000.000 TL

**Kurum** : 18.000.000 TL

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

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

#### Reklam konusunda tüm görüşmeler;

Reklam Koordinatörü : Dr.Deniz Akagündüz

Tel : (0312) 309 36 66 pbx.

Faks: (0312) 312 67 41

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

ISSN: 1300-0276

**Baskı:** Türkiye Klinikleri, ANKARA

Türkiye Klinikleri  
**MEDİTEST Dergisi**

---

Cilt 9

Sayı 3

Mart-Nisan 2000

---

*Tıp eğitimi, tıp fakültelerinde bitmez; ancak başlar.*  
*W.H.Welch*

## İÇİNDEKİLER

117  
Kardiyoloji

124  
Göğüs Hastalıkları

133  
Gastroenterohepatoloji

138  
Endokrinoloji ve  
Metabolizma Hastalıkları

144  
Hematoloji-Onkoloji

151  
Nefroloji

155  
İmmunoloji-Romatoloji

160  
Enfeksiyon Hastalıkları

166  
Nöroloji

ISSN: 1300-0276

**C i l t : 9 • S a y ı : 3 • M a r t - N i s a n 2 0 0 0**

# Türkiye Klinikleri

## MEDİTEST Dergisi

### EDİTÖR

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL (Ankara)

### YAYIN SEKRETERİ

Dr.İbrahim ERSOY (Ankara)

### SORU HAZIRLAMA KOMİSYON ÜYELERİ

Yrd.Doç.Dr.Öznur ABADOĞLU (Cumhuriyet)  
Yrd.Doç.Dr.Ali ACAR (Selçuk)  
Prof.Dr.Osman ACAR (Selçuk)  
Doç.Dr.Emre ACAROĞLU (Hacettepe)  
Prof.Dr.Hakkı AKALIN (Ankara)  
Prof.Dr.Sema AKALIN (Marmara)  
Yrd.Doç.Dr.Aysen AKALIN (Osmangazi)  
Yrd.Doç.Dr.Ahmet AKAR (GATA)  
Doç.Dr.Eyüp S. AKARSU (Ankara)  
Doç.Dr.Aytaç AKBAŞAK (Celal Bayar)  
Doç.Dr.Müfide N. AKÇAY (Atatürk)  
Prof.Dr.Atıf AKDAŞ (Marmara)  
Prof.Dr.A. AKDENİZ (GATA)  
Prof.Dr.Handan AKER (Cumhuriyet)  
Dr.Rezzan AKER (Marmara)  
Prof.Dr.Yurdanur AKGÜN (Osmangazi)  
Doç.Dr.Semih AKI (Çapa)  
Dr.Ahmet AKICI (Marmara)  
Doç.Dr.İbrahim AKKURT (Cumhuriyet)  
Yrd.Doç.Dr.Gökay AKSARAY (Osmangazi)  
Yrd.Doç.Dr.Yılmaz AKSOY (Atatürk)  
Prof.Dr.Aslan AKSU (Akdeniz)  
Prof.Dr.Sevinç AKTAN (Marmara)  
Yrd.Doç.Dr.Murad AKTAN (Selçuk)  
Doç.Dr.Osman AKTAŞ (Atatürk)  
Prof.Dr.Serdar AKYAR (Ankara)  
Yrd.Doç.Dr.Melih AKYOL (Cumhuriyet)  
Prof.Dr.Cemalettin AKYÜREK (Selçuk)  
Doç.Dr.Aytekin AKYÜZ (Cumhuriyet)  
Doç.Dr.Bülent ALAĞÖL (Trakya)  
Yrd.Doç.Dr.Ayşin ALAĞÖL (Trakya)  
Yrd.Doç.Dr.Ahmet ALANAY (Hacettepe)  
Doç.Dr.Tbp.Kd.Bnb.Ali ALBAY (GATA)  
Prof.Dr.Doğanay ALPER (Ankara)  
Doç.Dr.Sibel ALPER (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Mehmet Ufuk ALUÇLU (Dicle)  
Prof.Dr.Muhlise ALVUR (O. Mayıs)  
Yrd.Doç.Dr.İsmail APAK (Dicle)  
Doç.Dr.Atilla ARAL (Ankara)  
Yrd.Doç.Dr.Mehmet ARAZİ (Selçuk)  
Doç.Dr.Sevtap ARIKAN (Hacettepe)  
Prof.Tbp.Kd.Alb.İsmail ARSLAN (GATA)  
Yrd.Doç.Tbp.Kd.Yzb.Nuri ARSLAN (GATA)  
Prof.Dr.Nazım ARSLAN (GATA)  
Prof.Dr.Metin ARSLAN (Gazi)  
Prof.Dr.Suat ARTVİNLİ (Akdeniz)  
Doç.Dr.Mevlüt ASAR (Akdeniz)  
Doç.Dr.Diler ASLAN (Pamukkale)  
Prof.Dr.Özcan AŞÇIOĞLU (Erciyes)  
Yrd.Doç.Dr.Habip ATALAY (Pamukkale)  
Prof.Dr.S.Selçuk ATAMANALP (Atatürk)  
Doç.Dr.Yıldız ATAMER (Dicle)  
Doç.Dr.Bülent ATILLA (Hacettepe)  
Doç.Dr.Mehmet AYBAK (Dicle)

Doç.Dr.Cemalettin AYBAY (Gazi)  
Yrd.Doç.Dr.Nazan AYDIN (Atatürk)  
Prof.Dr.Resa AYDIN (Çapa)  
Doç.Dr.Ali AYDINLAR (Uludağ)  
Prof.Dr.Belkıs AYDINOL (Dicle)  
Prof.Dr.Sultan D. AYDOĞDU (Osmangazi)  
Prof.Dr.İ.Hakkı AYHAN (Ankara)  
Prof.Dr.Canan AYKUT BİNGÖL (Marmara)  
Prof.Dr.Gülsevrim AZİZLERLİ (Çapa)  
Prof.Dr.Aydan BABÜL (Gazi)  
Prof.Dr.Zeki BAKIR (Atatürk)  
Doç.Dr.Taner BALCIOĞLU (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Ahmet A. BALIK (Atatürk)  
Prof.Dz.Tbp.Kd.Alb.Kunter BALKANLI (GATA)  
Yrd.Doç.Dr.A.Kasım BALTACI (Selçuk)  
Prof.Dr.Z.Nur BANOĞLU (Atatürk)  
Doç.Dr.Nadir BARINDIK (GATA)  
Yrd.Doç.Dr.Sibel BARIŞ (O. Mayıs)  
Yrd.Doç.Dr.Oğuz BASUT (Uludağ)  
Prof.Dr.A. Can BAŞAKLAR (Gazi)  
Doç.Dr.İskender BAŞOĞLU (Atatürk)  
Doç.Dr.Sevim BAVBEK (Ankara)  
Doç.Dr.Aslı BAYKAL (Akdeniz)  
Prof.Dr.Engin BAYKAL (Erciyes)  
Prof.Dr.Mehmet BAYKARA (Akdeniz)  
Prof.Dr.Ali İhsan BAYSAL (Gazi)  
Doç.Dr.Abdülkerim BEDİR (O. Mayıs)  
Öğr.Gör.Dr.Abdulkadir BEDİRLİ (Erciyes)  
Prof.Dr.Kemal BERKMAN (Marmara)  
Prof.Dr.Nazan BİLGEL (Uludağ)  
Prof.Dz.Tbp.Kd.Alb.Hayati BİLGİÇ (GATA)  
Prof.Dr.Sevgül BİLGİÇ (Hacettepe)  
Prof.Dr.Sait BİLGİÇ (O. Mayıs)  
Doç.Dr.Erhan BİLİR (Gazi)  
Doç.Dr.Kamuran BİRCAN (Dicle)  
Doç.Dr.Hasan BİRİ (Gazi)  
Yrd.Doç.Dr.Murat BİRTANE (Trakya)  
Prof.Dr.Mehmet BİTİRGEN (Selçuk)  
Yrd.Doç.Dr.Erteğül BOLAYIR (Cumhuriyet)  
Doç.Dr.Ayşe BORA TOKÇAER (Gazi)  
Prof.Dr.Nafiz BOZDEMİR (Çukurova)  
Doç.Dr.Gülhal BOZKIR (Çukurova)  
Prof.Dr.T.Arda BÖKESAY (Ankara)  
Prof.Dr.Selçuk BÖLÜKBAŞI (Gazi)  
Prof.Dr.Turgay BUDAK (Dicle)  
Yrd.Doç.Dr.Dilek BULUCU (Atatürk)  
Doç.Dr.Vedat BULUT (Firat)  
Yrd.Doç.Dr.Serpil BULUT (Firat)  
Doç.Dr.Zeynep BURAK (Ege)  
Prof.Dr.Münir BÜKE (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Gül BÜKÜLMEZ (Hacettepe)  
Yrd.Doç.Dr.M. Emin BÜYÜKOKUROĞLU (Atatürk)  
Doç.Dr.Ercan CANBAY (Cumhuriyet)

Yrd.Doç.Dr.Aydan CANBİLEN (Selçuk)  
Doç.Dr.Naime CANORUÇ (Dicle)  
Doç.Dr.Leyla CANPOLAT (Firat)  
Doç.Tbp.Yb.Bülent CELASUN (GATA)  
Prof.Dr.A.Tevfik CENGİZ (Ankara)  
Yrd.Doç.Dr.Bülent Sabri CIGALI (Trakya)  
Prof.Dr.Şükrü CİN (Ankara)  
Prof.Dr.M.İpek CİNGİ (Osmangazi)  
Doç.Dr.Emre CİNGİ (Osmangazi)  
Doç.Dr.Ahmet COŞAR (GATA)  
Prof.Dr.Hasan CÜCE (Selçuk)  
Prof.Dr.Mesret CUMHUR (Hacettepe)  
Doç.Dr.Tuncay ÇAĞLAR (Trakya)  
Prof.Dr.Erol ÇAKIR (Trakya)  
Yrd.Doç.Dr.Hamdî ÇAKLI (Osmangazi)  
Doç.Dr.Metin ÇAPAR (Selçuk)  
Yrd.Doç.Dr.Fehmi ÇELEBİ (Atatürk)  
Prof.Dr.Fahrettin ÇELİK (O. Mayıs)  
Doç.Tbp.Alb.Bahattin ÇELİKÖZ (GATA)  
Yrd.Doç.Dr.Cengiz ÇETİN (Osmangazi)  
Prof.Dr.Erdal ÇETİNALP (Çukurova)  
Prof.Dr.Sadettin ÇETİNER (GATA)  
Doç.Dr.M. Nedim ÇİÇEK (Selçuk)  
Prof.Dr.Nusret ÇİFTÇİ (O. Mayıs)  
Doç.Dr.Aykut ÇİLLİ (Akdeniz)  
Doç.Dr.Mehmet ÇOLAKOĞLU (Selçuk)  
Prof.Dr.İsmail ÇÖLHAN (Çapa)  
Prof.Dr.Tolga DAĞLI (Marmara)  
Prof.Dr.Ramazan DEMİR (Akdeniz)  
Yrd.Doç.Dr.Necdet DEMİR (Akdeniz)  
Doç.Dr.Hüseyin DEMİR (Erciyes)  
Dr.Süleyman DEMİR (Pamukkale)  
Prof.Dr.Ergün DEMİRALP (GATA)  
Prof.Dr.Yavuz Selim DEMİREL (Ankara)  
Doç.Dr.Azam DEMİREL (Atatürk)  
Doç.Dr.Emine DEMİREL YILMAZ (Ankara)  
Prof.Dr.Ertan DEMİRTAŞ (GATA)  
Prof.Dr.Şefik DENER (Cumhuriyet)  
Doç.Dr.Nuri DENİZ (Gazi)  
Prof.Dr.Orhan DENLİ (Dicle)  
Prof.Dr.Fahri DERE (Çukurova)  
Doç.Dr.Hüda DİKEN (Dicle)  
Prof.Dr.Saffet DİLEK (GATA)  
Doç.Dr.Sibel DİNÇER (Gazi)  
Yrd.Doç.Dr.Aysegül DİRLİK (Ege)  
Prof.Dr.Fethi DOĞAN (Ege)  
Prof.Dr.Hakkı DOĞAN (Erciyes)  
Doç.Dz.Tbp.Alb.Levent DOĞANCI (GATA)  
Prof.Dr.Nesrin DOĞRUEL (Osmangazi)  
Prof.Dr.Hasan DOĞRUYOL (Uludağ)  
Prof.Dr.İsmet DÖKMECİ (Trakya)  
Prof.Dr.Gülbin DÖKMECİ (Trakya)  
Prof.Dr.Murat DUMAN (Ankara)  
Prof.Dr.Selçuk DUMAN (Selçuk)

Doç.Dr.Behice DURGUN YÜCEL (*Çukurova*)  
Prof.Dr.Belgin EFE (*Osmangazi*)  
Yrd.Doç.Dr.Ömür ELÇİOĞLU (*Osmangazi*)  
Prof.Dr.Bora ELDEM (*Hacettepe*)  
Doç.Dr.Hasan ELDEN (*Cumhuriyet*)  
Prof.Dr.Alaittin ELHAN (*Ankara*)  
Yrd.Doç.Dr.Mehmet EMİRZEOĞLU (*O.Mayıs*)  
Yrd.Doç.Dr.Memnune ERANDAÇ (*Cumhuriyet*)  
Prof.Dr.Deniz ERBAŞ (*Gazi*)  
Prof.Dr.Sezer ERBOZ (*Ege*)  
Prof.Dr.Sena ERDAL (*Cumhuriyet*)  
Doç.Dr.Üğür ERDENER (*Hacettepe*)  
Yrd.Doç.Dr.Levent ERDİNÇ (*Dicle*)  
Yrd.Doç.Dr.Haydar ERDOĞAN (*Cumhuriyet*)  
Prof.Tbp.Kd.Alb.D. ERDURAN (*GATA*)  
Doç.Dr.Arzu EREL (*Gazi*)  
Doç.Dr.Aydın ERENMEMİŞOĞLU (*Erciyes*)  
Prof.Dr.Neyhan ERGENE (*Selçuk*)  
Yrd.Doç.Dr.Tolgay ERGENOĞLU (*Cumhuriyet*)  
Doç.Dr.Hacer ERGİN (*Pamukkale*)  
Doç.Dr.Ali ERGÜN (*GATA*)  
Prof.Dr.Sibel ERGÜVEN (*Hacettepe*)  
Yrd.Doç.Dr.Kürşad ERİNÇ (*GATA*)  
Doç.Dr.Levent ERİŞEN (*Uludağ*)  
Prof.Dr.Yücel ERK (*Hacettepe*)  
Doç.Dr.Kuddusi ERKILIÇ (*Erciyes*)  
Doç.Dr.Esin F. ERKİN (*Celal Bayar*)  
Op.Dr.Lütfi EROĞLU (*O.Mayıs*)  
Yrd.Doç.Dr.Atıla EROL (*Osmangazi*)  
Prof.Dr.Ekin ERTEN (*Ege*)  
Yrd.Doç.Dr.Sevgi ESKİOCAK (*Trakya*)  
Prof.Dr.Akğün EVİNÇ (*Ege*)  
Yrd.Doç.Dr.Serhat FINDIK (*O.Mayıs*)  
Yrd.Doç.Dr.Kani GEMİCİ (*Uludağ*)  
Prof.Dr.Celal GENÇ (*GATA*)  
Doç.Dr.Akçahan GEPDİREMEN (*Atatürk*)  
Doç.Dr.Fatma GÖÇER (*Atatürk*)  
Prof.Dr.Orhan GÖĞÜŞ (*Ankara*)  
Doç.Dr.Hakkı GÖKBEL (*Selçuk*)  
Doç.Dr.Şaban Çakır GÖKÇE (*O.Mayıs*)  
Doç.Dr.Deniz GÖKENGİN (*Ege*)  
Doç.Dr.Sibel Ülker GÖKSEL (*Ege*)  
Prof.Dr.Bilge GÖNÜL (*Gazi*)  
Prof.Dr.Mustafa GÖNÜLLÜ (*Pamukkale*)  
Yrd.Doç.Dr.Hüseyin GÖRKEMLİ (*Selçuk*)  
Doç.Dr.Rabet GÖZÜ (*Gazi*)  
Prof.Dr.Zafer GÜLBAŞ (*Osmangazi*)  
Doç.Dr.Fuat GÜLDOĞUŞ (*O.Mayıs*)  
Doç.Dr.Sacit GÜLEÇ (*Osmangazi*)  
Prof.Dr.Şendoğan GÜLEN (*Trakya*)  
Prof.Dr.Mustafa GÜLER (*Atatürk*)  
Prof.Dr.Gülây GÜLLÜLÜ (*Atatürk*)  
Prof.Dr.Birol GÜLMAN (*O.Mayıs*)  
Prof.Dr.Yener GÜLTEKİN (*Cumhuriyet*)  
Prof.Dr.Gürbüz GÜMÜŞDİŞ (*Ege*)  
Doç.Dr.Bengül GÜNALP (*GATA*)  
Prof.Dr.Ayfer GÜNALP (*Hacettepe*)  
Prof.Dr.Galip K. GÜNAY (*Erciyes*)  
Dr.Yasemin GÜNAY (*Osmangazi*)  
Prof.Dr.Kemal GÜNDÜZ (*Selçuk*)  
Yrd.Doç.Dr.Vet.Hek.Alb.Çakır GÜNEY (*GATA*)  
Doç.Dr.Çiğdem GÜNGÖR (*Ankara*)  
Prof.Dr.A.Rıza GÜR (*GATA*)  
Doç.Dr.Hakan GÜRDAL (*Ankara*)  
Prof.Dr.Hatice GÜRDAL (*Çapa*)  
Yrd.Doç.Dr.Mustafa GÜRELLİK (*Cumhuriyet*)  
Prof.Dr.M.Ali GÜRER (*Gazi*)  
Doç.Dr.Cihat GÜZEL (*Dicle*)  
Prof.Dr.Yahya HAKGÜDENER (*Cumhuriyet*)  
Yrd.Doç.Dr.Aral HAKGÜDER (*Trakya*)  
Prof.Dr.Gülşen HASÇELİK (*Hacettepe*)  
Prof.Dr.Osman HAYRAN (*Marmara*)

Doç.Dr.Tunçer HAZNEDAROĞLU (*GATA*)  
Prof.Dr.Simin HEPGÜLER (*Ege*)  
Prof.Dr.İbrahim HIZALAN (*Uludağ*)  
Prof.Dr.Sami HİZMETLİ (*Cumhuriyet*)  
Doç.Dz.Tbp.Kd.Yzb.Seyfettin ILGAN (*GATA*)  
Yrd.Doç.Dr.Birgül İŞİK (*Dicle*)  
Prof.Dr.Recep İŞİK (*Dicle*)  
Yrd.Doç. Tbp.Kd.Bnb.Selçuk İŞİK (*GATA*)  
Prof.Dr.Ersoy İŞİK (*GATA*)  
Prof.Dr.Erkan İBİŞ (*Ankara*)  
Doç.Dr.Nihal İÇTEN (*O.Mayıs*)  
Prof.Dr.Yalçın İLKER (*Marmara*)  
Doç.Dr.Nilsel İLTER (*Gazi*)  
Uzm.Tbp.Kd.Bnb.Ali İNAL (*GATA*)  
Yrd.Doç.Dr.Dilek İNCE GÜNAL (*Marmara*)  
Yrd.Doç.Dr.Servet İNCİ (*Hacettepe*)  
Prof.Dr.Ceyla İRKEÇ (*Gazi*)  
Prof.Dr.Murat İRKEÇ (*Hacettepe*)  
Yrd.Doç.Dr.Sibel KADAYIÇILAR (*Hacettepe*)  
Doç.Dr.Haluk KAFALI (*Cumhuriyet*)  
Yrd.Doç.Dr.Sibel KALAÇA (*Marmara*)  
Prof.Dr.Serpil KALKAN (*Selçuk*)  
Prof.Dr.Yücel KANPOLAT (*Ankara*)  
Doç.Dr.Murat KAPKAÇ (*Ege*)  
Doç.Dr.Abdurrahman KAPLAN (*Dicle*)  
Doç.Dr.Süleyman KAPLAN (*O.Mayıs*)  
Dr.Melih KAPTANOĞLU (*Cumhuriyet*)  
Yrd.Doç.Dr.Ece KAPTANOĞLU (*Cumhuriyet*)  
Prof.Dr.Cem KAPTANOĞLU (*Osmangazi*)  
Doç.Dr.Bünyamin KAPTANOĞLU (*Pamukkale*)  
Yrd.Doç.Dr.İsmail KARA (*Atatürk*)  
Dr.Atıla KARAALP (*Marmara*)  
Doç.Dr.Yaşar KARAASLAN (*Atatürk*)  
Yrd.Doç.Dr.İlgin KARACAN (*Firat*)  
Yrd.Doç.Dr.Ahmet KARACALAR (*Uludağ*)  
Prof.Dr.Yener KARADENİZLİ (*Gazi*)  
Doç.Dr.Ayşen KARADUMAN (*Hacettepe*)  
Doç.Dr.Hayrettin KARADUMAN (*GATA*)  
Prof.Dr.Güney KARAKARTAL (*Ege*)  
Yrd.Doç.Dr.Deniz KARAKAYA (*O.Mayıs*)  
Doç.Dr.Sarper KARAKÜÇÜK (*Erciyes*)  
Prof.Dr.Üstün KARAÖĞLAN (*Gazi*)  
Prof.Dr.Melda KARAVUŞ (*Marmara*)  
Uzm.Dr.Demet KARNAK (*Ankara*)  
Prof.Dr.Mehmet KAYA (*Çukurova*)  
Prof.Dr.Ahmet KAYA (*Selçuk*)  
Prof.Dr.Önder KAYHAN (*Marmara*)  
Prof.Dr.A.Rıza KAZAZOĞLU (*Uludağ*)  
Yrd.Doç.Dr.Nur KEBAPÇI (*Osmangazi*)  
Prof.Dr.Celalettin KEBELİ (*Dicle*)  
Doç.Dr.Mustafa KELLE (*Dicle*)  
Doç.Dr.Özer KENDİ (*Ankara*)  
Prof.Dr.S.Sırrı KES (*Hacettepe*)  
Doç.Dr.Ayşegül KETENÇİ (*Çapa*)  
Yrd.Doç.Dr.İlknur KILIÇ (*Pamukkale*)  
Op.Dr.Hakan KINIK (*Ankara*)  
Prof.Dr.Gülây KINIKLI (*Ankara*)  
Yrd.Doç.Dz.Tbp.Kd.Yzb.Dr.Tayfun KIR (*GATA*)  
Doç.Dr.Mehmet KIRNAP (*Erciyes*)  
Prof.Dr.Kamuran KIVANÇ (*Çukurova*)  
Doç.Dr.Mehmet KIYAN (*Ankara*)  
Prof.Dr.Yeşim KİRAZLI (*Ege*)  
Doç.Dr.Tanıl KOCAGÖZ (*Hacettepe*)  
Doç.Dr.A.Kadir KOÇAK (*Osmangazi*)  
Yrd.Doç.Dr.Gülendam KOÇAK (*Pamukkale*)  
Prof.Dr.Gülây KOÇOĞLU (*Cumhuriyet*)  
Prof.Dr.Ferit KOÇOĞLU (*Cumhuriyet*)  
Yrd.Doç.Dr.Hasan KOÇOĞLU (*Gaziantep*)  
Doç.Dr.Nihat KODALLI (*Marmara*)  
Prof.Dr.Emel KOPTAGEL (*Cumhuriyet*)  
Doç.Dr.Cem KOPUZ (*O.Mayıs*)  
Doç.Dr.Adnan KORKMAZ (*O.Mayıs*)

Doç.Dr.Mustafa KORKUT (*Ege*)  
Prof.Dr.Şebnem KORUR FİNCANCI (*Çapa*)  
Prof.Dr.Sezen KOŞAY (*Ege*)  
Doç.Hv.Tbp.Alb.Orhan KOZAK (*GATA*)  
Yrd.Doç.Dr.Osman KÖSE (*GATA*)  
Yrd.Doç.Dr.Sedat KÖSE (*GATA*)  
Doç.Dr.Mehmet H. KÖSEOĞLU (*Pamukkale*)  
Prof.Dr.Kamil KUMANLIOĞLU (*Ege*)  
Prof.Dr.Yeşim KUPSAL (*Atatürk*)  
Doç.Dr.Hürkan KURŞAKLIOĞLU (*GATA*)  
Doç.Dr.Cengiz KURTMAN (*Ankara*)  
Doç.Dr.Zafer KURUMLU (*GATA*)  
Prof.Dr.Reha KURUOĞLU (*Gazi*)  
Prof.Dr.Semra KUŞTİMUR (*Gazi*)  
Prof.Tbp.Kd.Alb.Mustafa KUTLU (*GATA*)  
Yrd.Doç.Dr.Tunç KUTOĞLU (*Trakya*)  
Doç.Dr.Aysel KÜKNER (*Firat*)  
Doç.Dr.A.Şahap KÜKNER (*Firat*)  
Doç.Dr.Akın LEVENT (*Atatürk*)  
Prof.Dr.Cafer MARANGOZ (*O.Mayıs*)  
Prof.Dr.Mehmet MELLİ (*Ankara*)  
Yrd.Doç.Dr.Dilek MEMİŞ (*Trakya*)  
Doç.Dr.Ufuk Ö. METE (*Çukurova*)  
Prof.Dr.Nuriye METE (*Dicle*)  
Prof.Dr.Zeynep MISIRLIGİL (*Ankara*)  
Prof.Dr.G.Ertuğrul MİRZA (*Erciyes*)  
Yrd.Doç.Dr.Hasan MİRZAI (*Celal Bayar*)  
Doç.Dr.Haydar MÖHÜR (*GATA*)  
Prof.Dr.Senay MOLVALILAR (*Çapa*)  
Doç.Dr.Dilşad MUNGAL (*Ankara*)  
Yrd.Doç.Dr.Ayşe MURAT (*Firat*)  
Doç.Dr.Lütfiye MÜSLÜMANOĞLU (*Çapa*)  
Yrd.Doç.Dr.Vedat NACİTARHAN (*Cumhuriyet*)  
Yrd.Doç.Dr.Kemal NAS (*Dicle*)  
Doç.Dr.Serdar NECMİOĞLU (*Dicle*)  
Prof.Dr.M. Uğur NEŞŞAR (*Pamukkale*)  
Prof.Dr.Numan NUMANOĞLU (*Ankara*)  
Yrd.Doç.Dr.Ersan ODACI (*O.Mayıs*)  
Doç.Dr.Nurettin OĞUZ (*Akdeniz*)  
Doç.Dr.Özkan OĞUZ (*Çukurova*)  
Yrd.Doç.Dr.Engin OK (*Erciyes*)  
Prof.Dr.İmer OKAR (*Marmara*)  
Prof.Dr.Adnan OKUR (*Atatürk*)  
Prof.Dr.Güray OKYAR (*Atatürk*)  
Doç.Dr.Ongun ONARAN (*Ankara*)  
Prof.Dr.Selçuk ONART (*Uludağ*)  
Prof.Dr.Ertan ONURSAL (*Çapa*)  
Doç.Dr.Mehmet ORHAN (*Hacettepe*)  
Doç.Dr.Esat ORHON (*GATA*)  
Prof.Dr.Kemal ÖDEV (*Selçuk*)  
Yrd.Doç.Dr.Kamil ÖGE (*Hacettepe*)  
Yrd.Doç.Dr.Candan ÖĞÜŞ (*Akdeniz*)  
Prof.Dr.Ümit ÖLMEZ (*Ankara*)  
Doç.Dr.Hakan ÖMEROĞLU (*Osmangazi*)  
Doç.Dr.Meltem ÖNDER (*Gazi*)  
Prof.Tbp.Kd.Alb.Köksal ÖNER (*GATA*)  
Yrd.Doç.Dr.Günnur ÖZBAKİŞ (*Atatürk*)  
Dr.Nilgün ÖZBEK (*O.Mayıs*)  
Yrd.Doç.Dr.İsa ÖZBEY (*Atatürk*)  
Doç.Dr.Hüseyin ÖZBEY (*Çapa*)  
Doç.Dr.Zehra ÖZCAN (*Ege*)  
Prof.Dr.Kazım ÖZDAMAR (*Osmangazi*)  
Doç.Dr.Tülay ÖZDEMİR (*Akdeniz*)  
Prof.Dr.Şevki ÖZDEMİR (*Atatürk*)  
Doç.Dr.Fezal ÖZDEMİR (*Ege*)  
Prof.Dr.Tunçalp ÖZGEN (*Hacettepe*)  
Doç.Tbp.Yb.İ.Y. ÖZGÖK (*GATA*)  
Yrd.Doç.Dr.İlhan ÖZGÜNEŞ (*Osmangazi*)  
Doç.Dr.Mustafa ÖZKAN (*GATA*)  
Prof.Dr.Kayhan ÖZKAN (*O.Mayıs*)  
Prof.Dr.Yalçın ÖZKAPTAN (*GATA*)  
Doç.Dr.Esen ÖZKAYA BAYAZIT (*Çapa*)

Prof.Dr.Hayal ÖZKILIÇ (Ege)  
Öğr.Gör.Dr.Murat ÖZTAŞ (Gazi)  
Yrd.Doç.Dr.Yasemin ÖZTOP (Cumhuriyet)  
Yrd.Doç.Dr.Cihat ÖZTÜRK (Ege)  
Prof.Dr.Günseli ÖZTÜRK (Ege)  
Doç.Dr.Emel ÖZTÜRK (GATA)  
Yrd.Doç.Dr.Sedat ÖZTÜRKCAN (Cumhuriyet)  
Yrd.Doç.Dr.İrfan ÖZYAZGAN (Erciyes)  
Doç.Dr.Vet.Hek.Yb.Mustafa ÖZYURT (GATA)  
Prof.Dr.Özden PALAOĞLU (Ankara)  
Prof.Dr.Zafer PAMUKÇU (Trakya)  
Prof.Dr.Ferhan PAYDAK (Selçuk)  
Dr.Ayhan PEKBAY (O.Mayıs)  
Prof.Dr.Mesut PEKCAN (GATA)  
Prof.Dr.Yıldız PEKŞEN (O.Mayıs)  
Doç.Dr.Sıtkı PERÇİN (Cumhuriyet)  
Doç.Dr.K.Yalçın POLAT (Atatürk)  
Doç.Dr.Özkan POLAT (Atatürk)  
Yrd.Doç.Dr.Pınar POLAT (Atatürk)  
Prof.Dr.Sait POLAT (Çukurova)  
Prof.Dr.H. Hüseyin POLAT (Cumhuriyet)  
Doç.Dr.Aziz POLAT (Pamukkale)  
Doç.Dr.Ömer POYRAZ (Cumhuriyet)  
Prof.Dr.Cemil SABUNCU (Osmangazi)  
Prof.Dr.İlham SABUNCU (Osmangazi)  
Doç.Dr.Cemal SAĞ (GATA)  
Prof.Dr.Olcay SAĞKAN (O.Mayıs)  
Prof.Dr.Tansu SALMAN (Çapa)  
Prof.Dr.Ayşegül Jale SARAÇ (Dicle)  
Yrd.Doç.Dr.Nurhan SARAÇOĞLU (Osmangazi)  
Doç.Dr.Binnur SARIHASAN (O.Mayıs)  
Doç.Dr.İsmail SAVAŞ (Ankara)  
Prof.Tbp.Tuğgeneral Naci SEBER (GATA)  
Prof.Dr.Sinan SEBER (Osmangazi)  
Prof.Dr.Gülten SEBER (Osmangazi)  
Prof.Dr.Dilek SELÇUKİ (Çapa)  
Prof.Dr.Mehmet SELÇUKİ (Celal Bayar)  
Prof.Dr.Naki SELMANPAKOĞLU (GATA)  
Doç.Dr.O.Akın SERDAR (Uludağ)  
Yrd.Doç.Dr.T.Ahmet SEREL (S. Demirel)  
Yrd.Doç.Dr.Selami SERHATLIOĞLU (Fırat)  
Prof.Dr.Demir SERTER (Ege)  
Prof.Dr.Zehra SEYFİKLİ (Cumhuriyet)  
Doç.Dr.Betül Ayşe SİN (Ankara)  
Prof.Dr.Dilşad SİNDEL (Çapa)  
Prof.Dr.Suna SOLMAZ (Çukurova)  
Prof.Dr.Necdet SOYKAN (Ege)  
Doç.Dr.Şevki SÖZEN (Çapa)  
Yrd.Doç.Dr.Selma SÜER GÖKMEN (Trakya)

Prof.Dr.Nedim SULTAN (Gazi)  
Doç.Dr.Selami SUMA (Atatürk)  
Yrd.Doç.Dr.Zeynep SÜMER (Cumhuriyet)  
Doç.Dr.Haldun SÜMER (Cumhuriyet)  
Yrd.Doç.Dr.Nursel ŞAHİN (Akdeniz)  
Doç.Dr.Sedef ŞAHİN (Hacettepe)  
Yrd.Doç.Dr.Büyüamin ŞAHİN (O.Mayıs)  
Prof.Tbp.Tuğgeneral Derviş ŞEN (GATA)  
Doç.Dr.Burçin ŞENER (Hacettepe)  
Doç.Dr.Cumhur ŞENER (Hacettepe)  
Prof.Hv.Tbp.Kd.Alb.Mustafa ŞENGEZER (GATA)  
Doç.Tbp.Alb.Ali ŞENGÜL (GATA)  
Prof.Dr.Yılmaz ŞENTÜRK (Osmangazi)  
Doç.Dr.Abdurrahman ŞERMET (Dicle)  
Prof.Dr.Ferruh ŞİMŞEK (Marmara)  
Doç.Dr.Tilin TANRIDAĞ (Marmara)  
Prof.Dr.Belkis TANRIVERDİ (Osmangazi)  
Doç.Dr.Özgül TAP (Çukurova)  
Yrd.Doç.Dr.Tufan TARCAN (Marmara)  
Doç.Dr.Ömer TARIM (Uludağ)  
Yrd.Doç.Dr.Nebahat TAŞDEMİR (Dicle)  
Doç.Dr.Refik TAŞÖZ (Ankara)  
Doç.Tbp.Kd.Bnb.H.Bülent TAŞTAN (GATA)  
Doç.Dr.Neslihan TEKİN (Osmangazi)  
Prof.Dr.Eşref TEL (Osmangazi)  
Doç.Dr.Ahmet TEZEL (Trakya)  
Prof.Dr.İlker TEZEL (Uludağ)  
Prof.Dr.Erdener TİMURKAYNAK (GATA)  
Yrd.Doç.Dr.Yılmaz TOMAK (O.Mayıs)  
Doç.Dr.Erkan TOMATIR (Pamukkale)  
Prof.Dr.Suat TOPAKTAŞ (Cumhuriyet)  
Doç.Dr.Kamil TOPALKARA (Cumhuriyet)  
Yrd.Doç.Dr.Oya TOPUZ (Pamukkale)  
Prof.Dr.H.Fehmi TÖRE (GATA)  
Prof.Dr.Nurdan TÖZÜN (Marmara)  
Yrd.Doç.Dr.Hakan TUNA (Trakya)  
Doç.Dr.Mehtap TUNACI (Çapa)  
Doç.Dr.Neyyir TUNCAY EREN (Ankara)  
Prof.Dr.Arslan TUNÇBİLEK (Ankara)  
Prof.Dr.Erdal TUNCEL (Atatürk)  
Uz.Dr.Neşe TUNCER (Marmara)  
Doç.Dr.Ferda TUNÇKANAT (Hacettepe)  
Prof.Dr.Ayla TÜR (O.Mayıs)  
Doç.Dr.Uğur TURAÇLAR (Cumhuriyet)  
Prof.Dr.Murat TURGAY (Ankara)  
Prof.Dr.H.Basri TURGUT (Gazi)  
Yrd.Doç.Dr.Ayşe Dicle TURHANOĞLU (Dicle)  
Prof.Dr.Sevgi TÜRET (Gazi)  
Doç.Dr.C.Yıldırım TÜRK (Erciyes)

Doç.Dr.Emel TÜRK ARIBAŞ (Selçuk)  
Doç.Dr.Levent N. TÜRKERİ (Marmara)  
Prof.Dr.Filiz TÜZÜNER (Ankara)  
Doç.Dr.Birsen UÇAR (Osmangazi)  
Dr.Z. UNAKITAN (Marmara)  
Doç.Dr.Onur URAL (Selçuk)  
Doç.Dr.Dürdal US (Hacettepe)  
Prof.Dr.Önder US (Marmara)  
Prof.Dr.Şemsettin USTAÇELEBİ (Hacettepe)  
Prof.Dr.O.Ata UYSAL (O.Mayıs)  
Doç.Dr.Hüseyin UYSAL (Selçuk)  
Doç.Hv.Tbp.Yb.A.İhsan UZAR (GATA)  
Yrd.Doç.Dr.Mehmet UZUN (GATA)  
Yrd.Doç.Dr.Cem UZUN (Trakya)  
Prof.Dr.Faruk ÜNAL (Çapa)  
Prof.Dr.Ahmet ÜNAL (Cumhuriyet)  
Doç.Dr.İdil ÜNAL (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Ö.Faruk ÜNAL (Hacettepe)  
Yrd.Doç.Dr.Yahya ÜNLÜ (Atatürk)  
Yrd.Doç.Dr.S.Murat ÜRER (Osmangazi)  
Prof.Dr.Esin Emin ÜSTÜN (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.İsmail ÜSTÜNEL (Akdeniz)  
Yrd.Doç.Dr.Erdal VARDAR (Trakya)  
Doç.Dr.Erkan VARDERELİ (Osmangazi)  
Prof.Dr.Ayten YAKUT (Osmangazi)  
Prof.Dr.Şinasi YALÇIN (Fırat)  
Doç.Dr.Ayşe YALIMAN (Çapa)  
Dr.Hasan Raci YANANLI (Marmara)  
Prof.Dr.Özdemir YARARBAŞ (Ege)  
Prof.Dr.Şinasi YAVUZER (Ankara)  
Doç.Dr.Muhammed YAZICI (Hacettepe)  
Prof.Dr.İbrahim YEGÜL (Ege)  
Doç.Dr.Birgül YELKEN (Osmangazi)  
Doç.Dz.Tbp.Yb.Müjdat YENİCESU (GATA)  
Öğr.Gör.Dr.Çınar YENİLMEZ (Osmangazi)  
Yrd.Doç.Dr.Dilek YEŞİLBURSA (Uludağ)  
Doç.Dr.Osman YEŞİLDAĞ (O.Mayıs)  
Yrd.Doç.Tbp.Kd.Bnb.Ş. Taner YILDIRAN (GATA)  
Doç.Dr.M.İlhan YILDIRGAN (Atatürk)  
Yrd.Doç.Dr.Alpagan Mustafa YILDIRIM (Fırat)  
Yrd.Doç.Dr.Levent YILDIZ (O.Mayıs)  
Yrd.Doç.Dr.H.Gülşen YILMAZ (Dicle)  
Prof.Dr.Mustafa YILMAZ (Fırat)  
Doç.Dr.Özcan YILMAZ (O.Mayıs)  
Yrd.Doç.Dr.Cengizhan YİĞİTLER (GATA)  
Prof.Dr.Ahmet H. YÜCEL (Çukurova)  
Yrd.Doç.Dr.Ö. Taşkın YÜCEL (Hacettepe)  
Prof.Dr.Mustafa YÜKSEL (Marmara)

- İsimler Soyadı sırasına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

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

# NÖROLOJİ

## 1. Tabes dorsalis'te hangisi görülmez?

- a) Radiküler ağrı
- b) Derin tendon reflekslerinin kaybı
- c) İlerleyici ataksi
- d) Argyll-Robertson pupillası
- e) Hipertonik kaslar

Cevap E (Rowland, 9.baskı, s.205-206)

Arka köklerin tutulmasına bağlı olarak kas tonusu azalır. Hipotoni mevcuttur.

## 2. Multipl skleroz hastalığı için aşağıdaki nörolojik tutulum örneklerinden hangisi alışılmış değildir?

- a) Serebellar Tutulum
- b) Optik Nöropati
- c) Ekstrapiramidal Sistem Tutulumu
- d) Duysal Tutulum
- e) Piramidal sistem Tutulumu

CevapC (Bradley, et al, Neurology in Clinical Practice, 1.Baskı, 1991 s.1135-1138)

Multiple Skleroz beyin beyaz cevherinde multifokal tutulum ile giden demiyelinizan bir hastalıktır. Bu hastalıkta subkortikal gri cevher bölgeleri olan bazal ganglion tutuluşlarında ortaya çıkan ekstrapiramidal semptomların görülmesi alışılmış değildir.

## 3. Migren türü baş ağrısı ataklarında aşağıdaki bulgu ve belirtilerden hangisinin görülmesi beklenmez?

- a) Homonim Hemianopi
- b) Fotofobi - Fonofobi
- c) Oftalmopleji
- d) Hemiparezi
- e) Meninks irritasyonu

Cevap E (Bradley, et al, Neurology in Clinical Practice, 1.baskı, 1991 s.1522-1525)

Migren türü baş ağrısı aura döneminde homonim hemianopi ve atak sırasında foto-fonofobi oldukça sıktır. Meninks irritasyonu ise baş ağrısı ile birlikte görüldüğünde öncelikle menenjit ve subaraknoid kanama tablolarını akla getirmektedir.

## 4. Duchenne Tipi Musküler Distrofi için aşağıdaki seçeneklerden hangisi yanlıştır?

- a) Otozomal ressesif geçiş gösterir.
- b) 1. dekatta başlar.
- c) Psödohipertrofler görülebilir.
- d) Kardiyomyopati görülebilir.
- e) Distrofin adlı proteinin eksikliği sonucu gelişir.

Cevap A (Bradley, et al, Neurology in Clinical Practice, 1.baskı, 1991 s.1848-1849)

Duchenne Tipi musküler Distrofiden sorumlu genin X kromozomunun kısa kolunda Xp21 loküsünde olduğu saptanmıştır. Bu distrofi için klasik geçiş tipi X'e bağlı ressesif geçişlidir.

## 5. Myastenia Gravis için aşağıdaki seçeneklerden hangisi yanlıştır?

- a) Nöromusküler kavşağı tutan otoimmün bir hastalıktır.
- b) En sık ekstraoküler kasları ve levator palpebra kasını tutar.
- c) Anti-asetilkolin reseptör antikolları sık olarak saptanır.
- d) Nöromusküler kavşakta presinaptik asetilkolin reseptörleri azalmıştır.
- e) Timus patolojileri ile birlikteliği sıktır.

Cevap D (Bradley, et al, Neurology in Clinical Practice, 1.Baskı, 1991 s.1827)

Myastenia Gravis (MG) patofizyolojisinde en önemli süreç postsinaptik membranda asetilkolin reseptörlerinin azalmasıdır.

## 6. En sık görülen demans nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Multi-enfarkt demans
- b) Normal Basıncılı Hidrosefali
- c) Alzheimer Hastalığı
- d) Pick Hastalığı
- e) Progresif Supranükleer Palsy

Cevap C (Bradley, et al, Neurology in Clinical Practice, 1.Baskı, 1991 s.1416)

Tüm demanslı olguların yaklaşık %50'sinde Alzheimer Hastalığı söz konusudur.

## 7. Aşağıdaki ifadelerden hangii klasik internükleer oftalmopleji tablosunu tanımlar?

- a) Bir gözde abduksiyon kısıtlılığı, adduksiyon yapan diğer gözde nistagmus
- b) Her iki gözde abduksiyon kısıtlılığı
- c) Her iki gözde bakış yönüne nistagmus ve konjuge bakış kısıtlılığı
- d) Bir gözde adduksiyon kısıtlılığı, adduksiyon yapan diğer gözde nistagmus
- e) Bir gözde abduksiyon kısıtlılığı ve aşağı vuran nistagmus

Cevap D (Atabay, Kansu, Nörooftalmoloji, 1993)

İnternükleer oftalmopleji medial longitudinal fasikül lezyonu sonucu ortaya çıkar. Karşı tarafa bakış çabası sırasında adduksiyon yapan gözde nistagmus vardır.

8. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde hipotoni görülmez?

- a) Poliomyelit
- b) Parkinson hastalığı
- c) Polinöropati
- d) Sydenham koresi
- e) Guillain barre sendromu

Cevap B (Rowland, 9.Baskı, s.713-730)

Parkinson hastalığında rijidite adı verilen kas tonusu artışı (hipertoni) söz konusudur.

9. Pergolid tedavisi altında olan parkinsonlu hastalarda aşağıdakilerden hangisi yan etki olarak görülmez?

- a) Halüsinasyon
- b) Ortostatik hipotansiyon
- c) Siyalore
- d) Uyku anormallikleri
- e) Plöral fibrozis

Cevap C (De Jong, Sugar, Currier, s.123-125)

Siyalore parkinson hastalığının belirtilerinden birisidir. Pergolidin yan etkisi olarak ortaya çıkmaz.

10.Hiperakuzi aşağıdaki kranial sinirlerden hangisinin hasarında görülür?

- a) V
- b) VII
- c) VIII
- d) IX
- e) X

Cevap B (Lechtenberg, Synopsis, s.6)

Fasiyal sinir orta kulaktaki musculus stapediusu innerve eder. Bu kasın paralizisi ile stapedius kemiğine giden akustik sinyallerin iletimi bozulur ve orta kulakta hiperakuzi oluşur.

11.Lennox-Gastaut sendromunda aşağıdakilerden hangisi görülmez?

- a) EEG'de 1-5 -2 Hz'lık spike and wave deşarjları
- b) EEG'de zemin aktivitesinde yaygın bozukluk
- c) Absans atakları
- d) Mental retardasyon
- e) Nöbetlerin kontrolünde fenitoine duyarlılık

Cevap E (Rowland, 8/e, s.787-790-791)

Lennox-Gastaut sendromu çocuklarda görülen bir bozukluktur. Nöbetlerin kontrolü güçtür. EEG'de slow spike-and-wave deşarjları ve mental retardasyon görülür. Bu hastaların hikayesinde west sendromu sıklıkla vardır.

12.Basit febril konvülsiyonlarda aşağıdaki nöbet tiplerinden hangisi en sık görülür?

- a) Kompleks parsiyel nöbetler
- b) Generalize tonik-klonik nöbetler
- c) Generalize absans nöbetler
- d) Fokal motor nöbetler
- e) Fokal sensoryal nöbetler

Cevap B (Johnson, 3/e, s.29/30)

Basit febil konvülsiyonlar 15 dk. dan az sürer ve fokal karakteristik taşımaz. Nöbet sonrası nörolojik defisitler sebat etmez. Hastanın ateşli olduğu dönem sırasında nöbetler görülür. Nöbetler 1-5 yaşları arasında görülür. Nöbetler sonucu beyin hasarı oluşmaz ve hastaların sonraki yaşamların da epileptik olma ihtimali azdır.

13.Aşağıdaki organlardan hangisinin tümörlerinde beyine olan metastazları en siktir?

- a) Meme
- b) Akciğer
- c) Böbrek
- d) Deri
- e) Uterus

Cevap B (Lechtenberg, Synopsis, s.143)

Meme, akciğer, böbrek, deri ve uterus tümörlerinin beyine metastazları olabilir. Ancak akciğer ve kadınlarda memeden metastazların sıklığı daha fazladır. Son yıllarda kadınlarda da pulmoner karsinoma insidansı artmaktadır.

14.Dialysis Disequilibrium sendromunda aşağıdakilerden hangisi görülmez?

- a) Mononöropati
- b) Başağrısı
- c) Bulantı
- d) Kas krampları
- e) Kusma

Cevap A (Rowland, 8/e, s.869-870)

Diyaliz esnasında genellikle serebral disfonksiyon görülür. Nadiren deliryum ve konvülsiyonlar görülebilir. İntrakraniyal basınç artımına bağlı papil ödemi görülebilir.

15.Multiple sklerozlu hastalarda görülen beyin omurilik sıvısı özelliği aşağıdakilerden hangisidir?

- a) BOS glikozu serum glikozunun %20'sinden azdır.
- b) BOS total protini artmıştır,
- c) BOS IgG içeriği artmıştır.
- d) Mononükleer hücreler mm<sup>3</sup>'de 100 den fazladır.
- e) Eritrositler mm<sup>3</sup>'de 10'dan fazladır.

Cevap C (Lechtenberg, Multiple Sclerosis, s.71-72)

Multiple sklerozda akut eksavaryonlar arasında bile BOS IgG içeriği yüksektir. IgG diğer fraksiyonlardan farklı olarak kappa hafif zinciri kompozisyonundadır. IgG, total protein içeriğinin %15'den fazladır.

16.Duchenne disftrofinin kızlarda görülmesi için aşağıdakilerden hangisinin varlığı gerekir?

- a) Turner sendromu (XO)
- b) Klinefelter sendromu (XXY)
- c) Anne ve babanın ikisinde hasta olması
- d) Babanın hasta olması
- e) Erkek kardeşin hasta olması



## NÖROLOJİ

Cevap A (Rowland, 8/e, s.710)

X kromozomunda defektif distrofin genine sahip Turner sendromlu kişilerde Duchenne distrofisi görülebilir. Normal X kromozomu, olmadığından, sadece defektif distrofinli X kromozomu varlığında bu hastalık oluşabilir. Turner sendromlu kişi fenotip olarak kadındır.

**17.Aşağıdaki kranial sinirlerden hangisi foramen jugulareden geçerek kafatasını terkeder?**

- a) N.Trigeminus
- b) N. Facialis
- c) N. Hypoglossus
- d) N. Vagus
- e) N. Opticus

Cevap D (Adams, Principles of Neurology, 4.Baskı, s.1085)

Jugular foramen 9, 10, 11. kafa çifti geçer.

**18.Hangisi HIV-1 ile infekte hastalarda görülen nörolojik komplikasyonlardan değildir?**

- a) AIDS-Demans kompleksi
- b) Sitomegalovirus ensefaliti
- c) Myelopati
- d) Polinöropati
- e) Moya-moya hastalığı

Cevap E (Adams, Principles of Neurology, 4.Baskı, s.602)

Moya-moya hastalığı genç hastalarda görülen intrakranial damarlarda oklüzyon ile seyreden, klinikte inme ile ortaya çıkan anjiyografi ile tanı alan ayrı bir durumdur.

**19.Gün içerisinde fluktuasyon gösteren proksimal kas güçsüzlüğü ve pitoz şikayetiyle başvuran hastada düşünülen olası tanı nedir?**

- a) Myastenia Gravis
- b) Duchenne Muskuler Distrofi
- c) Myotonik Distrofi
- d) Konjenital Myopati
- e) Limb-Girdle Distrofi

Cevap A (Adams, Principles of Neurology, 4.Baskı, s.1150-58)

Myastenia Gravis gün içerisinde, ayrıca egzersiz ile fluktuasyonlar gösteren, proksimal kas güçsüzlüğü ve oküler kaslarda güçsüzlük ile seyreden bir kas hastalığıdır.

**20.Bilateral İnternükleer oftalmopleji hangi hastalık için karakterizedir?**

- a) Weber Sendromu
- b) Multipl Skleroz
- c) Wallenberg Sendromu
- d) Oculopharyngeal Distrofi
- e) Villaret Sendromu

Cevap B (Adams, Principles of Neurology, 4.Baskı, s.760-61)

İnternükleer oftalmopleji tutulan tarafta içe bakış kısıtlılığı, karşı gözde nistagmus ile karakterizedir. Bilateral görülmesi ise Multipl Skleroz için karakteristiktir.

**21.İnteraserebral hematomlar en sık nerede lokalize olurlar?**

- a) Frontal lob
- b) Temporal lob
- c) Oksipital lob
- d) Bazal ganglionik-kapsüller
- e) Serebellum

Cevap D (Lindsay, Neurology and Neurosurgery, Illustrated, 2.Baskı, s.268)

İnteraserebral hematomlar en sık bazal ganglionik-talamik (%37), daha sonra sırasıyla temporal (%21), parietal (%15), frontal (%15), serebellar (%8), pontin (%4) yerleşimli olabilir.

**22.Aşağıdakilerden hangisi kore nedeni değildir?**

- a) Syneham Koresi
- b) Huntington Koresi
- c) L-Dopa kullanımı
- d) Trisiklik antidepresan kullanımı
- e) Amantadin kullanımı

Cevap E (Lindsay, Neurology and Neurosurgery Illustrated, 2.Baskı, s.354-55)

Amantadin antiviral ve Parkinson tedavisinde kullanılan bir ilaçtır, koreye neden olmaz.

**23.Multipl Skleroz'da hangi yapılar tutulmaz?**

- a) Optik sinir
- b) MLF bağlantıları
- c) Periventriküler bölge
- d) Serebellum
- e) İnterkostal sinirler

Cevap E (Adams, Principles of Neurology, 4.Baskı, s.759-61)

Multipl Sklerozda periferik sinirler tutulmaz, bu nedenle interkostal sinir tutulumu olmaz.

**24.Nörofibromatozis'de aşağıdakilerden hangisi olmaz?**

- a) Adenoma sebasum
- b) Cafe au lait
- c) Optik gliom
- d) Nörofibrom
- e) Skolyoz

Cevap A (Lindsay, Neurology and Neurosurgery Illustrated, 2.Baskı, s.538-539)

Adenoma sebasum, nörokutanoz hastalar arasında Tuberoz Sklerozda görülen bir cilt lezyonudur.

25. Parkinson hastalığının tedavisinde hangi ilaç kullanılmaz?

- a) Amantadin
- b) L-Dopa
- c) Biperiden
- d) Bromokriptin
- e) Klorpromazin

Cevap E (Lindsay, *Neurology an Neurosurgery Illustrated*, 2.Baskı, s.352-353)

Klorpromazin nöroleptik bir ilaçtır Parkinson tedavisinde kullanılmaz.

26. Multiple Skleroz etyopatogenezi için yanlış olan işaretleyiniz?

- a) SSS'de karakteristik olarak perivasküler lenfosit ve makrofaj infiltrasyonu
- b) İntratekal IgG sentezinde artış
- c) Tümör nekroz faktör (TNF) ve transforming growth faktör (TGF) sitokinlerin Schwann hücrelerine toksik etkisi
- d) CD4+helper-inducer T lenfositlerde artış
- e) Akut atakta kan-beyin bariyerinde bozulma

Cevap C (Rowland, *Merritt's Textbook of Neurology*, 9.Baskı, 1995)

TGF bir antiinflamatuvar sitokin olup toksik etkisi yoktur. Ayrıca MS de sitokinlerin etkisi Schwann hücreleri değil, oligodendrositler üzerinedir.

27. Aşağıdaki durumlardan hangisinde Kreatin Kinaz (CK, veya CPK) enzimi normalin çok üzerinde değerlerde beklenir?

- a) Edinsel Miyastenia Gravis
- b) Duchenne müsküler distrofi
- c) Miyotoni Konjenita
- d) Periyodik Paralizi
- e) Konjenital Miyasteni

Cevap B (Jones, Bolton, Harper, Lippincott, 1996, s.387-443)

Kas yıkım enzimi, her tür miyopatide yükselme göstermez, ancak hızlı kas yıkımı nedeni olan durumlarda çok yüksektir. Bunun bilinmemesi durumunda normal CPK değerleri, hekimi miyopati tanısından hatalı olarak uzaklaştırabilir. Duchenne distrofisi de hızlı kas yıkımıyla karakterize bir hastalıktır.

28. Oro-alimentar otomatizmde ne gibi bulgu ortaya çıkar?

- a) Hasta amaçsız bir kaç saniye yürür.
- b) Anksiyete korku belirtileri olur
- c) El çırpma, stereotipik el hareketleri yapılır
- d) Çigneme, dil ve dudak yalama, yutkunma hareketleri yapılır.
- e) Sözel otomatik stereotipik hareketler gözlenir.

Cevap D (Chauvel, Delgado Escueta A, Halgren, Bancaud, *Frontal Lobe Seizures and epilepsies*, s.392, 1992)

Bu nöbetler amigdala nükleus ve subrainsular bölge arasından kaynaklanır.

29. Çocukluk Absans Epilepsisi için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Nöbetler genellikle 3-12 yaşlarında başlar.
- b) Absans nöbetlerine ek olarak %40 hastada jeneralize tonik klonik nöbetler görülür.
- c) Tedavide etosüksimid ve Sodyum Valproat kullanılır.
- d) EEG'de tipik 3 Hz. lik spike end wave deşarjlar saptanır.
- e) Karbamazepin tedavide etkin bir ilaçtır.

Cevap E (Hopkins, Shorvan, Cascino, *Epilepsy*, 1995, s.431-434)

Tedavide etosüksimid ve sodyum Valproat kullanılır. Karbamazepin etkin bir ilaç değildir.

30. Nervus facialis için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Motor çekirdeği ponsta yerleşmiştir.
- b) Yüz mimik kaslarının motor innervasyonunu sağlar.
- c) Parotis bezinin parasempatik innervasyonunu sağlar.
- d) Dilin 2/3 bölümünün tad duyusunu taşır.
- e) Lakrimal bezin parasempatik innervasyonunu sağlar.

Cevap C (De Jong's *The Neurologic Examination*, 5.baskı, s.180-200)

Parotis bezinin parasempatik innervasyonunu 9. kranial sinir sağlar.

31. Aşağıdaki duylardan hangisi arka kordun yolu ile iletilmez?

- a) Ağrı duyusu
- b) Vibrasyon duyusu
- c) Eklem pozisyon duyusu
- d) Stereognozi
- e) Hilognozi

Cevap A (Alvin, Burt *Jertbook Neuroanatom*, 1993, s.193-223)

Ağrı duyusu Spinothalmik yol ile taşınmaktadır.

32. Nörojenik Disfaji'nin objektif olarak incelenmesinde aşağıdaki testlerden hangisi Nörofizyolojik temele dayanır?

- a) Videofluoroskopi
- b) Manometri
- c) Su yutma testleri
- d) Disfaji Limiti
- e) Sinefluoroskopi

Cevap D (Ertekin, Aydoğdu, Yüceyar, *Journal of Neurology, Neurosurgery and psyelnatry*, 1996, s.61, 491-496)

Disfaji limiti sadece elektromiyografik yöntemlerle elde edilen ve çok duyarlı ve spesitif bir testtir.

**33. Hangisi Alzheimer hastalığı için yanlıştır?**

- a) Beyin dokusunda senil plaklar ve nörofibriler tangle'lar görülebilir.
- b) Genetik çalışmalarda sorumlu tutulabilecek bir bulgusu yoktur.
- c) En belirgin bulgusu hafıza defektidir.
- d) Tedavide tetrahidro aminoakridin denenmektedir.
- e) Karakteristik patolojik bulgusu Lewy cisimcikleridir.

Cevap E (Merritt, 1995, s.677)

Lewy cisimcikleri Alzheimer hastalığının değil parkinson hastalığının karakteristik bulgusudur.

**34. Zaman zaman oyun oynarken etrafı ile ilişkisi kaybolan, sorulara yanıt vermeyen, ancak olup biteni kısmen hatırlayan ve motor-mental gelişimi normal olan 10 yaşındaki bir hastada ön tanınız hangisi olabilir?**

- a) Refleks epilepsi
- b) Lennaux-Gastaut sendromu
- c) Petit-Mal epilepsi
- d) Temporal lob epilepsisi
- e) West sendromu

Cevap D (Meritt, 1995, s.845)

Hastanın olup biteni kısmen hatırlaması nöbetin parsiyel olduğunun kanıtıdır. Bu nedenle jeneralize epilepsiler grubunda yer alan Petit-Mal epilepsi olmaz. Ayrıca nöbeti uyuracak bir nöbet söz konusu olmadığı için refleks epilepsi düşünülmez. Motor ve mental gelişimin normal olması B ve E seçeneklerinin olamayacağını gösterir.

**35. Epilepsi tedavisinde yanlıştır olanı işaretleyiniz?**

- a) Tedaviye politerapi ile başlanmaz.
- b) İlk febril konvülsiyon sonrasında profilaksi yapılmayabilir.
- c) Cerrahi tedavi ancak medikal dirençli olgularda söz konusudur.
- d) Absans nöbetlerde ilk seçenek karbamazepindir.
- e) 2 ila 5 yıl nöbet geçirmeyen hastada tedavi yavaş yavaş kesilebilir.

Cevap D (Merritt, 1995, s.854)

Epilepsi tedavisinde birden fazla ilaç kullanımı ancak dirençli epilepsi hastalarında söz konusudur. Febril konvülsiyonlar ancak ısrarlı olduklarında profilaksi gereklidir. Cerrahi tedavi ilaca yanıt vermeyen hastalarda denenebilir. Absans nöbetlerde ilk seçenek ilaç Ethosüksinmid'dir. Tedavi en az 2 yıl nöbet geçirmeyen hastalarda sonlandırılır.

**36. Multipl sekleroz tanısı için hangisi kullanılmaz?**

- a) EEG
- b) BOS
- c) Uyarılmış potansiyeller
- d) BBT
- e) MRI

Cevap A (Merritt, 1995, s.804)

EEG nöronal aktivitenin bir göstergesidir. Multipl sekleroz beyaz cevheri tutan bir hastalık olduğu için spesifik bir EEG bulgusu yoktur.

**37. Huntington hastalığı için yanlıştır olanı işaretleyiniz?**

- a) Genetik geçişlidir.
- b) Tedavide dopaminerjik ilaçlar kullanılır.
- c) Gama amino bütirik asit (GABA) aktivitesi düşmüştür.
- d) GABA dekarboksilaz aktivitesi düşmüştür.
- e) Demans mutlaka görülür.

Cevap B (Merritt, 1995 s.695)

Huntington hastalığının klinik bulgularını dopaminerjik ilaçlar alevlendirir. Bu nedenle ancak tanıda kullanılır.

**38. Friedreich ataksisi ile ilgili hangisi yanlıştır?**

- a) Alt ekstremiteler üst ekstremitelerden önce tutulur.
- b) Arka kordon tutulumuna bağlı pozisyon ve vibrasyon duyusu azalır.
- c) Ataksi ilk ortaya çıkan ve en sık görülen semptomdur.
- d) Motor sinir iletim hızları yavaşlamıştır.
- e) Pes kavus-kifoskolyoz gibi dejeneratif stigmatalar bulunur.

Cevap D (Yalıtıkaya ve ark., Nöroloji Ders Kitabı, 1996, s.397)

Friedreich ataksisi dejeneratif hastalıklar sınıfındadır. Motor sinirler ve kaslar normaldir.

**39. Ekstrapiramidal sistem hastalıklarında görülmeyen bulguyu işaretleyiniz?**

- a) Hipertoni
- b) Akinezi
- c) Otomatik hareketlerin kaybı
- d) Asosiye hareket kaybı
- e) İstemsiz hareketler

Cevap D (Yalıtıkaya ve ark., Nöroloji Ders Kitabı, 1996, s.337-338)

Ekstrapiramidal sistem hastalıklarında rigidite tarzında tonus artışı, hareketlerde donukluk (bradikinezi-akinezi) otomatik hareketlerin yapılmaması ve istemsiz hareketler ortaya çıkar. Kasların sinerjizm içinde çalışmasını sağlayan sistem serebellar sistemdir ve bu sistem lezyonlarında asosiye hareket (Ardısıra) kaybolur.

**40. Aşağıdaki çekirdeklerden hangisi Cerebelluma ait değildir?**

- a) N. Ruber
- b) N. Deuntatus
- c) N. Globosus
- d) N. Fastiği
- e) N. Emboliformis

Cevap A (Yalrkaya ve ark., Nöroloji Ders Kitabı, 1996, s.93)

N. Ruber bazal ganglionlardandır.

**41. Beyin ölümüyle ilgili hangisi doğrudur?**

- a) Nabız ve kan basıncı alınmaz.
- b) Ağrılı uyaranla deserebre olur.
- c) Terleme yoktur
- d) Spontan solunum yoktur
- e) Beyin sapı refleksleri alınabilir.

Cevap D (Yalrkaya ve ark., Nöroloji Ders Kitabı, 1996, s.35)

Beyin ölümünde hasta irreversibl, yanıtsız komadadır. Ağrılı uyarana cevap yoktur. Nabız ve kan basıncı alınabilir. Hastanın spontan solunum durmuştur ve solunum ventilatör ile devam ettirebilir. Bütün beyin sapı refleksleri kaybolmuştur.

**42. Hungtington hastalığındaki genetik defekt hangi kromozomdadır?**

- a) 4
- b) 6
- c) 9
- d) 12
- e) 13

Cevap A (Rowland, Merrit's Textbook of Neurology, 9.baskı, 1995, s.696)

Hungtington hastalığındaki genetik defektin 4. kromozomun kısa kolunda olduğu, abnormal genin CAG trinükleotidinin tekrarları ile karakterize bozukluk gösterdiği saptanmıştır ve genetik bir heterojenite bildirilmemiştir.

**43. Relaps ve remisyonlar ile seyirli multipl sklerozlu olgularda atak sıklığını azaltmak amacıyla tedaviye girmiş ilaç hangisidir?**

- a) Lökotrien A4
- b) Lökotrien B4
- c) Lökotrien C4
- d) İnterferon beta
- e) İnterferon gama

Cevap D (Rowland, Merrit's Textbook of Neurology, 9.baskı, 1995, s.823)

İnterferon beta son yıllarda relaps ve remisyonlarla seyirli MS'li olgularda atak sıklığını azaltmak amacı ile profilaktik olarak kullanılmaktadır.

**44. Yanlışı bulunuz.**

- a) Multipl skleroz santral sinir sisteminde beyaz cevheri tutan demiyelinizan bir hastalıktır.
- b) Nöromiyelitis optika optik sinir ve medulla spinaliste demiyelinizasyonla giden bir hastalıktır.
- c) Multipl skleroz çoklukla 50 yaşından sonra görülür.

- d) Multipl sklerozda sıklıkla optik sinir, piramidal, serebellar yollar tutulur.
- e) Multipl skleroz ataklar ve remisyonlarla seyredir.

Cevap C (Adams, Principles of Neurology, 4.baskı, s.758)

Multipl skleroz en çok 20-40 yaşları arasında görülür.

**45. Yanlışı işaretleyiniz.**

- a) Siringomiyeli medulla spinalisin progresif dejeneratif hastalığıdır.
- b) Siringomiyeli olgularının %90'ında Arnold Chiari tip I malformasyonu görülür.
- c) Semptomlar 35-45 yaş civarında başlar.
- d) Üst ekstremitelerde segmental atrofi, kuvvet kaybı, dokunma duyusu kaybı olur.
- e) Medulla spinalisde çoklukla servikal bölgede santral kavitasyonla karakterizedir.

Cevap D (Adams, Principles of Neurology, 4.baskı, s.749)

Üst ekstremitelerde segmental atrofi, kuvvet kaybı, ısı ve ağrı duyusu kaybı olur. Dokunma duyusu korunur.

**46. Yanlışı işaretleyiniz.**

- a) Friedreich ataksisinde pes kavus gibi dejeneratif stigmatlar görülür.
- b) Mental fonksiyonlarda bozulma olur.
- c) Derin tendon refleksleri alınmaz.
- d) Derin duyu kaybı vardır.
- e) Patolojik refleksler görülür.

Cevap B (Adams, Principles of Neurology, 4.baskı, s.948)

Mental fonksiyonlar etkilenmez.

**47. Yanlışı işaretleyiniz.**

- a) Amytrofik lateral sklerozis erkeklerde daha sık görülür.
- b) Klinik bulgular çoklukla 50 yaşından sonra başlar.
- c) I ve II. motor nöron bulguları ile karakterizedir.
- d) Asimetrik başlangıç gösterir.
- e) Sfinkter kontrolü bozulur ve inkontinans olur.

Cevap E (Adams, Principles of Neurology, 4.baskı, s.954)

Sfinkter kontrolü bozulmaz.

**48. Yanlışı işaretleyiniz.**

- a) Alzheimer hastalığında frontal lobda atrofi belirgindir.
- b) Kadınlarda ve erkeklerde benzer oranda görülür.
- c) Histopatolojisinde nörofibriler yumaklar, senil plaklar görülür.
- d) İlk bulgusu yakın bellek kusurudur.
- e) Paranoid bozukluk, kişilik değişiklikleri ortaya çıkar.

Cevap A (Adams, Principles of Neurology, 4.baskı, s.926)

Beyinde diffüz atrofi olur.

**49.Yanlışı işaretleyiniz.**

- a) Parkinson hastalığında substansia nigra da dopaminerjik hücrelerde dejenerasyon olur.
- b) 40-70 yaşları arasında başlar.
- c) Asimetrik başlangıç gösterir.
- d) Postural tremor major ve ilk bulgularındandır.
- e) Bradikinezi, rijidite, donma fenomeni önemli klinik özelliklerindedir.

Cevap D (Adams, Principles of Neurology, 4.baskı, s.938)

İstirahat tremoru karakteristik özelliğidir.

**50.Doğruyu işaretleyiniz.**

- a) Progresif supranükleer palsy 30 yaş civarında başlangıç gösterir.
- b) Vertikal bakış paralizisi ve postural instabilite klinik bulgularındandır.
- c) Levodopa ile uzun süreli tedavisi mümkündür.
- d) Sıklıkla serebellar bulgular görülür.
- e) Demansiyel semptomlarla başlangıç gösterir.

Cevap B (Adams, Principles of Neurology, 4.baskı, s.944)

PSP 60 yaş civarında başlar, levodopaya yanıt kısa süreli veya hiç yoktur, serebellar bulgular olmaz, demansiyel bulgular ileri dönemlerde olabilir, ancak hafiftir.

**51.Doğruyu işaretleyiniz.**

- a) Wilson hastalığı geni 13. kromozomda yer alır.
- b) Wilson hastalığı otozomal dominant geçiş gösterir.
- c) Seruloplazmin düzeyi yüksektir.
- d) Kesin tanı Kayser-Fleischer halkasının görülmesi ile konur.
- e) Demir metabolizması bozukluğu ile ilgilidir.

Cevap A (Adams, Principles of Neurology, 4.baskı, s.802-804)

OR geçiş gösterir, seruloplazmin düzeyi düşüktür, kesin tanı karaciğer biyopsisi ile konur, bakır metabolizması bozukluğudur.

**52.Yanlışı işaretleyiniz.**

- a) Klasik migrende başağrısından önce 5-20 dakika süreli aura dönemi olur.
- b) Migrende başağrısı zonklayıcı ve unilateraldir.
- c) Ataklar çocukluk veya adolesan döneminde başlangıç gösterir.
- d) Küme başağrısı erkeklerde sık görülür.
- e) Oftalmoplejik migrende 6. kranial sinir paralizisi sık görülür.

Cevap E (Adams, Principles of Neurology, 4.baskı, s.139)

Oftalmoplejik migrende 3. kranial sinir paralizisi sık görülür.

**53.Kornea refleksinde yanlışı bulunuz.**

- a) Afferenti N. Trigemini oftalmik dalı
- b) Efferenti N. fasialis
- c) Reseptör organ kornea
- d) Merkez mezensephalon
- e) Refleks cevap göz kırpma

Cevap D (Oğul, Temel ve Klinik Nöroloji Kitabı, 1996, s.40)

Kornea refleksinde reseptör korneada, afferent yol trigeminal sinir, merkezi ponda, afferent yolu fasial sinir ve efferent organ orbicularis oculidir.

**54.Hangi durumda tonus artar?**

- a) Ön boynuz hastalıkları
- b) Periferik sinir hastalıkları
- c) Yan kordon hastalıkları
- d) Kas sinir kavşağı hastalıkları
- e) Kas hastalıkları

Cevap C (Oğul, Temel ve Klinik Nöroloji Kitabı, 1996,s.49)

Tonus değişikliği ya artma (hipertoni) ya da azalma (hipotoni) şeklinde olur. Hipertoni piramidal ve ekstrapiramidal lezyonlarda ortaya çıkar. Hipotoni ön boynuz hastalıkları, periferik sinirlerin hastalıkları, kas sinir kavşağı hastalıkları ve kas hastalıklarında görülür.

**55.Aşağıdaki durumlardan hangisinde EEG endikasyonu yoktur?**

- a) Epilepsi
- b) Kugelberg Welander Sendromu
- c) Kafa içi tümoral oluşumlar
- d) Ansefalopatiler
- e) SSPE (Subakut sklerozan panensefalit)

Cevap B (Oğul, Temel ve Klinik Nöroloji Kitabı, 1996,s.74)

EEG endikasyonları: EEG beyin elektrik faaliyeti ile ilgili hastalıklarda özellikle epilepside, metabolik ansefalopatilerde, entoksikasyonda, kafa travmalarında, kafa içi yer kaplayıcı oluşumlarda, subakut sklerozan panensefalitte endikasyonu vardır.

**56.Multipl skleroz tanısında aşağıdakilerden hangisi en az değer taşıır?**

- a) Ig G indeksi artışı
- b) Artmış Ig G sentez hızı
- c) Görsel uyarılmış potansiyeller
- d) Manyetik rezonans görüntüleme
- e) Beyin sapı işitsel kortikal cevaplar

Cevap E (*Rowlan, Merritt's Textbook of Neurology, 9.baskı, 1995, s.816*)

MS'da beyin omurilik sıvısında %90 hastadan Ig G indeksi artışı, %90 hastada Ig G sentez hızı artışı (3.3mg/gün), %85 hastada VEP latans uzaması, %90 hastada MR'da özellikle T2'de belirgin demiyelinizan plaklar görülürken, %67 hastada BAEP anormallikleri olmaktadır.

**57.Akut otonomik nöropatili bir hastada ayırıcı tanıda aşağıdakilerden hangisi düşünülmez?**

- a) Alkolik nöropati
- b) Fabry hastalığı
- c) Akut transvers miyelit
- d) Paraneoplastik nöropati
- e) Riley Day sendromu

Cevap C (*Rowlan, Merritt's Textbook of Neurology, 9.baskı, 1995, s.833*)

Akut otonomik nöropatide akut intermittent porfiri, alkolik nöropati, amiloid NP, botilism, diabetik nöropati, Fabry hastalığı, Guillain Barre Sendromu, paraneoplastik sendromu, Riley-Day Sendromu gözden geçirilmelidir.

**58.Aşağıdakilerden hangisi bilateral oftalmopleji nedeni değildir?**

- a) Beyin sapı ensefaliti
- b) Horner sendromu
- c) Orbital psödötümör
- d) Tolosa-Hunt sendromu
- e) Myastenia

Cevap B (*Bradley, Neurology in Clinical Practica, 2. baskı, 1996, s.197*)

Basiler menenjit, botilism, beyin sapı ensefaliti, kavernöz sinüz trombozu, santral herniasyon, difteri, Fisher sendromu, Leighs hast, Multipl skleroz, Myasthenia, nöroleptik malign sebebler, Tolosa - Hunt sendromu, travma bilateral akut oftalmopleji sebebi olabilir.

**59.Aşağıdakilerden hangisi 3. kranial sinirin inferior dalının inerve ettiği kas değildir?**

- a) Levator palpebra
- b) İnfior palpebra
- c) Medial palpebra
- d) İnfior oblik
- e) İris sifinkter kası

Cevap A (*Kansu, Nörooftalmoloji, 2. baskı, 1993, s.94-95*)

Superior rektus ve Levator palpebra kası superior dal tarafından inerve eder.

**60.Hangisi Horner sendromuna yol açan 1. nöron lezyonlarından değildir?**

- a) Serebro-vasküler olaylar
- b) Siringomyeli

- c) Karotid anjiyografi
- d) Neoplasmlar
- e) Demiyelinize hast.

Cevap C (*Kansu, Nörooftalmoloji, 2. baskı, 1993, s.123*)

Karotid anjiyografi 2. nöron lezyonu sonucu Horner Sendromuna neden olur.

**61.C6,7 dermatomlarında bilateral ağrı ve ısı duyusu kaybı olan ama derin duyuları normal olan bir hastada aşağıdakilerden hangisini düşünürsünüz?**

- a) Brown-Sequard sendromu
- b) Siringomiyelik sendrom
- c) Spinal kord tam kesisi
- d) Tabetik sendrom
- e) Dejenerine - Roussy sendromu (Talamik sendrom)

Cevap B (*Adams, Principles of Neurology, 6. baskı, 1997, s.162*)

Brown-Sequard sendromunda ağrı ve ısı duyusu kaybı bilateral değil tek taraflıdır ve dermatomal tipte değil seviye veren tiptedir. Ek olarak lezyonun karşı tarafında derin duyular bozuktur.

Sringomyelik sendromda, tek taraflı veya bilateral olarak bir kaç dermatomda ağrı ve ısı duyusu kaybı vardır. Derin duyular korunmuştur.

Duyu kusuru dermatomal değil seviye veren tiptedir ve sadece ağrı ve ısı duyuları değil tüm duyu tipleri etkilenmiştir.

Tabetik sendromda duyu kusuru ağrı ve ısı duyusunda değil derin duyularda bozulma ile başlar ve ağırlıklı olarak derin duyu bozukluğuyla seyredir

Dejenerine - Roussy sendromunda (Talamik Sendrom) ağrı-ısı duyularından ziyade eklem pozisyon duyusu ve diğer derin duyuların etkilenmesi ve ağrı hissi ön plandadır ve duyu kusuru dermatomal tipte değil hemihipoestezi tarzındadır

**62.Beyin ventriküllerinin serebral atrofiye sekonder olarak genişlemesine ne ad verilir?**

- a) Hidrosefalus eks vakuo
- b) Obstrüktif hidrosefali
- c) Kommünikan hidrosefali
- d) Normal basınçlı hidrosefali
- e) Psödötümör serebri

Cevap A (*Adams, Principles of Neurology, 6. baskı, 1997, s.628*)

Soru gerçekte bir hidrosefali olmayan ama BBT görüntüleri gerçek hidrosefaliyle karışabilen "Hidrosefalus eks vakuo"nun tanımından hazırlanmıştır.

B şıkkı hidrosefali türlerinden biridir, serebral atrofiye sekonder değil beyin-omurilik sıvısının hacminin ventriküler sistem içinde artışına sekonderdir

C şıkkı hidrosefali türlerinden biridir, serebral atrofiye sekonder değildir, beyin - omurilik sıvısının subaraknoid boşlukta dolanımında bir probleme sekonderdir.

D şıkkı hidrosefali türlerinden biridir, serebral atrofiye sekonder değildir

E şıkkı beyin ventrikülleri genişlemiş değildir, normal boyutta hatta küçülmüştür.

**63. Tekrarlayıcı kafa travmalarının birikici etkisiyle ortaya çıkan, demans ve parkinsonizm ve ataksiyle seyreden tabloya ne ad verilir?**

- a) Postkontüzyon sendromu
- b) Posttravmatik hidrosefali
- c) Demansia pugilistica (Yumruk-sarhoşluğu sendromu)
- d) Pick hastalığı (Lobar atrofi)
- e) Progressif supranükleer palsi

Cevap C (Adams, Principles of Neurology, 6. baskı, 1997, s.893)

Postkontüzyon sendromunun tekrarlayıcı kafa travmalarıyla ortaya çıkması şart değil tek bir kafa travmasıyla da çıkabilir. Demans ve parkinsonizm yoktur, başağrısı, baş dönmesi, çabuk yorulma, huzursuzluk, konsantre olamama şikayetleri olur.

Posttravmatik hidrosefalinin ortaya çıkması için tekrarlayıcı kafa travmaları olması şart değildir, tek bir şiddetli kafa travmasıyla da çıkabilir. Parkinsonizme yol açmaz, başlangıçta bulantı, kusma konfüzyon ve somnolans yapar.

Soru, Demansia pugilistikanın genel özelliklerinden oluşturulmuştur. Boksörler gibi tekrarlayıcı kafa travmalarının sık olduğu hasta gruplarında ortaya çıkar (en ünlü örneği Muhammed Ali Clay'dir).

Pick hastalığı, santral sinir sisteminin primer dejeneratif bir hastalıdır, kafa travmasıyla ilişkisi yoktur, parkinsonizme ve ataksiye yol açmaz.

Progressif supranükleer palsi santral sinir sisteminin primer dejeneratif bir hastalıdır, kafa travmasıyla ilişkisi yoktur. Ek olarak tablo bakış paralizileri ve dizartri vardır.

**64. Aşağıda sayılan durumlardan hangisi temporal lob lezyonunda ortaya çıkmaz?**

- a) Kontrlaterale homonim üst kuadrantanopi
- b) Odituar hallüsinasyonlar
- c) Wernicke afazisi
- d) Gerstmann sendromu
- e) Amüzi

Cevap D (Adams, Principles of Neurology, 6. baskı, 1997, s.453,457)

Optik radyasyonun, kontrlaterale görme alanının üst kadrantlarından gelen uyarıları taşıyan lifleri temporal lobun derinlerinden seyrederek oksipital loba ulaşır. Dolayısıyla bu liflerin lezyonları kontrlaterale homonim üst kuadrantanopiye yol açar.

İşitme ile ilişkili uyarılar temporal lobun Heschl girusunda sonlanırlar. Odituar hallüsinasyonlar bu ve bununla ilişkili korteks bölgelerin harabiyeti veya epileptik nöbet sırasında uyarılmaları ile ortaya çıkabilir.

Temporal lobun superior girusundaki 22. Brodmann alanının arka bölümüne Wernicke alanı denir. Bu alan ve temporal lobun Heschl girusu sözlü lisanın anlaşılmasından sorumludurlar. Temporal lobdaki bu bölgelerin lezyonları Wernicke afazisine yol açar.

Gerstmann sendromu temporal lobun değil, parietal lobda yer alan angüler girusun lezyonuna bağlıdır.

Nondominant hemisferdeki temporal lobun orta girusunun lezyonları, müzik algısı ve yorumuyla ilgili bozukluklara (Amüzi) yol açar.

**65. "Saf kelime sağırlığı" için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Bir diskonneksiyon sendromudur
- b) Lezyon unilaterale, dominant hemisferdedir
- c) Hasta sağır değildir, sesleri işitir
- d) Hasta sözel olmayan sesleri doğru biçimde yorumlar
- e) Hastanın yazı yazması normaldir ama okuyamaz

Cevap E (Adams, Principles of Neurology, 6. baskı, 1997, s.467)

"Saf kelime sağırlığı", kortikal merkezlerin sağlam olup bunları bağlayan yolların tahrip olduğu diskonneksiyon sendromlarından bir tanesidir.

Lezyon unilaterale olduğunda, dominant temporal lobda subkortikal yerleşimlidir.

Hasta sağır değildir, sesleri işitir ama konuşmasıyla ilişkili sesleri (kelimeleri) yorumlayamadığından kelimeleri anlayamaz.

Sözel olamayan (kelime dışı) sesleri doğru algılar ve ne olduklarını anlar

"Saf kelime sağırlığı"nda okuma normaldir. Yazı yazmanın normal olup okumanın bozulduğu tablo "saf kelime körlüğü"dür.

# ENDOKRİNOLOJİ VE METABOLİZMA HASTALIKLARI

## 1. HbA1c için yanlış cümleyi işaretleyiniz.

- HbA1c 2-3 ay süreli kan şekeri düzeyi hakkında fikir verir.
- HbA1c düzeyinin yükselmesinin diabetin kronik komplikasyonlarıyla ilişkisi yoktur.
- HgA1c düzeyinin yükselmesinin diabetin kronik komplikasyonları ile ilişkisi vardır.
- HbA1c en çok gebelerin takibinde yararlıdır.
- HbA1c yüksek olan olgularda dokulara oksijen taşınması azalır.

Cevap B (İlişin, Temel İç Hastalıkları, s.18)

DCCT çalışmasında HbA1c düzeyinin yüksek olduğu olgularda mikrovasküler komplikasyonların daha fazla görüldüğü belirtilmektedir.

## 2. Aşağıdaki cümlelerden doğru olanı seçiniz.

- DKA'da serebral ödem tedavi edilmeyen diabetiklerde gelişir.
- DKA'da sıvı tedavisi yeterlidir, insülin tedavisi mutlak gerekli değildir.
- DKA'da plazma osmolalitesi genellikle 330 mosm/L üzerindedir.
- DKA genellikle Tip 2 DM'lularda, nadiren de Tip 1 DM'lularda görülür.
- DKA'da 0.1 Ü/kg doyumra dozu ve 0.1 Ü/kg i.v. infüzyon tedavisi uygulanmalıdır.

Cevap E (İlişin, Temel İç Hastalıkları, s.26)

Serebral ödem tedavi edilen olgularda ortaya çıkar, insülin tedavisi kesin tedavidir. Plazma osmolalitesi genelde normaldir. Tip 1 DM'lu olgularda DKA daha sık görülür, ilk tanıda genelde hastaneye diabetik ketoasidozla başvurulur.

## 3. Obezite için yanlış cümleyi işaretleyiniz.

- Leptin, beyinde hipotalamustan salgılanır.
- Leptin vücuttaki enerji depoları hakkında beyine bilgi aktarır.
- Obezlerde uyku apnesi ve restriktif tipte akciğer hastalığı sıklıkla görülür.
- NPY açlık duygusunu artırır.
- Obezlerde osteoporoz daha az gelişir.

Cevap A (İlişin, Temel İç Hastalıkları, s.137)

Leptin periferde yağ hücresinden sentezlenen bir maddedir.

## 4. Hirsutismus için yanlış cümleyi seçiniz.

- Hirsutismus skorlaması Ferriman-Gallwey semikantitatif yöntemi ile yapılır.

- Hirsutismusun en sık sebebi klinikte polikistik over sendromudur.
- Hirsutismusun polikistik over sendromlu hastalarda görülmesinin bir nedeni de insülin rezistansı sonucu ortaya çıkan androjen artışıdır.
- Hirsutismusdan konjenital adrenal hiperplazi ya da sürrenalin aşırı androjen üretimi de sorumludur.
- Hirsutismusdan, sürrenalden salgılanan androstenedion ile overlerden salgılanan DHEA-S sorumludur.

Cevap E (İlişin, Temel İç Hastalıkları, s.1737)

DHEA-S'nin başlıca salgı yeri sürrenal olup, hirsutismus etiopatogenezinde PRL, S. testosteron gibi hormonlar da rol oynamaktadır.

## 5. Aşağıdaki cümlelerden yanlış olanı işaretleyiniz.

- Hiperglisemik hiperosmolar nonketotik komalı hastalarda hastalığın gelişme süreci haftalar ya da aylar içerisinde olur.
- Laktik asidoz koması anyon gap açığı en fazla olan koma tipidir.
- Laktik asidoz koması diabeti oral antidiabetiklerle ayarlanan hastalardan sülfonilüre grubu ilaç kullananlarda görülür.
- Hiperglisemik hiperosmolar nonketotik koma tedavisine süratle başlanmalı, ancak tedavi kontrollü bir şekilde yavaş olarak sürdürülmelidir.
- Hiperglisemik hiperosmolar nonketotik komada ölüm daha çok enfeksiyon ve renal yetmezlik sonucu gelişir.

Cevap C (İlişin, Temel İç Hastalıkları, s.27)

Biguanid gibi ilaç kullanan olgularda laktik asidoz görülebilir.

## 6. Aşağıdakilerden hangisi DKA koma tedavisinin komplikasyonu değildir?

- Hipoglisemi
- Hipopotasemi
- Osmolalitede artış
- Serebral ödem
- Hipofosfatemi

Cevap C (İlişin, Temel İç Hastalıkları, s.26)

İv sıvı tedavisi ile plazma osmolalitesi normal sınırlar içinde kalmaktadır.



## 7. Aşağıdaki cümlelerden yanlış olanı seçiniz.

- Diabetik ketoasidozda, kan şekeri 300-500 mg/dl, kan ve idrarda aseton vardır. Bikarbonat düşüktür. pH: 7.36'nın altındadır.
- Diabetik ketoasidozda dil kuru, yanaklar kırmızı, periferik ateş düşük, rektal ateş ise yüksek olabilir.
- Diabetik ketoasidozda karın ağrısının sebebi peritonun dehidratasyonudur. Kusma görülebilir ve mental durumda değişiklikler görülebilir.
- Hiperosmolar hiperglisemik nonketotik koma yaşlılarda sinsi olarak başlar, dehidratasyon ketoasidozdan daha ağırdır. Plazma osmomalitesi 270 mOsm/L'nin altındadır.
- Laktik asidozis komasında kan laktat konsantrasyonu artmıştır, pH: düşüktür. Şok, ağır hipoglisemi, karbonmonoksit zehirlenmesi gibi A tipi laktik asidoza neden olur, Diabetes mellitus, malignite, Biguanidler vs. ise B tipi laktik asidoza neden olurlar.

Cevap D (*De Fronzo, Current Management of Diabetes Mellitus, s.14-34*)

Hiperosmolar hiperglisemik nonketotik komada ozmolalite düşük olmayıp, normalin üzerindedir (330 mOsm/L üstü).

## 8. Aşağıdaki cümlelerden doğru olanı seçiniz.

- DKA'da serebral ödem tedavi edilmeyen diabetiklerde gelişir.
- DKA'da sıvı tedavisi yeterlidir, insülin tedavisi mutlak gerekli değildir.
- DKA'da plazma osmolalitesi genellikle 330 mOsm/L üzerindedir.
- DKA'da genellikle Tip 2 DM'lularda, nadiren de Tip 1 DM'lularda görülür.
- DKA'da 0.1 Ü/kg doyurma dozu ve 0.1 Ü/kg i.v. infüzyon tedavisi uygulanmalıdır.

Cevap E (*İlçin, Temel İç Hastalıkları, s.26*)

Bu dozlarda tedavi daha az komplikasyonlu ve hipoglisemi riski daha düşük olmaktadır. Diğer yanıtların tümü yanlıştır.

## 9. Aşağıdakilerden hangisi laktik asidoz komasına neden olur?

- Sefalosporin grubu antibiyotikler
- Penisilin grubu antibiyotikler
- Sülfonilüre grubu oral antidiabetikler
- Biguanid grubu oral antidiabetikler
- Görüntüleme tetkiklerinde kullanılan bazı ilaçlar (ürografi, vs gibi)

Cevap D (*İlçin, Temel İç Hastalıkları, s.10*)

Biguanid grubu ilaçlardan özellikle fenformin kullanan hastalarda daha sık görülür.

## 10. Diabetik nöropati için yanlış cümleyi seçiniz.

- Nöropati ağrılı ise tedavide insüline başlanmalıdır.

- Nöropati gelişiminde uzun boyluluk bir risk faktörüdür.
- Ortostatik hipotansiyon, istirahat taşikardisi olan diabetiklerde otonom nöropati araştırılmalıdır.
- Operasyona verilecek diabetli hastalarda otonom nöropati araştırması gerekmez.
- Mononöropati nedeni vasküler oklüzyondur.

Cevap D (*İlçin, Temel İç Hastalıkları, s.21*)

Otonom nöropati olan diabetiklerde ölüm oranlarının %5'lerden, %35'lere yükselmesi nedeniyle özellikle diabeti eski olan diabetlilerde operasyon öncesi mutlaka otonom nöropati varlığı araştırılmalıdır.

## 11. Obezite etyopatogenezinde rol oynayan hormonlardan yanlış olanı seçiniz.

- Nöropeptid Y
- İnsülin
- Leptin
- Testosteron
- Vazoaktif intestinal peptid

Cevap E (*İlçin, Temel İç Hastalıkları, s.137*)

VIP obezite etyopatogenezinde rol oynamaz. Diğer 4 hormon ise obezite ile direkt ilişkilidir.

## 12. Hirsutismus etyopatogenezinde rol oynayan maddelerden yanlış olanı seçiniz.

- DHEA-S
- Androstenedion
- Dihidrotestosteron
- İnsülin
- Somatostatin

Cevap E (*İlçin, Temel İç Hastalıkları, s.1685*)

Somatostatin bir genel inhibitör hormondur. Hirsutismus oluşumuna katkı sağlamaz.

## 13. Diabetik ayak için yanlış cümleyi işaretleyiniz.

- Diabetik ayak diabetin önlenilebilir bir komplikasyonudur.
- Diabetik ayak gelişiminde en önemli neden nöropati varlığıdır.
- Charcho eklemine nedeni vasküler patolojilerdir.
- Ayak bakımında en önemli husus eğitim ve bakımdır.
- Osteomyelit tanısı için her olanak değerlendirilmeli ve gereksiz amputasyon önlenmelidir.

Cevap C (*İlçin, Temel İç Hastalıkları, s.1990*)

Charcho eklemi nöropati sonucu gelişir.

14. Diabetik ketoasidoz koma (DKA) tedavisinde yanlış olan cümleyi işaretleyiniz.

- Diabetik ketoasidoz komasından ölüm oranı gelişmiş ülkelerde gelişmekte olan ülkelere göre daha azdır.
- DKA'da sıvı tedavisinin yanısıra insülin tedavisi de mutlak gereklidir.
- DKA'da bikarbonat tedavisi asidoz nedeniyle ölüm tehlikesi varsa yapılmalıdır.
- DKA'da beyin ödeminden ölüm tedavisi çok süratli yapılmalarda daha sık görülür.
- KA'da tedavi komplikasyonu olarak pulmoner ödem gelişmez.

Cevap E (İlgin, *Temel İç Hastalıkları*, s.27)

Özellikle yaşlı olgularda gereğinden fazla sıvı tedavisi verilirse pulmoner ödem oluşabilir.

15. Aşağıdaki şıklardan doğru olanı seçiniz.

- Metabolik sendrom X'in en önemli komponenti hastalarda ait vücut tipi obezite olmasıdır.
- Periferik insülin rezistansı tanısı en doğru Öglisemik klemp testi yardımıyla konur.
- İnsülin rezistansı serum insülin düzeylerinde düşüklükle seyreder.
- Metabolik sendrom X Obezite+Hipertansiyon+Ateroskleroza eğilim ve insülin duyarlılığında artışla birlikte dir.
- Üst-vücut tipi obezlerde ateroskleroz riski bel çevresi kadınlarda: 78 cm, erkeklerde: 98 cm'in üstünde olanlarda artar.

Cevap B (İlgin, *Temel İç Hastalıkları*, s.13)

Metabolik sendrom X gövdesel obezite, hiperinsülinizm, insülin direnci, ateroskleroza eğilim, hipertansiyon, hiperlipidemi, PAI-1 aktivite artışı gibi antitelerle karakterize bir hastalık olup tanıda altın standart öglisemik klemp testidir.

16. Aşağıdakilerden hangisi akromegalinin klinik bir bulgusu değildir?

- El ve ayakta büyüme
- Prognatizm
- Terleme
- Verjetür
- Baş ağrısı

Cevap D (Greenspan, *Strewler, Basic and Clinical Endocrinology*, 5.baskı, 1997, s.132)

Verjetür Cushing hastalığında görülen ve cildin elastik liflerinin azalması sonucunda incilmesi ile ortaya çıkan bir bulgudur.

17. Aşağıdakilerden hangisi hiperprolaktinemi nedeni değildir?

- Egzersiz
- Hipotalamik/hipofizer bölge lezyonları

- Dopamin antagonistleri
- Spinal kord lezyonları
- Primer hipotiroidizm

Cevap C (Fitzgerald *Handbook of Clinical Endocrinology*, 2.baskı, 1992, s.46)

Egzersiz fizyolojik bir hiperprolaktinemi nedenidir. Hipotalamohipofizer bölge kitleleri hipofiz sapına baskı yaparak iletişimi keser ve hipofiz üzerindeki PIF etkisini ortadan kaldırır. Bu durumda laktotrof hücrelerden fazla miktarda prolaktin salgılanmaya başlar. Spinal kord lezyonlarında da hiperprolaktinemi görülür. Prolaktinin uyarıcılarından biri de TRH'dir. Primer hipotiroidide TRH ve TSH artarken PRL'de artar. Dopamin PIF'dür ve PRL salınımını inhibe eder. Agonistleri PRL salınımını engeller.

18. Poliüri görülmeyen hastalık aşağıdakilerden hangisidir?

- Diabetes Mellitus
- Hiperparatiroidi
- Hipokalemi
- Diabetes insipidus
- Hipotiroidi

Cevap E (Greenspan-Strewler, *Basic and Clinical Endocrinology*, 5.baskı, 1997, s.29)

Hipotiroidide glomerüler filtrasyon hızı azaldığı için aksine idrar volümü azalmış olabilir.

19. Toplumda hiperkalseminin en sık rastlanan nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

- Maligniteler
- Primer hiperparatiroidizm
- Sarkoidozis
- Tirotoksikoz
- İmmobilizasyon

Cevap B (Greenspan-Strewler, *Basic and Clinical Endocrinology*, 5.baskı, 1997, s.277)

Toplum taramalarında hiperkalseminin en sık nedeni primer hiperparatiroidizmdir. Hastanede yatan hastalar arasında bakıldığında hiperkalseminin en sık nedeni maligniteler olarak bulunmuştur.

20. Aşağıdakilerden hangisi hipokalseminin bulgularından değildir?

- Ağrılı karpopedal spazm
- Larinks spazmı
- EKG'de QT uzaması
- Papil ödemi
- Nemli cilt

Cevap E (Greenspan-Strewler *Basic and Clinical Endocrinology*, 5.baskı, 1997, s.286)

Hipokalsemide diğer bulgular görülürken nemli cilt değil kuru cilt görülür.

**21. Aşağıdakilerden hangisi hipokalsemi nedenlerinden değildir?**

- a) Boyun bölgesine uygulanan cerrahiler
- b) Hipermağnezemi
- c) Hiperfosfatemi
- d) Kronik renal yetmezlik
- e) Akut pankreatit

Cevap B (Lange, 1997, s.287-288)

Boyun bölgesine uygulanan cerrahiler paratiroid zedelenmesi yapabileceğinden, hiperfosfatemi kalsiyum ile ters çalışacağından, kronik böbrek yetmezliğinde vitamin D'nin aktif vitamin D'ye dönüşümü olmayacağından ve akut pankreatitte kalsiyumun dokulara çökmesi nedeniyle hipokalsemi olabilir. Hipomagnezemide fonksiyonel olarak hipokalsemi olabilir ancak hipermağnezemi de değil.

**22. Aşağıdakilerden hangisi hiperkalsemi nedenlerinden değildir?**

- a) Sitratlı kan transfüzyonu
- b) Maligniteler
- c) Addison hastalığı
- d) Sarkoidozis
- e) Akut böbrek yetmezliği

Cevap A (Lange, 1997, s.277-285)

Sitratlı kan transfüze edildiğinde sitrat kalsiyum ile birleşerek kandan kalsiyum çeker ve hipokalsemiye neden olur.

**23. Aşağıdakilerden hangisi hiperparatiroidi için yanlıştır?**

- a) Toplumda hiperkalseminin en sık rastlanan nedenidir.
- b) Kadınlarda 2-3 kat fazla görülür.
- c) Poliglandüler otoimmün sendromlarda yer alır.
- d) Kemiklerde ağrı ve patolojik fraktüre yol açabilir.
- e) Klinik olarak poliüri, polidipsi, kas güçsüzlüğü ve konstipasyon görülebilir.

Cevap C (Lange, 1997, s.277-283)

Poliglandüler otoimmün sendromlarda görülen hipoparatiroididir.

**24. Adenohipofiz yetersizliği için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Hormon kayıpları GH, Gonadotropinler, TSH ve ACTH sırasıyla olur.
- b) Hipofiz glandının %50'sinin kaybı ile hipofonksiyon belirtileri ortaya çıkar.
- c) Metastatik nedenler içinde en sık rastlanan meme kanseridir.
- d) Pituitar apopleksilerin çoğu acil cerrahi girişim gerektiren durumlardır.
- e) Replasman tedavisinde ilk basamak glukokortikoid verilmesidir.

Cevap B (Greenspan-Strewler, Basic and Clinical Endocrinology, 1997, s.125-129)

Anterior hipofiz yetmezliğinde klinik bulguların ortaya çıkabilmesi için bezin %75'inden fazlasının tahrip olması gerekmektedir.

**25. Giderek artan kilo alımı ve emosyonel labiliteden yakınan 39 yaşında erkek bir hastanın fizik muayenesinde kan basıncı 200/110 mmHg, ekstremitelerde inceleme ve ekimoz saptanıyor. Tanıda en yararlı ilk test aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Sürrenal bilgisayarlı tomografisi
- b) 24 saatlik idrarda 17-Ketosteroid atılımı
- c) 24 saatlik idrarda katekolaminlerin atılımı
- d) Dekametazon supresyon testi
- e) Serum potasyum ölçümü

Cevap D (Greenspan-Strewler, Basic and Clinical Endocrinology, 1997, s.347-348)

Hastada Cushing hastalığı düşünülmelidir. Küçük doz deksametazon ile supresyon sağlanabilen bir kişide Cushing ekarte edilebilir.

**26. Poliüri ve polidipsi ile başvuran hastada plazma ozmolalitesi 305 mosm/kg, idrar ozmolalitesi 95 mosm/kg bulunuyor. Yapılan susuzluk testinde idrar ozmolalitesi değişmiyor ve testin sonunda intravenöz olarak yapılan vazopressin ile idrar ozmolalitesi aynı kalıyor. Bu durumda aşağıdaki tanılardan hangisi muhtemeldir?**

- a) Santral Diabetes İnsipidus
- b) Nefrojenik Diabetes İnsipidus
- c) Uygunsuz ADH sendromu
- d) Psikojen polidipsi
- e) DIDMOAD

Cevap B (Lange, 1997, s.149-153)

Plazma ozmolalitesi yüksek idrar ozmolalitesi düşük ise ve susuzluk testi ile idrar ozmolalitesi artmıyor ise Diabetes İnsipidus olduğu kesindir. Tipini ayırtmak için verilen vazopressine cevap alınamıyorsa hormona duyarsızlık var demektir ve Nefrojenik Dİ tanısı konulur.

**27. Bu hasta için en uygun tedavi aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Desmopressin asetat
- b) Tiazid diüretikleri
- c) Sıvı kısıtlaması
- d) Psikiyatrik tedavi
- e) Hipertonik NaCl çözeltisi

Cevap B (Lange, 1997, s.149-153)

Nefrojenik Dİ'da vazopressin vermenin faydası olmayacaktır. Tiazid diüretiklerinin hafif sodyum depleksyonu sağlayarak proksimal tüplerden solid ve su tutulumunu arttırdığı ve tedavide faydalı olduğu bilinmektedir.

**28.81** yaşında erkek bir hasta. Ağır konjestif kalp yetmezliği ve atriyal fibrilasyonla getiriliyor. Tiroid fonksiyon testleri isteniyor. Sonuçlar aşağıda gösterilmiştir:

**T4:** 7 mikrogram/dL (Normal 4.8-12.8 mikrogram/ dL)

**T3:** 0.4 ng/mL (Normal 0.5-1.8 ng/mL)

**TSH:** 0.2 mikro ünite/mL (Normal 0.4-4 mikro ünite/mL)

**Muhtemel tanı nedir?**

- Tirotoksikoz
- Ötiroidi
- Hipertiroidi
- Ötiroid hasta sendromu (euthyroid sick syndrome)
- Subklinik hipertiroidi

Cevap D (Felig, *Endocrinology and Metabolism*, 3.baskı, 1995, s.1460)

Ağır hastalıklarda veya kronik hastalıklarda tiroid fonksiyon testleri böyle şaşırtıcı sonuçlar verebilir. Triiodotironin düzeyinin düşmesi tek başına bir tiroid fonksiyon bozukluğunu ifade etmez. Bu durum, organizmanın bir korunma mekanizmasıdır. TSH düzeyinin normal sınırların altında olması ise ileri yaşlarda sık görülen bir durumdur. Hipertiroidiyi göstermez.

**29.45** yaşında bir kadın hasta, karın ağrısı nedeni ile gittiği doktor tarafından ultrasonografik tetkik isteniyor. Görüntüleme sağ sürrenalde 3x4.5x5 cm çaplarında bir kitlenin varlığını ortaya koyuyor. Yapılan MR görüntülemesi de bunu doğruluyor. Aşağıda bu hastada düşünülmesi ve yapılması gereken noktalar belirtilmiştir. Bunlardan hangisi yanlıştır?

- Hastada hipertansiyon saptanmadığı için kitlenin feokromasitoma olma şansı yoktur.
- Subklinik Cushing sendromu fazla belirti vermeden seyredebilir. Bu nedenle deksametazon supresyon testinin uygulanması gerekir.
- Hastanın potasyum ölçümü önem taşır.
- Bu kitle bir insidentaloma olabilir.
- Bu kitle konjenital adrenal hiperplazi zemininde gelişen bir adenomatöz hiperplazinin sonucu olarak ortaya çıkabilir.

Cevap A (Felig, *Endocrinology and Metabolism*, 3.baskı, 1995, s.726)

Feokromasitomada hastaların yarısında damar basıncı sürekli olarak yüksektir. Geri kalan vakalarda damar basıncı zaman zaman yükselir. Ayrıca, sessiz feokromasitomaların varlığı da bilinmektedir. Yani bu vakalarda hipertansiyon hiç görülmez. Bir sürrenal kitlesi ile karşılaştığımız zaman hipertansiyon olsun veya olmasın ilk araştırılması gereken feokromasitomadır. Özellikle de cerrahi girişime verilecek vakalarda bu konu birinci derecede önem taşır.

**30.48** yaşında kadın hasta. Osteoporoz kuşkusu ile doktora gidiyor. Biyoşimik ölçümleri aşağıdaki sonuçları veriyor:

**Serum kalsiyum değeri:** 9.9 mg/dL

**Serum fosfor değeri:** 2.7 mg/dL

**Serum alkali fosfataz değeri:** 260 ü/L (Normali 130 Ü/L'nin altında)

**Serum parathormon değeri:** 152 pg/mL (Normali 55 pg/mL'nin altında)

**Bu hastada bundan sonra düşünülmesi ve yapılması gereken noktalar aşağıda belirtilmiştir. Bunlardan hangisi yanlıştır?**

- Hastada primer hiperparatiroidi olabilir.
- Bu hastanın 25 (OH) kolekalsiferol düzeyinin ölçülmesinde yarar vardır.
- Bu değerler sekonder hiperparatiroidi ile bağdaşmaz.
- Hastanın iskelet sisteminde subperiosteal rezorbsiyon, kırık ve kistlere rastlanmaması bizi primer hiperparatiroidi tanısından uzaklaştırır.
- Hastanın geçmişinde böbrek taşı hikayesinin bulunması, primer hiperparatiroidi tanısı için bir destektir.

Cevap D (Felig, *Endocrinology and Metabolism*, 3.baskı, 1995, s.1452)

Primer hiperparatiroidi vakaları son dekadlar içinde erken tanı almaktadır. Kalsiyum ölçümlerinin yaygın olarak yapılması bunda etkilidir. Böyle erken dönemde iskelet sisteminde osteopeni dışında diğer bulgulara rastlanmayabilir. Hastanın kalsiyum düzeyinin normalin alt sınırında olması, D vitamini eksikliğinin maskeleyeceği bir primer hiperparatiroidiyi akla getirir. Serum D vitamininin ölçülmesi bu açıdan önemlidir.

**31.44** yaşında bir kadın. On yıl önceki kanamalı bir doğumdan sonra süt veremediğini ve amenoreye girdiğini söylüyor. Muhtemel tanı Sheehan sendromudur. Bundan sonra nelerin yapılması, uygulanması gerektiği aşağıda yazılmıştır. Bunlardan hangisi yanlıştır?

- Hastanın bazal kortizol değerleri ölçülür.
- Hastanın serbest T4 değeri ölçülür.
- Gonadotropik hormonların ve östrojenin ölçülmesinde büyük bir yarar yoktur. Çünkü hastada büyük bir olasılıkla hipogonadotropik hipogonadizm vardır.
- MR görüntülemesinde boş sella (empty sella) bulunma olasılığı vardır.
- Tedaviye önce L-tiroksin ile başlayıp daha sonra glukokortikoidleri eklemek uygundur.

Cevap E (Felig, *Endocrinology and Metabolism*, 3.baskı, 1995, s.3317)

Panhipopitüitarizmde yerine koyma tedavisine daima glukokortikoid ile başlanır. Glukokortikoid eksikliği bulunan bir hastada tiroid hormonunun tek başına verilmesi sürrenal krizi ile sonuçlanır.

32. Aşağıdakilerden hangisi uygunsuz antidiüretik hormon fazlalığı sebeplerinden değildir?

- a) Pankreas kanseri
- b) Akciğer tüberkülozu
- c) Addison hastalığı
- d) Lupus erythematosus
- e) Guillain-Barre sendromu

Cevap C (*Harrison's Principles of Internal Medicine*, 14.baskı, 1998, s.2009)

Addison hastalığında antidiüretik hormon artışı uygunsuz değildir. Hipotansiyon ve/veya hipovolemiye karşı bir defans mekanizması olarak antidiüretik hormon artmıştır.

33. Aşağıdakilerden hangisi nefrojenik diabetes insipidus nedenlerinden değildir?

- a) Renal transplantasyon
- b) Primer hiperparatiroidizm
- c) Conn sendromu
- d) Histiositozis X
- e) Multiple myelom

Cevap D (*Harrison's Principles of Internal Medicine*, 14.baskı, 1998, s.2005-2007)

Histiositosis X santral diabetes insipidus nedenidir.

34. TSH düzeyinin düşük, serbest T4 düzeyinin normal bulunduğu koşullarda tirotoksikoz varlığı hangi test ile doğrulanır?

- a) TRH testi
- b) Tiroksin bağlayan globulin tayini
- c) Tiroid sintigrafisi
- d) Tiroid otoantikör tayini
- e) Tiroglobulin tayini

Cevap A (*Harrison's Principles of Internal Medicine*, 14.baskı, 1998, s.2018)

TSH, tirotoksikozda tiroid hormonlarınca baskılanmış olduğundan TRH uygulamasına yanıt vermez.

35. Aşağıdakilerden hangisi tiroid hiperfonksiyonu ile seyretmeyen tirotoksikoz nedenidir?

- a) Mol hidatiform
- b) Subakut tiroidit

- c) Toksik adenom
- d) TSH sekrete eden adenom
- e) Basedow-Graves hastalığı

Cevap B (*Harrison's Principles of Internal Medicine*, 14.baskı, 1998, s.2023)

Subakut tiroiditteki tirotoksikoz tiroid hiperfonksiyonundan değil, hormonun tiroidde depolanma kusurundan kaynaklanır.

36. Sabit doz L-tiroksin ile ötiroid durum sağlanmış bir hastada, aşağıdakilerden hangisi L-tiroksin doz artışını gerektirmez?

- a) Kolestiramin kullanımı
- b) Hamilelik
- c) Graves'li hastaya radyoaktif iyot uygulamasını takiben tiroid fonksiyonunda azalma
- d) Rifampisin kullanımı
- e) TSH reseptörünü bloke edici antikörlerin kaybını takiben Haşimoto tiroiditinin spontan iyileşmesi

Cevap E (*Harrison's Principles of Internal Medicine*, 14.baskı, 1998, s.2023)

TSH reseptörünü bloke edici antikörlerin kaybını takiben Haşimoto tiroiditinin spontan iyileşmesi L-Tiroksin dozunun azaltılmasını gerektirir.

37. Diyabetik ketoasidozda yanlış bilgi hangisidir?

- a) Diyabetik ketoasidozu insülin olmaksızın düzeltmek mümkün değildir.
- b) Ketoasidoz tedavisinde intravenöz sıvı uygulaması zorunludur.
- c) Diyabetik ketoasidoz tedavisinde potasyum replasmanı daima gereklidir.
- d) Diyabetik ketoasidoz tedavisinde bikarbonat uygulaması mutlak gereksinimdir.
- e) Serebral ödem özellikle de çocuklarda diyabetik ketoasidoz tedavisinin komplikasyonlarından.

Cevap D (*Harrison's Principles of Internal Medicine*, 14.baskı, 1998, s.2073)

Diyabetik ketoasidozda bikarbonat uygulaması rutin olmamalıdır. Çünkü hızlı alkalizasyon, dokulara oksijen sunumunda olumsuz etki yapar.

# ENFEKSİYON HASTALIKLARI

1. Patojen *Escherichia coli*lerin, hastalandırıcılık etki mekanizmalarına göre aldığı adlardan yanlış olanı işaretleyiniz?

- Enteropatogen *E. coli* (EPEC)
- Enterotoxinogen *E. coli* (ETEC)
- Enteroinvasif *E. coli* (EIEC)
- Enteroadesif *E. coli* (EAEC)
- Verotoksinogen *E. coli* (VETEC)

Cevap D (*Bilgehan, Klinik Mikrobiyoloji, 9.Baskı, 1996, s.10-12*)

Son zamanlarda patojen *E. coli*'lerin barsaklarda oluşturdukları hastalıklarla ilgili olarak en az 3 çeşit mekanizmanın yer aldığı görüşü egemen olmaktadır. Bu mekanizmalara göre barsak patojeni olan *E. coli* lere değişik isimler verilmektedir. Enteropatogen *E. coli* (EPEC), Enterotoxinogen *E. coli* (ETEC), Enteroinvasif *E. coli* (EIEC), Enterohemorajik *E. coli* (Bu *koli türlerine Verotoksinogen E. coli* (VETEC) de denir).

2. Kanda bulunan antikorlardan hangisi tifo portörlüğü için önem taşır?

- Anti-H antikorları
- Anti-Vi antikorları
- Anti-O antikorları
- Fimbriya antikorları
- Anti-O ve anti-H antikorlarının birlikte bulunması

Cevap B (*Bilgehan, Klinik Mikrobiyoloji, 1996, 9.baskı, s.23*)

Taşıyıcı araştırılması dışkı, duodenum tubaj sıvısı kültürü ve anti-Vi antikorlarının aranması ile yapılır.

3. İnsanlarda alt idrar yolları, genital organlar ve orofarenks florasında bulunan, ancak nonspesifik üretrit, prostatit, epididimit, salpenjit ve pelvis absesleri oluşturabilen *Mycoplasma* hangisidir?

- Mycoplasma orale*
- Mycoplasma fermentes*
- Mycoplasma hominis*
- Mycoplasma pneumoniae*
- Mycoplasma salivarium*

Cevap C (*Bilgehan, Klinik Mikrobiyoloji, 1996, 9.baskı, s.551*)

*M. hominis*, insanların alt idrar yolları, genital organlar ve daha az olmak üzere orofarinkste hastalık yapmaksızın bulunmakla beraber önemli birçok hastalıktan sorumludur. Özellikle kadınlarda salpenjit ve pelvis absesleri oluşturmaktadır. Bunların dışında artrit, akut piyelonefrit, nongonokoksit üretrit, prostatit ve epididimitlerin önemli bir kısmında etken olarak saptanmışlardır.

4. Ampirik tedavide antimikrobik seçimi ve uygulanması için etkenin tahmin edilmesinde aşağıdakilerden hangisi önemlidir?

- Basit mikrobiyolojik bakılar
- Hastanın yaşı
- Kadın ve erkek olması
- İmmün yetmezlik durumu
- Hepsi

Cevap E (*Yüce, Antibiyotik İnfeksiyon Hastalarında Tedavi Prensipleri*)

Çünkü uygun yerden alınan örneklerden yapılan direkt preparatlar bize etken hakkında bilgi verir, hastanın yaşı önemlidir. Menenjitli bir hastada çocuk veya erişkin olduğuna göre etken farklı olabilir ve verilecek antimikrobik kemoterapötikler de farklı olmalıdır, çocuklara kloramfenikol ve tetrasiklinin verilmeyeceği gibi. Yine üriner sistem enfeksiyonlarında etkenler kadınlarda, erkekte, çocukta farklı olabilir. İmmün yetmezlikde pnömoni etkenleri değerlerine ek olarak *Pneumocystis carinii*, *aspergillus*, nokardiya, histoplasma ve *mycoplasma*dır. Bu etkenlerde görede verilen antimikrobiğin dozu değişiktir.

5. Aşağıdaki mikroorganizmaların hangisinin toksin c-AMP düzeyini artırmak yolu ile etki eder?

- Clostridium botulinum*
- Clostridium tetani*
- Corinebacterium diphtheriae*
- Vibrio cholerae*
- Staphylococcus aureus*

Cevap D (*Kılıçturgay, Klinik Mikrobiyoloji, 1994*)

*V. cholerae* ince barsak hücrelerinde hücre içi adenilat siklaz aktivitesine artırarak c-AMP düzeyini yükseltir. Bunun sonucunda barsak lümeninde su ve klor iyonu sekresyonu olur.

6. Hangisi herpes simpleks virus enfeksiyonlarında kullanılan (sistemik ve/veya topik) ilaçlardan değildir?

- Asiklovir
- Vidarabin
- Gansiklovir
- İdoksuridin
- Trifluridin

Cevap C (*Brooks, Butel, Omston, Jawetz, Melnick and Adelberg's Medical Mikrobiyoloji, 20.baskı, 1995, s.335-340*)

Gansiklovir yalnızca CMV enfeksiyonlarında kullanılır. Diğerleri sistemik ve/veya topik olarak kullanılabilir.

7. Penisilin allerjisi olan sifilizli bir olguda hangi antibiyotiği verirsiniz?

- a) Doksisisiklin
- b) Eritromisin
- c) Spiramisin
- d) Sefotaksim
- e) Amikasin

Cevap A (*Barlett, Enfeksiyon Hastalıkları Tedavisi Cep Kitabı, 1996, s.242-245*)

Sifilizin tedavisinde penisilinlerden sonra en etkili ilaçlar tetrasiklinlerdir.

8. V. kolera için yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Üreyebilmek için alkali ortamı tercih eder.
- b) 1992 ve Hindistan'da başlayan salgında izole edilen suşa O 139-Bengal adı verilmiştir.
- c) Bakteri ince barsak duvarına invazyon ile hastalık oluşturur.
- d) Tedavide temel prensip sıvı elektrolit tedavisidir.
- e) Başlıca alt yapı eksikliği olan ülkelerin sorunu olmakla beraber, bütün dünyada görülebilir.

Cevap C (*Kılıçturgay, Klinik Mikrobiyoloji, 1994, s.111*)

V. kolera invazyon yapmaz. Kolerajen toksini ile su ve elektrolit kaybına neden olarak etkili olur.

9. Aşağıdaki bakteri-hastalık karşılaştırmalarından yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Tiof-Salmonella typhi
- b) Peptik ülser-Helicobacter pylori
- c) Pseudomembranöz enterolitik-Yersinia enterocolitica
- d) Veba-Yersinia pestis
- e) Ruam-Pseudomonas mallei

Cevap C (*Kılıçturgay, Klinik Mikrobiyoloji, 1994, s.200*)

Pseudomembranöz enterokoliti C. difficile oluşturur.

10.Doğumdan hemen sonra uygulanması gereken aşı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Difteri-boğmaca-tetanus aşısı
- b) Haemophilus influenzae tip b aşısı
- c) Hepatit B aşısı
- d) HIV aşısı
- e) Oral poliyo aşısı

Cevap C (*Virella, NMS Microbiology and Infectious Diseases 3.Baskı, 1997, s.539 ve 551*)

Hepatit B virüsünün anneden bebeğe (vertikal) bulaşması daha çok doğum sırasında olduğundan, yenidoğanın enfekte olmasını önlemek amacıyla doğumun hemen sonrasında HBV aşısının uygulanması gerekir. Difteri-boğmaca-tetanus, oral poliyo ve H. influenzae aşıları bebek 2 aylık olduğunda uygulanır. HIV için henüz aşı mevcut değildir.

11.Yaygın lenfadenopatileri olan dul bir kadında yapılan araştırmalar arasında HIV-I enfeksiyonuna ilişkin olarak iki kez yapılan EIA testinde olumlu sonuç alınıyor. Kadın damar içi ilaç bağımlısı olmadığını ancak eşinden ayrıldıktan sonra birkaç değişik erkekle birlikte olduğunu belirtiyor. Bu hasta için ikinci adımda yapılması gereken nedir?

- a) Zidovudine (azidotimidin, AZT) tedavisine başlanmalıdır.
- b) Hastanın yakın ilişkide bulunduğu kişiler HIV antikorları yönünden araştırılmalıdır.
- c) Hasta sağlık kuruluşlarına ihbar edilmelidir.
- d) Western Blot (immunoblot) testi yapılmalıdır.
- e) Hastaya hastalığının AIDS ile ilişkili olmadığını söylenmelidir.

Cevap D (*Virella, NMS Microbiology and Infectious Diseases 3.Baskı, 1997, s.533 ve 547*)

Hastanın HIV ile enfekte olduğu kabul edilmeden önce iki FIA testi ile alınan olumlu sonucun Western Blot testi ile doğrulanması gerekir. Western Blot testinde HIV proteinleri ve glikoproteinlerine karşı antikorlar araştırılmakta ve bu test günümüzde EIA sonuçlarının doğrulanması amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır.

12.Akut lenfoblastik lösemi nedeniyle kemoterapi görmekte olan 4 yaşındaki erkek çocukta geniş spektrumlu antibiyotiklere yanıt vermeyen inatçı bir ateş ortaya çıkıyor. Fizik bakıda ağızda beyaz plaklar, perineal bölgede eritem şeklinde döküntü olduğu görülüyor. Kan tablosunda lökopeni (%70 lenfosit, %20 nötrofil, %8 monosit, %2 bazofil) saptanıyor. Bu hastada ateşe yol açan etken aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Candida albicans
- b) Cryptococcus neoformans
- c) Cytomegalovirus (CMV)
- d) Epstein Barr virüsü
- e) Pseudomonas aeruginosa

Cevap A (*Virella, NMS Microbiology and Infectious Diseases, 3.Baskı, 1997, s.535 ve 548*)

Çocuğun bağışıklık sistemi kemoterapi nedeniyle zayıflamıştır. Granülosit sayısının düşük olması ve geniş spektrumlu antibiyotiklerin kullanılması fırsatçı enfeksiyonlarının oluşmasını kolaylaştırır. Bu hastadaki fizik bulgular. C.albicans enfeksiyonunu düşündürmektedir. C. albicans antibiyotiklerden etkilemez. Viral etkenler de antibiyotiklerden etkilenmezler, ancak virüslerin neden olduğu enfeksiyonlar daha çok hücresel bağışıklığın zayıfladığı durumlarda görülür.

13.Viral aseptik menenjitlere en sık neden olan etken hangisidir?

- a) Enterovirüsler
- b) Herpes virüsler
- c) Arbovirüsler
- d) Retrovirüsler
- e) Ortomikzovirüsler

## ENFEKSİYON HASTALIKLARI

Cevap A (*Virella, NMS Microbiology and Infectious Diseases, 3.Baskı, 1997, s.538 ve 550*)

Enterovirüsler (koksaki A, ekovirüsler, poliyovirüsü) viral menenjitlerin en sık görülen nedenidir. Arbovirüsler ve herpes simpleks virüsü daha çok ensefalit tablosu oluşturlar.

**14.Evvelce hiç bir tetanus profilaksisi uygulanmamış ve şüpheli bir yaralanma ile gelen bir kişiye yara temizliği ve antibiyotik tatbikinden sonra aşağıdaki şıklardan hangisini uygularsınız?**

- a) Sadece antitetanik serum
- b) Sadece bir doz aşı
- c) Bir doz aşı ve antitetanik serum
- d) Normal aşı takvimi uygulanır.
- e) Normal aşı takvimi + antitetanik serum

Cevap E (*Gorbach, 1992, s.1582*)

Hiç bir profilaksisi olmayan ve şüpheli yaralanmayla gelen kişilere rutin ve zorunlu olarak antitetanik serum ve normal aşı takvimi uygulanması gerekir.

**15.Kuduz immun serum uygulanmasında aşağıdaki seçeneklerden doğru olanı işaretleyiniz?**

- a) Kg başına 1 ml uygulanır.
- b) İnsan kökenlilerden kg başına 40 IÜ uygulanır.
- c) At kökenlilerden kg başına 20 IÜ uygulanır.
- d) At kökenlilerden kg başına 40 IÜ, insan kökenlilerden kg başına 20 IÜ uygulanır
- e) At ve insan kökenli serumlar birlikte ve kg başına 40 IÜ uygulanır.

Cevap D (*Topçu, 1996, s.897*)

At kökenli serumlar kg başına 40 IÜ, insan kökenliler kg başına 20 IÜ olarak uygulanır. Serumun yarısı yara etrafına, diğer yarısı intramüsküler yoldan yapılır.

**16.N. meningitidis ve H. influenza'nın neden olduğu menenjit epidemilerinde kemoprofilaksi için seçilecek ilaç aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Ofloksazin
- b) Sefotaksim
- c) Seftriakson
- d) Rifampisin
- e) Eritromisin

Cevap D (*Allon, Scheld, 4.Baskı, s.831*)

Rifampisin, salgılara (özellikle farenks salgısına) aktif olarak yoğun bir şekilde geçtiği için mikroorganizmaların nazofarengeal eradikasyonunu sağlar.

**17.Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Su çiçeği varicella-zoster virusu tarafından oluşturulur.
- b) Su çiçeği döküntüsü polimorfizm gösterir.
- c) Su çiçeği döküntüsü iyileştikten sonra yerinde iz bırakmaz.

- d) Su çiçeği döküntüsü özellikle erişkinlerde püstül veya bül şeklinde olabilir.
- e) Su çiçeği ile zona zoster arasında çapraz immünite yoktur.

Cevap E (*Whitley, 4.baskı, s.1346*)

Su çiçeği ve zona zoster aynı virüs tarafından oluşturulduğundan (VSV), aralarında çapraz immünite bulunmamaktadır.

**18.Hangisi bir beta laktam antibiyotik değildir?**

- a) Penisilinler
- b) Sefalosporinler
- c) Karbapenemler
- d) Makrolidler
- e) Monobaktamlar

Cevap D (*Anti-infective therapy. In:practise of infectious diseases 1995; 199-492*)

Penisilinler thiazolidin halkasının beta laktam halkası ve bir yan zincirin birleşmesinden oluşur. Sefalosporinler dihydrothiazin halkasının beta laktam halkası ve yan zincirlerin birleşmesinden oluşur. Karbapenemler beta laktam halkasına yan zincirlerin eklenmesiyle meydana gelir. Monobaktamlar monositer beta laktamlardır. Makrolidler ise beta laktam halkası içermezler.

**19.Kinolonların etki mekanizması aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Hücre duvarı sentezinin inhisiyonu
- b) 30S ribozomal subüniteye bağlanarak protein sentezini inhibe etmek
- c) DNA giraz enziminin inhibisiyonu
- d) DNA bağımlı RNA polimeraz enziminin inhibisiyonu
- e) RNA bağımlı protein sentezinin inhibisiyonu

Cevap C (*Principles and practise of infectious diseases, 1995, s.364*)

Kinolonlar etkilerini, bakteriyel DNA girazın enzimatik aktivitesini inhibe ederek gösterirler.

**20.Aşağıdaki kriterlerden hangisi sepsis tanımında yer almaz?**

- a) Nabız < 90/dk
- b) Ateş >38°C
- c) Solunum sayısı > 20/dk
- d) Lökosit sayısı >12000/mm<sup>3</sup>
- e) Lökosit sayısı < 400/mm<sup>3</sup>

Cevap A (*American College of Chest Physicians Conference Commintte. Definitions for Sepsis 1992, s.1644-55*)

Sepsis; infeksiyona sistemik cevaptır ve aşağıdaki kriterlerden iki veya daha fazlasını içerir:

- a) Nabız > 90 dk
- b) Ateş > 38°C veya <36°C



- c) Solunum sayısı > 20dk veya Pa CO<sub>2</sub> < 32 mmHg  
d) Lökosit sayısı > 12000 /mm<sup>3</sup> veya < 4000 /mm<sup>3</sup> veya %10'dan fazla çomak mevcuttur.

**21.Aşağıdakilerden hangisi enfektif endokarditin minör kriterlerinden değildir?**

- a) Ateş > 38°C  
b) İntrakraniyal hemoraji  
c) İntavenöz uyuşturucu kullanımı  
d) EKG değişiklikleri  
e) Glomerülonefrit

Cevap D (*Scheld, Sande, Principles and practise of infectious diseases, 1995, s.740*)

Enfektif endokarditin minor kriterleri; predispozan kalp hastalığı, intravenöz uyuşturucu kullanımı; ateş, vasküler fenomenler (arteriyel emboli, septik pulmoner enfarktlar, mikotik anevrizma, intrakraniyal hemoraji, janeway lezyonları), immünolojik değişiklikler (glomerülonefrit, osler nodülü, roth lekeleri, romatoid faktör), ekokardiyografi değişiklikleri (major kriterler dışındakiler), mikrobiyolojik kanıtlar.

**22.AIDS hastalığı ile ilgili yanlış olanı işaretleyiniz?**

- a) Kan, kan ürünleri transfüzyonu ile bulaşır.  
b) Bir aydan uzun süren ateş ve ishal, %10'dan fazla kilo kaybı olanlarda AIDS akla gelmelidir.  
c) İnfeksiyon etkeninin alınmasından yaklaşık 2-5 hafta sonra üst solunum yolu infeksiyonlarına benzer bir akut infeksiyon dönemi olur.  
d) Tedavide kullanılan "zidovudine" etkenin "reverse transkriptaz" enzimini kompetitif olarak inhibe eden bir dideoksinükleotid analogudur.  
e) Etken homoseksüel ilişki ile bulaşır. Heteroseksüel ilişki, anne sütü ve sinek gibi mekanik taşıyıcılarla bulaşma bildirilmemiştir.

Cevap E (*Chaberland, Ward, Curran, 4.baskı, s.1174; Chaisson, Volderding, 4.baskı, s.1217; Corey, 4.Baskı, s.1280*)

AIDS hastalığı etkeni her türlü cinsel ilişki, kan, kan ürünleri transfüzyonu, anne sütü ve infekte gebelerden bebeklerine geçebilir.

**23.Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Sepsis sendromunda organ perfüzyon bozukluğu bulguları vardır.  
b) Ürosepsis tanısı konan bir hastada en olası etkenler gram negatif çomaklardır.  
c) İntravenöz kateter infeksiyonlarına bağlı sepsiste en sık saptanan etkenler stafilokoklardır. Özellikle koagülaz negatif stafilokok infeksiyonlarındaki artış dikkat çekicidir.  
d) Sepsiste primer infeksiyon odağı deri ve yumuşak doku ise, ampirik antimikrobiyal tedavide gram negatif spektrumlu ilaçlar verilmelidir.  
e) Anaerop sepsislerde en sık izole edilen bakteri *Bacteroides fragilis*'tir.

Cevap D (*Doğanay, 1.baskı, s.473*)

Primer infeksiyon odağı deri ve yumuşak doku ise en muhtemel etkenler *S. aureus*, beta hemolitik streptokoklardır. Bu nedenle antimikrobiyal tedavide gram pozitif koklara yönelik olarak planlanmalıdır.

**24.Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Tropikal miyozitte (piyomiyozit) en sık etken *S. aureus*dur.  
b) Tropikal miyozit için penetran bir travma veya vasküler bozukluk olması gerekir.  
c) Streptokoksik nekrotizan miyozite en sık A grubu streptokoklar neden olur.  
d) Akut plörodinia sendromu Grup B Coksaki viruslarla oluşan göğüs ve karın kaslarının lokalize miyozitidir.  
e) Myozitlerin ayırıcı tanısında septik artritler düşünülmemelidir.

Cevap B (*Ulutun, Taş, 1.baskı, s.843*)

Tropikal piyomiyozit diğer bakteriyel kas infeksiyonlarından farklı olarak herhangi bir penetran travma veya vasküler bozukluk olmaksızın meydana gelir. Olguların %20-50'si hastalık öncesi künt bir travma veya aşırı egzersizden sözederler.

**25.Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Hepatit B infeksiyonunun kronikleşme oranı yenidoğan döneminde alındığında daha yüksektir.  
b) Hepatit C virusu paranteral yolla geçer ve kronikleşme özelliği olan bir virustür.  
c) Erişkinlerde hepatit B infeksiyonunun kronikleşme oranı hepatit C infeksiyonundan daha düşüktür.  
d) Hepatit D virus infeksiyonu koinfeksiyon şeklinde geçirildiğinde kronikleşme oranı daha düşüktür.  
e) Hepatit E virus infeksiyonu geçiren gebelerde mortalite oranı hepatit A virus infeksiyonu geçirenlere göre daha düşüktür.

Cevap E (*Kılıçturgay, 2.baskı, s.249*)

Hepatit E virusu infeksiyonu orta şiddette olup fulminant hepatit genellikle görülmez. Gebe kadınlarda fatalite oranı 3. trimesterde yaklaşık %20 kadardır. Ayrıca gebeler HEV infeksiyonuna gebe olmayan kadınlara göre daha sık yakalanma riskine sahiptir.

**26.Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Üriner sistem infeksiyonu tanısı için piürinin gösterilmesi yeterlidir.  
b) Sistitte infeksiyon mukozada sınırlıdır.  
c) Diabeti olan bir kişide üriner infeksiyona bağlı ürosepsis riski fazladır.  
d) İdrar kültüründe üreme olmaması veya ml'de 1000'den az bakteri üremesine rağmen piüri varsa bu steril piüri olarak adlandırılır.  
e) Üst üriner sistem infeksiyonunda antibiyotikle tedavi süresi en az iki haftadır.

## ENFEKSİYON HASTALIKLARI

Cevap A (Sobel, Kaya, 4.Baskı, s.662)

Tanı için idrar yolu enfeksiyonuna ait klinik belirti ve bulgular, piüri ve idrar kültüründe bakteriyüri saptanmalıdır.

**27.Aşağıdaki plasmodium enfeksiyonlarından hangisinde parazitemi en yüksek düzeydedir?**

- a) P. ovale
- b) P. vivax
- c) P. falciparum
- d) P. knowlesi
- e) P. malarya

Cevap C (Krogstad, 4.Baskı, s.2415)

P. Falciparum sıtmasında her yaştaki eritrosit tutulduğu için parazitemi daha yoğundur. Diğer plasmodiumlar ise ya genç yada yaşlı eritrositleri tutar.

**28.Meningokoksik menenjitli hasta ile temas eden kişilerde kemoproflaksi için aşağıdaki ilaçlardan hangisi kullanılır?**

- a) Rifampisin
- b) İzonyazid
- c) Etambutol
- d) Amantadin
- e) Metranidazol

Cevap A (Mandell, Bennett, Dolin, Principles and practice of infectious diseases, 4.baskı, 1995, s.857)

İzonyazid ve etambutol anti-tüberküloz ilaçlardır. Amantadin antiviral ve metranidazol de anti- anaerobik etkili bir ilaçtır.

**29.Aşağıdaki serolojik göstergelerden hangisi akut hepatit B enfeksiyonu tanısı doğrudur?**

- a) Anti-HAV IgM
- b) Anti-HBc IgM
- c) Anti HCV
- d) Anti-HEV
- e) Anti HDV

Cevap B (Mandell, Bennett, Dolin, Principles and Practice of Infectious Diseases, 3.Baskı, 1990, s.1146)

Anti-HAV IgM- Akut A Hepatitinde, Anti -HCV Hepatit E enfeksiyonuna ait serolojik göstergelerdir. Bunlardan yalnızca Anti-HBc IgM, Akut Hepatit B göstergesidir.

**30.Clostridium tetani tarafından salınan ve tetanozun patojenizinden sorumlu olan tetanospazmin toksini için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Tüm C. tetani suşları tetanospazmin üretme yeteneğindedir.
- b) Spinal kord veya beyin sapında presinaptik inhibitör hücrelerden GABA ve glisin salınımını engeller.
- c) Nöromusküler kavşakta asetilkolin salınımını engeller.

d) Spinal düzeyde sempatik refleksi dissinhibe eder.

e) Tetanospazmin esas olarak alfa motor nöronların nöromusküler kavşağından sinir sitemine girer.

Cevap A (Tekeli, 1996, s.903)

Clostridium tetani yara yerinde vegetatif şekle dönüşerek hücre dışına tetanospazmin ve tetanolizin adında iki toksin salgılar. Tetanospazmin hücre içinde tek bir polipeptit zinciri olarak sentezlenir. Bu molekülün DNA şifresi plazmid aracılığıyla taşınmaktadır. Bu plazmidi taşımayan C. tetani suşları tetanospazmin üretmezler.

**31.Komplike olmayan idrar yolu enfeksiyonlarında en sık etken aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Escherichia coli
- b) Staphylococcus aureus
- c) Proteus mirabilis
- d) Pseudomonas aeruginosa
- e) Staphylococcus saprophyticus

Cevap A (Estamm, 1992, s.788)

Üriner sistem enfeksiyonlarının %95'inden fazlası sadece bir bakteri tarafından meydana getirilir. Komplike olmayan sistit veya piyelonefritlerin yaklaşık %80'inde etken E.coli'dir. Rekürrent üriner sistem enfeksiyonlarında proteus ve enterokokların görülme sıklığı artar. Son yıllarda S. saprophyticus'un özellikle genç bayanlarda assendan yolla oluşan üriner sistem enfeksiyonlarında E.coli'den sonra ikinci sırada yer aldığı belirlenmiştir.

**32.Toksoplazmozis için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Etkeni Toksoplasma gondii'dir.
- b) Etkenin kesin konağı kedigillerdir.
- c) İntrauretin enfeksiyonlu çocuklar %75 oranında asemptomatik doğar.
- d) Annenin akut enfeksiyonlarında tedavi edilmeyen olgularda en yüksek transplasental geçiş oranı gebeliğin birinci trimestrinde olur.
- e) Tanıda ELISA en kullanışlı testlerden birisidir.

Cevap D (McCabe, 3.baskı, s.2094)

Konjenital toksoplazmozis gebelik sırasında annede oluşan akut enfeksiyon (genellikle asemptomatik) sonucu gelişir. İmmün sistemi bozuk olmayanlarda gebelikten önce toksoplazmozis gelişen annenin bebeğinde konjenital toksoplazmozis geliştiğine dair şu ana kadar bir vaka bildirilmiştir. İmmün sistemi bozuk kronik enfeksiyonlu gebelerin fetüslerinde toksoplazmozis gelişebilir. Annenin akut enfeksiyonlarında tedavi edilmeyen olgularda transplasental geçiş oranı gebeliğin birinci trimestrinde %25 iken, ikinci ve üçüncü trimestirlerde bu oran sırasıyla % 54 ve %65 dir.

33. Aşağıdakilerden hangisi kronik hepatit B tedavisinde Interferon-alfa yanıtını olumsuz yönde etkiler?

- a) ALT düzeyinin normal veya hafif yüksek olması
- b) HBV-DNA düzeyinin düşük olması
- c) Hasta cinsiyetinin kadın cinsiyet olması
- d) İnfeksiyon süresinin kısa olması
- e) Karaciğer histopatolojisinde kronik aktif hepatit olması

Cevap A (Kılıçturgay, Viral Hepatit'98)

HBV sitopakit bir virüs değildir ve ALT düzeyi ile immün sistem arasında bir ilişki vardır.

34. Hepatit A virüsü diğer picornaviridae familyası virüslerinden ayıran özelliklerinden hangisi yanlıştır?

- a) Nükleotid ve aminoasid sekansları farklıdır.
- b) Tek bir nötralizasyon kısmına sahiptir.
- c) En az iki serotipi mevcuttur.
- d) Hücre kültürlerine adaptasyon zorluğu, yavaş çoğalması
- e) Enteroviral-spesifik monoklonal antikorlarla reaksiyon vermemesi

Cevap C (Kılıçturgay, Viral Hepatit'98)

Hepatit A virüsünün tek bir serotipi mevcuttur.

35. Viral hepatit tanısında anlamlı olarak kabul edilen de 'Ritis oranı nedir?

- a) ALT düzeyinin 400 IU/L'nin üzerinde olması
- b) AST/ALT oranının 1'den küçük olması
- c) Direkt bilirübin seviyesinin 2 mg/dl'nin üzerinde olması

- d) İndirekt bilirübin seviyesinin 2 mg/dl'nin üzerinde olması
- e) Protrombin zamanının 15 saniyenin üzerinde olması

Cevap B (Kılıçturgay, Viral Hepatit'98)

İlk kez 1955 yılında de'Ritis tarafından belirtildiği gibi AST/ALT oranının hastalık etiyojisini belirlemede yararlı olabilmektedir. Viral hepatitlerde bu oran 1'den küçüktür.

36. Aşağıdakilerden hangisi Tularemi tedavisinde kullanılır?

- a) Seftriakson
- b) Penisilin G
- c) Streptomisin
- d) Sefuroksim
- e) Piperasilin

Cevap C (Topçu, Söyletir, Doğanay, İnfeksiyon Hastalıkları Kitabı, 1996, s.568)

Beta laktam antibiyotikler tedavide başarısız bulunmuştur. Seçeneklerden sadece C şıkkı beta laktam değildir.

37. Aşağıdaki klinik tiplerinden hangisi koleranın en ağır şeklidir?

- a) Kolera diyaresi
- b) Kolera gravis
- c) Kolera sikka
- d) Kolerin Tifo benzeri kolera
- e) Kolera sikka

Cevap C (Bilgehan H. Klinik Mikrobiyoloji 1996 s.107)

Kolera sikka çok atuk başlar. Birdenbire kollaps gelişir ve bütün vücut sıvısı aniden barsak boşluğuna toplanır. Sıklıkla ölümlü sonuçlanır.

# GASTROENTEROHEPATOLOJİ

1. Aşağıdakilerden hangisi Zollinger-Ellison sendromunda görülmez?

- a) Tedaviye refrakter peptik ülser
- b) Serum gastrin düzeyinde artış
- c) İdrar 5-OH indol asetik asitte artış
- d) Diyare
- e) Steatore

Cevap C (İlçin, Temel İç Hastalıkları, s.971)

Zollinger-Ellison sendromu klinik ve kimyasal kriterlerle tanımlanır;

- 1. Artmış serum gastrin konsantrasyonu
  - 2. Artmış bazal asit salgınımı
  - 3. Artmış bazal/pik asit salgısı
  - 4. Peptik ülser veya diyare veya her ikisinin birlikte olması
  - 5. Gastrin salgılayan tümör
- En sık görülen semptom karın ağrısıdır. Hastaların %20-30'unda MEN I sendromu vardır.

2. Kolon tipi diareyle ilgili bilgilerden yanlış işaretleyiniz?

- a) Günlük defekasyon sayısı fazla ancak günlük gaita miktarı ince barsak tipi diareye göre azdır.
- b) Defekasyonla geçen kramp tarzından karın ağrısı vardır.
- c) Rektumun hastalığa yakalanması halinde tenesmus görülür.
- d) Gaitada müküs vardır.
- e) Hiçbiri

Cevap E (İlçin, Temel İç Hastalıkları, s.995)

Dışkı volümünün fazla olması, ince bağırsak ya da kolonun proksimal kısmındaki hastalıkları düşündürürken, sık sık ve azar azar, hatta bazen sadece müküs içeren tarzda defekasyonun varlığı, distal kolon patolojisini akla getirir. Kolon hastalıklarındaki ağrı hipogastrium, sağ veya sol alt kadranda ve sakral bölgede hissedilir, genellikle beraberinde tenezm vardır.

3. Ülseratif kolite ait aşağıdaki bilgilerden hangisi yanlıştır?

- a) En sık semptom kanlı ishaldir.
- b) En sık rektosigmoid bölgeye lokalizedir.
- c) Fulminan gidişli hastada endoskopik ve radyolojik tanısal işlemlerin yapılması kontrendikedir.
- d) Fistül gelişimi regional enterite göre daha sık görülür.
- e) Striktür seyrektr.

Cevap D (İlçin, Temel İç Hastalıkları, s.1008)

Crohn hastalığının en sık rastlanan ve en önemli komplikasyonu, çeşitli fistüllerdir.

4. Aşağıdakilerden hangisi akut pankreatitte görülmez?

- a) Hiperkalsemi
- b) Hiperglisemi
- c) Lökositoz
- d) Metabolik asidoz
- e) SGOT'de artış

Cevap A (İlçin, Temel İç Hastalıkları, s.1035)

Akut pankreatitte kan elektrolitlerinde değişiklikler olabilir. En sık görülen hipokalsemidir, kalsiyum düzeyinin %7 mg altına inmesi kötü prognostik belirtidir. Hipokalseminin nedeni  $Ca^{++}$ 'un dokulara çökmesidir.

5. Safra kesesi taşları teşhisinde kullanılan en önemli metod hangisidir?

- a) ERCP (Endoskopik Retrograd Kolanjio Pankreatikografi)
- b) PTK (Perkutan Transhepatik Kolanjiografi)
- c) Bilgisayarlı tomografi
- d) Ultrasonografi
- e) Safra kesesi ve safra yolları sintigrafisi

Cevap D (Telatar, Gastroenteroloji, 2.cilt, s.877; İlçin, Temel İç Hastalıkları, s.1168)

Safra kesesi taşlarının tanısında en iyi ve ilk tercih edilecek sistem USG'dir. Akustik gölgesi olan, pozisyonla yer değiştiren ve hiperekojen görülen opasiteler safra kesesinde taş için tipiktir. Yanlış pozitiflik ve negatiflik (%4) düşüktür. USG ile aynı anda pankreas ve safra yolları da görüntülenir. Sarılık olmasından etkilenmez. Hamilelikte güvenlidir. USG'nin dezavantajları ise; safra taşı sayısını belirlemede yetersizdir. Aşırı obez ve gazlı kişilerde başarısız olunabilir. Akut kolesistit tanısında spesifik değildir.

6. Akut kolesistitlerde safra kesesinde taş görülme oranı nedir?

- a) %30
- b) %50
- c) %70
- d) %95
- e) %100

Cevap D (Telatar, Gastroenteroloji, 2.cilt, s.884; İlçin, Temel İç Hastalıkları, s.1170)

Akut kolesistit en sık duktus sistikus tıkanan bir taşın yol açtığı akut inflamasyondur. Vakaların %5 kadarında taş yoktur ve taşsız kolesistit olarak adlandırılır. %80 vakada sekonder bakteriyel infeksiyon görülür.

7. Primer sklerozan kolanjitli hastalarda aynı zamanda ülseratif kolit bulunması oranı nedir?

- a) %8
- b) %20
- c) %25
- d) %50
- e) %90

Cevap D (Telatar, Gastroenteroloji, 2.cilt, s.464; İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.1173)

Primer sklerozan kolanjitte vakaların yarısı ülseratif kolit ile beraberdir. En sık kaşıntı ve sarılık ile kendisini belli eder. Tanı koymada en iyi yöntem ERCP'dir.

8. Aşağıdakilerden hangisi primer karaciğer kanseri tanısında yardımcıdır?

- a)  $\alpha$ -Fetoprotein
- b) c-Reaktif protein
- c) Karsino embriyonik antijen
- d) Romatoid artrit
- e) CA-19-9

Cevap A (Aktan, s.334)

20 ng/ml üzerindeki değerler hepatosellüler karsinoma için spesifiktir.

9. Aşağıdakilerden hangisi karaciğer hastalığı için spesifik bir bulgudur?

- a) Asit
- b) Palmar eritem
- c) Fetor hepatikus
- d) Spider angioma
- e) Özofagus varisi

Cevap C (Sherlock, Liver Diseases, 1997; Bockus, Gastrointestinal, 1995; İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.1154)

Fetor hepatikus özellikle akut karaciğer yetmezliği olgularında ağızda duyulan bir kokudur. Ölmüş fare kokusunu andırır. Büyük olasılıkla intestinal orjinli olan ve yaygın kollateral dolaşım sonucu sistemik dolaşıma yayılan maddelerce ortaya getirilir; lavman ve laktulozla defekasyon sağlandıktan sonra ve antibiyotik kullanımından sonra ortadan kalkar.

10. Serumda direkt bilirubinlerin artışı hangi hastalıkta görülmez?

- a) Dubin-Johnson sendromu
- b) Crigler-Najjar sendromu
- c) Rotor sendromu
- d) Akut viral hepatit
- e) Koledok obstrüksiyonu

Cevap B (Sherlock, Liver Diseases, 1997; Bockus, Gastrointestinal, 1995; İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.1087)

Bkz. Tablo 1.

11. Aşağıdakilerden hangisi özofagus kanseri oluşumunda risk faktörü değildir?

- a) Barret özofagusu
- b) Akalazyza
- c) Plummer-Winson sendromu
- d) Koroziv özefajit
- e) Zenker divertikülü

Cevap E (Sherlock, Liver Diseases, 1997; Bockus, Gastrointestinal, 1995; İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.947)

En sık yassı hücreli kanser görülür. Barret özefagusu ile adenokanser arasında yakın bir ilişki vardır. Etiyolojide çevre faktörleri ve diyet rol oynar. Alkol ve sigara kullanımıyla da yakın bir ilişki vardır. Diğer risk faktörleri; Koroziv özefajit, Plummer-Winson sendromu, akalazyza, nazofarinksin yassı hücreli kanseri ve tylosis (özefagusta, avuç ve tabanlarda hiperkeratoz)'dir.

12. Aşağıdakilerden hangisi duodenal ülser cerrahisinden sonra görülen komplikasyonlardan değildir?

- a) Dumping sendromu
- b) Kolelityazis ve sklerozan kolanjit gelişimi
- c) Alkalen reflü gastrit
- d) Diyare
- e) Anemi

Cevap B (Telatar, Gastroenteroloji, 1.cilt, s.335-346; İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.964)

Postgastrektomik komplikasyonlar;

1. Dumping sendromu
2. Diyare
3. Alkalen reflü gastriti ve özefajiti
4. Kilo kaybı
5. Anemi
6. Afferent loop obstrüksiyonu
7. Safra taşı
8. Kanser
9. Rekürren ve marginal ülserler

13. İltihabi bağırsak hastalıklarının bağırsak dışında görülen bulgularından olmayan hangisidir?

- a) Pyoderma gangrenozum
- b) Eritema multiforme
- c) Böbrek ve safra taşları
- d) Sklerozan kolanjit
- e) Artrit

Cevap B (Spiro, Clinical Gastroenterology, 1993; İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.1011)

Bkz. Tablo 2.

14. Schatzki halkası yerleşim bölgesi hangisidir?

- a) Özofagus üst 1/3
- b) Özofagus orta 1/3
- c) Özofagus alt 1/3
- d) Kardial
- e) Pilonal kanal

**Tablo 1.** Hiperbilirubinemi nedenleri ve birlikteki serum bilirubin örnekleri

Hastalık	Bilirubin fizyolojisindeki eksiklik	Serum bilirubin örneği		Proteine bağlanma
		Ankonjuge	Konjuge	
Ankonjuge hiperbilirubinemi				
Hemoliz ve hemolitik anemiler	Üretimin artması	+	-	-
		(4 mg/dL'yi	nadiren yaşar)	
Hematomlar	Üretimin artması	+	-	-
İnefektif eritropoez (Pernisiyöz anemi, talassemi)	Üretimin artması	+	-	-
Neonatal sarılık (fizyolojik sarılık)	Üretimin artması, bilirubin UDP-glukuronil transferaz aktivitesinde azalma, sitozolik ligandin azalması, bağırsak absorpsiyonunun artması	+	-	-
		(zamanında doğanlarda 6 mg/dL, prematürelde (10-12 mg/dL)		
Anne sütü sarılığı	Bilirubin UDP-glukuronil transferaz aktivitesinde inhibisyon? Bağırsaktan absorpsiyonun artması	+	-	-
		(20-30 mg/dL) kadar)		
İlaçlar	Karaciğer "uptake"inin azalması	+	-	-
Gilbert sendromu	Bilirubin UDP-glukuronil transferaz aktivitesinde azalma, hepatik "uptake"de azalma?, hemoliz veya diseritropoez	+	-	-
Crigler-Najjar tip I	Bilirubin UDP-glukuronil transferaz aktivitesi yok.	+	-	-
Crigler-Najjar tip II	Bilirubin UDP-glukuronil transferaz aktivitesinde belirgin azalma	+	-	-
Açlık hiperbilirubinemisi	Üretimin artması, hepatik klerens azalması, "uptake"de ve konjugasyonda azalma?	+	-	-
Konjuge hiperbilirubinemi				
İntrahepatik kolestaz (Hepatosellüler, kanaliküler, düktüler hasar)	Biliyer ekskresyon azalması, bilirubin dekonjugasyonu, plazma ankonjuge bilirubin düzeyinin artmasına yol açar.	+	+	+
Ekstrahepatik kolestaz (mekanik tıkanıklık)	Biliyer ekskresyon azalması, bilirubin dekonjugasyonu	+	+	+
Dubin-Johnson sendromu	Biliyer ekskresyon bozukluğu (kanaliküler membran defekti?)	+	+	+
Rotor sendromu	Hepatik "uptake" ve depolanma azalması, biliyer ekskresyonda azalma?	+	+	+

Cevap C (Spiro, *Clinical Gastroenterology*, 1993; İliçin, *Temel İç Hastalıkları*, s.947)

Schatzki halkası özefagusun alt 1/3 kısmında bulunur.

**15.Pankreas kanserinin ana semptomları için hangisi doğrudur?**

- Karın ağrısı, bulantı-kusma, anemi
- Karın ağrısı, kilo kaybı, sarılık
- Karın ağrısı, kilo kaybı, anemi
- Sarılık, ateş, kilo kaybı
- Karın ağrısı, hipotansiyon, anemi

Cevap B (İliçin, *Temel İç Hastalıkları*, s.1039)

Pankreas kanserinde ana belirtiler; karın ağrısı, kilo kaybı ve sarılıktır.

**16.Hangisi akut pankreatitin erken komplikasyonlarından değildir?**

- Akut tübüler nekroz
- DIC
- Psödokist
- Splenik ven trombozu
- Hipokalsemi

Cevap C (İliçin, *Temel İç Hastalıkları*, s.1036)

Bkz. Tablo 3.

**17.Hangisi Crohn hastalığında bulunmasına rağmen kolitis ülserozada bulunmaz?**

- Perianal abse
- Kript abseleri
- Rektal kanama
- Karında kitle
- Fistül

**Tablo 2.** İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında ekstraintestinal manifestasyonlar

Nütrisyonel ve metabolik bozukluklar
Kilo kaybı, çocuklarda gelişme geriliği
Hipoalbuminemi-nütrisyonel, protein kaybettirici enteropati
Vitamin eksikliği*
Kalsiyum, magnezyum veya çinko eksikliği
Hematolojik bozukluklar
Anemi-Fe, folat, Vit. B12 eksikliği
Lökositoz, trombositoz
Deri ve müköz membranlar
Piyoderma gangrenozum
Eritema nodosum
Stomatit ve multipl aftöz ülserler
Kas-iskelet
Ankilozan spondilit, sakroileit (HLA-B27 ile ilgili)
Büyük eklemlerin periferik artriti
Osteoporoz
Osteomalazi
Karaciğer ve biliyer belirtiler
Yağlı karaciğer
Perikolanjit
Sklerozan kolanjit
Safra taşları*
Safra yolları kanseri
Böbrek komplikasyonları
Böbrek taşları
Ürik asid
Kalsiyum okzalit*
Obstrüktif üropati*
Üriner sisteme fistül*
Amiloidoz (seyrek)
Göz komplikasyonları
Konjunktivit, episklerit, irit
Üveit (HLA-B27)

\*Crohn hastalığı

Cevap A (İlçin, *Temel İç Hastalıkları*, s.1013)

Bkz. Tablo 4.

**18.Kolonun en sık karşılaşılan motilite bozukluğu hangisidir?**

- İrritabl bağırsak sendromu
- Kolon Ca
- Divertiküler hastalık
- Hirschsprung hastalığı
- İntestinal obstrüksiyon

Cevap A (İlçin, *Temel İç Hastalıkları*, s.986)

Kolonun en sık rastlanan motilite bozukluğu iritabl bağırsak sendromudur. Sağlıklı kişilerin %25'inde iritabl bağırsak sendromuna uyan yakınmalar vardır. Daha çok genç bayanlarda görülür.

**19.Hangisinde gastrik boşalma hızlanmıştır?**

- Gastroözefajial reflü
- Gastrik ülser

**Tablo 3.** Akut pankreatit komplikasyonları

**Erken komplikasyonlar**

Şok
Pulmoner yetmezlik (Atelektazi, plevral sıvı, solunum yetmezliği)
Böbrek yetmezliği (Akut, tubuler nekroz)
Metabolik bozukluklar (Hiperglisemi, asidoz, hipokalsemi, hipomagnezemi)
Akut sıvı toplanması (psödokist, apse)
Nekroz/Enfekte nekroz (Mide duodenumda ve/veya kolonda nekrozlar, üst/alt GİS kanamaları)
Portal ve splenik ven trombozları
Pankreas içine ve çevresine kanamalar (Hemorajik pankreatit)
Yaygın damar içi pıhtılaşma sendromu (DIC)
Metastatik yağ nekrozları, retinal arter oklüzyonuna bağlı ani körlükler, psikoz tablosu

**Geç komplikasyonlar**

Sıvı kolleksiyonları
Psödokist ve apseler (İnfeksiyon, perforasyon, kanama)

**c) Beyin sapı lezyonları**

**d) Vagotomi sonrası**

**e) Duodenal ülser**

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

Bkz. Tablo 5.

**20.Hangisi simetidin yan etkisi değildir?**

- Jinekomasti
- Hiperprolaktinemi
- Asit reboundu
- Konvülsiyon
- Somnolans

Cevap C (İlçin, *Temel İç Hastalıkları*, s.959)

Asit reboundu antiasitlerin yan etkilerindedir.

**21.Hangisi H. pylori'ye karşı kullanılmaz?**

- Bizmut türevleri
- Antiasitler
- Kloritromisin
- Amoksisilin
- Metronidazol

Cevap B (İlçin, *Temel İç Hastalıkları*, s.958)

Antiasitler dışındaki tüm ilaçlar H. pylori için kullanılır. Antiasitler saldırgan faktörlerin etkisini azaltan ve koruyucu faktörlerin etkisini arttıran ilaçlardır.

**22.Hangisi peptik ülserin ağrısıyla uyumlu değildir?**

- Açlık ağrısıdır.
- Yiyecek ve antiasitle hafifler.
- Ağrıya eşlik eden duyarlılık vardır.
- Gece uykudan uyandırır.
- Vücut pozisyonunun değişmesinden etkilenmez.

**Tablo 4.** Crohn hastalığı ile kolitis ülserozanın klinik ve patolojik özelliklerinin kıyaslaması

Özellik	Crohn hastalığı	Kolitis ülseroza
<b>Klinik</b>		
Sigara tiryakisi	++	+/-
Kırıklık, ateş	++	+
Rektal kanama	++	+++
Karın duyarlılığı	+++	+
Karında kitle	++	+
Karın ağrısı	+++	+
Perianal abse	+++	-
<b>Endoskopik</b>		
Rektal hastalık	+	+++
Diffüz, süregen, simetrik tutuluş	+	+++
Aftöz veya lineer ülserler	+++	-
Kaldırım taşı görünümü	++	-
Friabilite	++	+++
<b>Radyolojik</b>		
Süregen hastalık	+	+++
İleum tutuluşu	++	-
Asimetri	+++	-
Darlık	++	+
Fistül	++	+
<b>Patoloji</b>		
Kesinti	++	-
Transmüral tutuluş	+++	+/-
Lenfoid agregat	+++	-
Kript abseleri	+++	+++
Granülom	++	-
Sinus trakt/fistül	+++	-

Cevap C (İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.956)

Ağrının akut ve şiddetli olması, yiyecek ve antiasitlere yanıt vermemesi, vücut pozisyon değişiklikleriyle bir-

**Tablo 5.** Gastroduodenal motilite bozuklukları

Gecikmiş gastrik boşalma	Hızlanmış gastrik boşalma
Vagotomi sonrası	Dumping sendromu
Diabetes mellitus	Pankreatik yetmezlik
Viral infeksiyonlar	Celiac sprue
Gastroözefajiyal reflü sendromu	Zollinger-Ellison sendromu
Beyin sapı lezyonları	Hipertiroidi
Çeşitli kas hastalıkları	Duodenum ülseri
Anoreksiya nervosa	
İlaçlar	
Skleroderma, dermatomyozit	
Kronik intestinal psödoobstrüksiyon	
Gastrik ülser	
İdiyopatik ve diğer nedenler	

likte değişmesi, yayılım göstermesi, ağrıya eşlik eden duyarlılık ve rebound gibi muayene bulguları ülserle uyumlu değildir.

### 23. Hangisi Menetrier hastalığında görülmez?

- Sarılık
- Karın ağrısı
- Ödem
- Kilo kaybı
- Bulantı-kusma

Cevap A (İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.952)

Menetrier hastalığını, fundus ve korpusta dev gastrik foldlar, protein kaybettirici gastropatiye bağlı hipoalbuminemi ve tipik histolojik değişiklikler triadı oluşturur. Abdominal ağrı, bulantı, kusma, kilo kaybı ve ödem en önemli semptomlardır.



# GÖĞÜS HASTALIKLARI

1. İsoniazid (INH) profilaksisi hakkında aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) INH yetişkinlere günde tek doz, 300 mg, sabah aç karına, çocuklara ise 5-10 mg/kg (300 mg'a kadar) verilir.
- b) INH profilaksisinin minimum süresi 6 aydır.
- c) HIV enfekte kişiler ve başka şekilde immün sistemi baskılanmış olanlar ile radyolojik bulguları, özellikle geniş skar alanları olanlarda ise ilacın 12 ay verilmesi önerilmektedir.
- d) INH profilaksisi stabil karaciğer hastalığı olan kişilerde kontraendikedir.
- e) Hamilelikte tüberkülin konversiyonu olmadıkça genellikle profilaksi için doğuma kadar beklenir.

Cevap D (Murray 1994, s.1142)

İsoniazidle koruyucu tedavi önceden ilacın yan etkisinin görüldüğü veya aktif, unstabil karaciğer hastalığı olan kişilere verilmemelidir. Stabil karaciğer hastalığı bir kontraendikasyon değildir, ancak böyle kişilerin profilaksi endikasyonu yönünden dikkatle değerlendirilmesi ve tedavi sırasında yakın izlemi gerekir.

2. Akciğer kanseri etyolojisinde aşağıdakilerden hangisi suçlanmamaktadır?

- a) Asbest
- b) Klormetil esterleri
- c) Kromatlar
- d) Nikel
- e) Çinko

Cevap E (Öbek 1990, s.452)

İlk 4 şıktakiler akciğer kanseri etyolojisinde suçlandıği halde çinko suçlanmamaktadır.

3. Özellikle hangi tip akciğer kanserinde hipofosfatemi görülebilir?

- a) Epidermoid kanser
- b) Yulaf hücreli kanser
- c) Adeno kanser
- d) Büyük hücreli kanser
- e) Alveolar hücreli kanser

Cevap A (Öbek 1990, s.453)

Epidermoid kanserde ektopik paratiroid hormon yapımı sonucu hiperkalsemi ve hipofosfatemi ortaya çıkar.

4. Akciğer kanserinde en sık görülen ekstratorasik, nonmetastik belirti aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Cushing sendromu

- b) Çomak parmak
- c) Karsinomatöz miyopati
- d) Akantosis nigrikans
- e) Pulmoner osteoartropati

Cevap C (Öbek 1990, s.453)

Şıklardaki tüm belirtiler, akciğer kanserinde görüldüğü halde en fazla karsinomatöz miyopati görülür.

5. Kronik mediastenitin en sık etkeni nedir?

- a) Tüberküloz
- b) Aktinomikozis
- c) Histoplazmozis
- d) Sifiliz
- e) Hemofilus influenza

Cevap A (Öbek, Solunum sistemi hastalıkları, 1990, s.483)

B, C, D şıklarındaki etkenler, kronik mediastenit yapabildikleri halde en fazla sıklıkla tüberküloz etkindir.

6. Hamman belirtisi aşağıdaki hastalıklardan hangisi için tipiktir?

- a) Pnömonok pnömonisi
- b) Kaviter akciğer tüberkülozu
- c) Genaralize obstrüktif amfizem
- d) Ampiyem
- e) Mediasten amfizemi

Cevap E (Öbek, Solunum sistemi hastalıkları, 1990, s.84)

Hamman belirtisi: Prekordiyumun oskültasyonunda kalp vuruşları ile senkron bir gıcırtı veya çıtırtı sesi alınmasıdır. Mediasten amfizemi için tipiktir.

7. 38 yaşında kadın hasta 3 yıldır temizlik yaparken belirginleşen nonproduktif öksürük, hırıltı yakınmaları var. Akciğer grafisi olağan Akc. Oskültasyonunda ekspiryum uzun, ronküsler var. Tanınız ve tedavi öneriniz nedir?

- a) Astma, mite allerjisi nedeni ile aşı + inhale bronkodilatör
- b) Kronik bronşit, inhale bronkodilatör + oral teofilin + mukolitik
- c) Bronşektazi, inhale bronkodilatör + oral teofilin + mukolitik
- d) Astma, akarid + inhale kortikosteroid + inhale bronkodilatör
- e) Kronik bronşit, inhale steroid + inhale bronkodilatör + mukolitik

Cevap D (Bayındır, Özhan, Dereli, Astma tanı ve tedavisinde uluslararası fikir birliği raporu. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi (Özel Sayı) 1995, s.42-45)

Tanımlanan klinik astımla uyumludur. Tedavide akarlar karşı akarasid, inhale kortikosteroid ve inhale bronkodilatör kullanılır.

**8. Aşağıdakilerden hangisi astmatik bir olguda en etkin antienflamatuvardır?**

- a) Albuterol
- b) Anhidroz teofilin
- c) Budesonid
- d) Ambroksol
- e) Nedokromil sodyum

Cevap C (Çımrın, Astma tedavisinde kullanılan ilaçlar, 1995, s.30-41.)

İnhale kortikosteroid olması nedeni ile astımda kullanılabilecek en etkili antienflamatuvarlardan biridir.

**9. Hangisi hiperkapni bulgusu değildir?**

- a) Asteriksiz
- b) Baş ağrısı
- c) Papilla ödemi
- d) Siyanoz
- e) Konfüzyon

Cevap D (Vidinel 1981, s.391)

Siyanoz hipoksemi bulgusudur. Hiperkapnide görülmez.

**10. Kistik fibroziste hangisi yanlıştır?**

- a) Doğumda akciğerler normaldir.
- b) Otozomal dominant geçer.
- c) İleri yaşlarda tanı konabilir.
- d) Mortalite/morbidite metabolik komplikasyonlara bağlıdır.
- e) Ektrin ve ekzokrin bezler tutulur.

Cevap B (Fishman, Pulmonary Diseases and Disorders, 1988, s.1273)

Konjenital bir hastalıktır. Otozomal resesif geçer.

**11. Hangisi obstrüktif solunum fonksiyon bozukluğu bulgusu değildir?**

- a) Total akciğer kapasitesi artar.
- b) Zirve akım hızı azalır.
- c) Vital kapasite azalır
- d) Rezidüel volüm artar.
- e) Statik kompliyans artar.

Cevap E (Vidinel, Akciğer Hastalıkları, 1981, s.49)

Statik kompliyans obstrüktif solunum bozukluğunda azalma gösterir.

**12. Sigara hangisinin oluşumundan özellikle sorumludur?**

- a) Panasiner amfizem

- b) Senil amfizem
- c) Komensatris amfizem
- d) Sentrasiner amfizem
- e) Mediastinal amfizem

Cevap D (Vidinel, Akciğer Hastalıkları, 1981, s.377)

Sentrasiner amfizem KOAH'da görülen amfizem şeklidir. Dolayısı ile sigara bu tip amfizemde sorumludur.

**13. Kronik astmatik yakınmaları olan 38 yaşında erkek hasta, 1500 mg/gün inhale steroid + anhidroz teofilin 600 mg/gün + 2 puf/gün salbutamol kullanıyor. Semptom ve bulguları kontrol altında iken son günlerde gündüzleri daha sık salbutamole gerek duyuyor ve geceleri ortalama 2 defa uykudan uyanıyormuş. PEF değerleri de önceki değerlerin altında seyretmekte. Enfeksiyon bulgusu yok. Tedavide öncelikle nasıl bir düzenleme yaparsınız?**

- a) Uzun etkili beta 2 agonist eklenir.
- b) 80 mg/gün sistemik steroid başlarım
- c) Teofilin dozunu arttırırım
- d) Kısa etkili Beta 2 agonist dozunu arttırırım
- e) Antikolinergik eklerim

Cevap A (Bayındır, Özhan, Dereli, Astma tanı ve tedavisinde uluslararası fikir birliği raporu. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi (Özel Sayı) 1995, s.49)

Gece gelen nefes darlığı olduğu için uzun etkili Beta 2 agonist eklenir.

**14. 15 yıldır KOAH-b tanısı ile izlediğiniz hasta son 3 yıldır hipoksemik ve hiperkapnik. Son 15 gündür KOAH alevlenme bulguları var. Hipoksemi ve hiperkapninin şiddetlenmesi ve enfeksiyon bulguları nedeni ile tek tablo ağırlaşmış. Bacaklarda gode bırakan ödem ve hepatomegali var. Spontan solunumu var. Destek tedavisine gereksiniyor. Hangisi yanlıştır?**

- a) PaO<sub>2</sub>'yi 100 mmHg'ye yükseltmeye çalışırım.
- b) Sık öksürtürüm.
- c) ACE inhibitörü başlarım
- d) Diüretik veririm
- e) Bronkodilatör + antibiyotik veririm

Cevap A (Vidinel, Akciğer Hastalıkları, 1981, s.399)

15 yıldır kronik KOAH'lı hastanın PaO<sub>2</sub>'si 100 mmHg'ye yükselmez. 60 mmHg üzerinde tutulması yeterlidir. PaO<sub>2</sub>'nin aşırı yükselmesi CO<sub>2</sub> retansiyonuna yolaçabilir.

**15. Plevrada transüda niteliğinde sıvı toplanmasının nedeni aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Kalp yetmezliği
- b) Bronş Ca.
- c) Pnömoniye eşlik eden plevral effüzyon
- d) Siroz
- e) Miksödem

## GÖĞÜS HASTALIKLARI

Cevap C (Akkaynak, *Solunum Hastalıkları 4. baskı*, s.330; Sahn, *The Pleura, Am Rev Respir Dis*, s.138, 197; Fishman, *Pulmonary Diseases and Disorders*, s.2164)

Pnömoniye eşlik eden plevral effüzyondur. Kalp yetmezliği, siroz ve miksödem transüda yapan sebeplerdir. Eksüda vasfındaki sıvıların ensik sebebi parapnömonik effüzyonlar olup her zaman bu vasfındadır. Bronş Ca'larda %10 vakada transüda vasfında sıvı olup, sebebi lenfatik obstrüksiyon, atelektazi, VCSS'dur.

**16. Aşağıdakilerden hangisi tüberkülozun immünolojisinde esas rolü olan T hücrelerdir?**

- a) Th 2, Th 1
- b) Th 2
- c) Th 0
- d) TH 1
- e) T sitotoksik hücreler

Cevap D (Shlossberg, 1995, s.21)

Th 1 hücreleri basillerin harap edilmesi için hücre sel immünüte makrofajlarının aktivasyonunda en fazla öneme sahip hücrelerdir.

**17. Akciğerin en sık görülen konjenital anomalisi olduğu halde, klinikte semptoma yol açmayan anomali hangisidir?**

- a) Bronkopulmoner sekestrasyon
- b) Azigos lobu
- c) Konjenital kistik hastalık
- d) Pulmoner arter anevrizması
- e) Akciğer agenezisi

Cevap B (Vidinel, 1981, s.68)

Akciğerin en sık görülen konjenital anomalisi Azigos lobu olup, semptoma yol açmaz. Bronkopulmoner sekestrasyonlar enfekte olur. Akciğer agenezisinde solunum yetmezliği ve enfeksiyon bulguları olur. Pulmoner arter anevrizması asemptomatik olabildiği gibi nefes darlığı, öksürük ve göğüs ağrısı yapabilir. Anevrizma rüptüre olabilir. Konjenital kistik hastalıkta ise enfeksiyon ve solunum sıkıntısı oluşturabilir.

**18. Pulmoner emboli sırasında çekilen EKG'de en sık rastlanan bulgu aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Taşikardi
- b) Sağ-aks sapması
- c) S1-Q3-T3 paterni
- d) P pulmonale
- e) Sağ dal bloğu

Cevap A (Daniela 1995, s.29)

Pulmoner embolide ensik EKG bulgusu taşikardi ve ST segment depresyonudur.

**19. Hangisi amfizemin radyolojik bulgusu değildir?**

- a) Hilusların aşağı doğru yer değiştirmesi
- b) Diafragmanın aşağı doğru yer değiştirmesi
- c) Kot aralıklarının daralması

- d) Akciğer alanlarının aşırı olarak havalı görülmesi
- e) Damla kalp

Cevap C (Balci, *Göğüs Hastalıkları*, s.332-336)

Kot aralıklarının daralmasıdır. Diğer şıklar amfizemin radyolojik bulgularıdır.

**20. Tüberküloz tedavisinde aşağıdaki prensiplerden hangisi doğru değildir?**

- a) Tedavi en az 2-3 ilaç ile yapılmalıdır.
- b) Tedavi süresinde ilaçlar düzenli olarak alınmalıdır.
- c) Tedavi kontrolünde ilaçların etkili olmadığı gözlenirse antitüberküloz etkili bir ilaç tedaviye ilave edilir.
- d) Tedavi 2 aşamalı yapılır.
- e) Tedavi başarısı radyolojik ve bakteriyolojik olarak değerlendirilmelidir.

Cevap C (Barış, *Solunum Hastalıkları Temel yaklaşım*, 1995, s.150)

Çünkü tedavi kontrolünde ilaçların etkili olmadığı gözlenirse antitüberküloz etkili bir ilaçla değil birden fazla ilaç tedaviye ilave edilir.

**21. Sarkoidozis için hangisi yanlıştır?**

- a) SFT'de akciğer volümlerinde artış ve diffüzyon kapasitesinde azalma mevcuttur.
- b) BAL'da lenfositler özellikle T helper artmıştır.
- c) PPD cilt testi negatiftir.
- d) Tedavisinde kortikosteroidler ve diğer immüno-supresif ilaçlar kullanılır
- e) BAL'da ve kanda anjiyotensin konverting enzim (ACE) artmıştır.

Cevap A (Fishman, *Pulmonary Diseases and Disorders*, s. 619-644)

Akciğer volümlerinde artış değil azalma mevcuttur. Ancak diffüzyon kapasitesinde azalma doğrudur. Diğerleri sarkoidoziste vardır.

**22. Progressive sistemik skleroz (PSS)'da en sık hangi akciğer kanseri görülür?**

- a) Yassı hücreli Ca
- b) Küçük hücreli Ca
- c) Bronkoalveolar Ca
- d) Büyük hücreli Ca
- e) Metezelyolma

Cevap C (Fishman, s.655)

PSS'da scar karsinoma özellikle de Bronkoalveolar CA görülür.

**23. Astım bronşiale'de bronş epitel harabiyetinden sorumlu mediyatör hangisidir?**

- a) Eozinofilik katyonik protein (ECP)
- b) Major bazik protein (MBP)
- c) Eozinofil derived nörotoksin (EDN)
- d) Nötrofil kemotaktik faktör (NCF)
- e) Histamin

Cevap B (*Türktaş, 1996, s.169*)

Bröş epitel harabiyetinde sayılan diğer mediyatörler de salınmasına rağmen epitel hasarında Major bazik protein (MBP)'dir.

**24.Aşağıdakilerden hangisi kesin olarak obstrüktif bir bozukluğu gösterir?**

- a) Zorlu vital kapasite azalması
- b) 1.ci saniye zorlu ekspirasyon volümü / zorlu vital kapasite yani FEV1 / FVC
- c) Rezidüel volüm artması
- d) Kompliyansın azalması
- e) Diffüzyon kapasitesinin azalması

Cevap B (*Tatlıcioğlu, Toraks, 1996, s.16*)

Obstrüktif hastalıklarda en yararlı ölçüm budur.

**25.Aşağıdaki ilaçlardan hangisi Q ateşi pnömosinde ilk tercih edilecek ilaçtır?**

- a) Kloramfenikol
- b) Eritromisin
- c) Tetrasiklin
- d) Doksisisiklin
- e) Trimetoprim-sulfametaksazol

Cevap C (*Bariş, 1995, s.147-233*)

Coxiella burnetti'nin etken olduğu Q ateşi pnömosinde 2 gr/gün dozunda verilmesi önerilen tetrasiklin ilk tercih edilen ilaçtır. Doksisisiklin, eritromisin ve kloramfenikol'ünde tedavide etkili olduğu bildirilmektedir. Tedavi süresi 2 haftadır.

**26.Aşağıdaki sendromlardan hangisi trakeo-bronkomegali ile karakterizedir?**

- a) Mounier-Kuhn sendromu
- b) William Champell sendromu
- c) Young sendromu
- d) Churg-Strauss sendromu
- e) Hamman-Rich sendromu

Cevap A (*Balcı, Göğüs Hastalıkları, 2.Baskı, 1991, s.350-358*)

Mounier-Kuhn sendromu trakea ve ana bronşların konjenital dilatasyonudur. Büyük havayollarında destek dokunun konjenital yetersizliği sonucu oluşur. Solunum yollarının tetrarlayıcı ekfeksiyonları sık gelişir.

**27.Aşağıdakilerden hangisi akciğerde inaktive olan maddelerden değildir?**

- a) Bradikinin
- b) Serotonin
- c) PGE
- d) PGF 2α
- e) PGA1

Cevap E (*Çelikoğlu, 1993, s.33-52*)

Bradikinin, serotonin, PGE, PGF2α inaktivasyonunda akciğerde çok etkin rol oynar. PGA1, PGA2, anjiyo-

tensin II ve ADH gibi vazoaktif maddeler ise aktivite-lerinde bir kayıp olmaksızın akciğerlerden geçerler.

**28.Aşağıdakilerden hangisi hiperkapnik solunum yetmezliğine yol açmaz?**

- a) Botulizm
- b) Hipotiroidizm
- c) Asthma
- d) Yabancı cisim
- e) ARDS (Akut respiratory distress syndroma)

Cevap E (*Fishman, 1994, s.412*)

Hiperkapnik solunum yetmezliği pompa yetersizliği sonucu olur. ARDS akciğer parankim hasarı sonucu gelişen hipoksemik solunum yetmezliğine yol açar.

**29.İdiyopatik pulmoner fibrozisli hastada BAL (bronkoalveolar lavaj) sıvısı incelenmesinde kortikosteroid tedaviye en iyi hangisindedir?**

- a) Nötrofilden zengin BAL sıvısı
- b) Alveolar makrofajlardan zengin BAL sıvısı
- c) Eozinofilden zengin BAL sıvısı
- d) Lenfositten zengin BAL sıvısı
- e) Bazofilden zengin BAL sıvısı

Cevap D (*Fishman, 2.baskı, 1994, s.77*)

İdiyopatik pulmoner fibrozisin erken enflamatuvar döneminde histopatolojik incelemelerde enflamatuvar hücreler ve alveolar makofaj artışı vardır. Akut enflamatuvar dönemde lenfosit oranı daha baskın olan vakalarda kortikosteroid tedaviye yanıt daha iyi olmaktadır.

**30.Karakteristik histolojik bulgusu keratinizasyon ve intersellüler köprüleşmeler olan akciğer malignitesi hangisidir?**

- a) Akciğer squamos cell Ca.
- b) Akciğer adeno Ca.
- c) Akciğer büyük hücreli Ca.
- d) Akciğer küçük hücreli anaplastik Ca.
- e) Mezotelyoma

Cevap A (*Fishman, 1994, s.228*)

Akciğerin squamos cell karsinomu bronşiyal mukozanın uzun yıllar değişimleri sonucu gelişir. Sitopatolojik çalışmalar invaziv kanser gelişiminden önce squamos metaplazide karsinoma insituya kadar varan ilerleme gösterir. Karakteristik histolojik bulgusu keratinizasyon ve intersellüler köprüleşmedir. İyi difransiyasyon tümör sedefi keratinler oluşturur.

**31.Tüberküloz kemoterapisinde nötr pH'da yavaş çoğalan hücre dışı organizmalara en etkili olan ajan aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) İzoniazid
- b) Streptomisin
- c) Rifampisin
- d) Pirazinamid
- e) Ethambutol

## GÖĞÜS HASTALIKLARI

Cevap C (*Tetikurt, 1995, s.54*)

Nötr pH'da (kazeifiye) ortamda yavaş çoğalan basil popülasyonunda etkili antitüberkülotik ajan rifampisindir.

**32.40 yaşın altında, zaman zaman dispnesi olan ve alveolo-arteriyel oksijen gradienti normal olan kişilerde önde gelen tanı hangisidir?**

- a) Kardiyak valvuler hastalık
- b) Restriktif akciğer hastalığı
- c) Havayolu hiperaktivitesi
- d) Pulmoner hipertansiyon
- e) Diafragma fonksiyon bozukluğu

Cevap C (*Callahan, Emergency Medicine: An approach to clinical problems-solving, 1991, s.981-999*)

Spirometri bulguları ve alveoloarteriyel oksijen gradienti normal olan bir hastada bronkospazmdan kuşku lanılıyorsa, metakolin, soğuk hava inhalasyonları veya egzersiz sonrası bronşprovokasyon testleri yapılmalıdır.

**33.Aşağıdakilerden hangisi antibiyotik tedavisi alan pnömonili bir olguda en son düzelir?**

- a) Akciğer radyografi bulguları
- b) Lökositoz
- c) Oskültasyon bulguları
- d) Ateş
- e) Balgam pürülansı

Cevap A (*Fishman, s.1375-1410*)

Etkili bir tedaviyle ve hastaya ve patojene ilişkin bazı özel durumların dışında, pnömoninin klinik bulgularında 48-72 saat içinde bir düzelme olması beklenir. Diğer açılardan sağlıklı kişilerde, ateş, genellikle 2-4 gün sürer. Lökositoz 4 gün içinde kaybolur, buna karşılık, ince raller, olguların %20-40'ında 7 günde daha uzun sürebilir. Radyografik bulgular, klinik bulgulardan çok daha yavaş düzelir. Pnömokoksik pnömoniler, 50 yaşından genç ve diğer açılardan sağlıklı olguların ancak %60 kadarında 4 hafta içinde rezolüsyona uğrarlar. Daha yaşlı olan, bakteriyemili ya da eşlik eden hastalığı olan olguların ancak %25 kadarında radyografiler 4 haftada normale döner.

**34.Makrofaj içindeki asidik ortam nedeni ile metabolizmasını azaltmış tüberküloz basilleri nasıl isimlendirilir ve bu basillere hangi ilaç etkilidir?**

- a) Hızlı üreyen basil - RMP
- b) Persister basil - PZA
- c) Persister basil - RMP
- d) Hızlı üreyen basil - PZA
- e) Persister basil - INH

Cevap B (*Vidinel, Akciğer hastalıkları, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları*)

Makrofaj içindeki asidik ortamda bulunan tüberküloz basilleri, metabolik aktivitelerini önemli derecede

azaltmışlardır ve persister basiller olarak adlandırılırlar. Bu tip basillere asidik ortamda etkili tek ilaç Pirazinamid (PZA)'dir.

**35.Aşağıdakilerden hangisi bronş karsinomlu bir olguda öncelikle radyoterapi uygulanmasını gerektirir?**

- a) Vena kava superior sendromu (VCSS)
- b) Şiddeti ağrılarla seyreden hipertrofik pulmoner osteoartropati
- c) Kalbe komşu kitle
- d) Malign plörezi
- e) Tümörün ana bronşta görülmesi

Cevap A (*Patterson 1992, s.806-836*)

Akciğer kanserli hastalarda vena kava superior sendromu (VCSS) akut veya subakut başlayabilir ve acil radyoterapi gerektirir. Radyoterapi ile etkin bir palyasyon sağlamak mümkündür. Radyoterapi bazen histolojik tanı ile almadan acilen en kısa zamanda verilir. Hastaların başlangıçta yüksek doz fraksiyonlar alması gerekir.

**36.Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Normal plevral sıvı pH'ı 7.60'dır.
- b) Transüdalalar 7.40-7.55 pH değerine sahiptir.
- c) Eksüdalaların çoğunda plevral sıvı pH'ı 7.30-7.45 arasındadır.
- d) Plevral sıvı asidozu(pH <7.30) özofagus rüptürü, ampiyem, rotatoid plörezi, tüberküloz plözis ve lupus plözisinde görülür.
- e) Malign plevral effüzyonlarda pH>7.30 bulunması, yaşam süresinin kısalığına ve sklerozan ajanlara kötü yanıt işaret eder.

Cevap E (*Murray, Nadel, Respiratory Medicine. In Broaddus VC, Light RW (eds): Disorders of the Pleura: General Principles and Diagnostic Approach, 1994, s.2145-2163*)

Malign plevral effüzyonlarda pH'ın <7.30 olması, kısa sürü ve sklerozan ajanlara kötü yanıt göstergesidir.

**37.Primer enfeksiyon sonucu kazeifiye materyalle dolarak büyüyen bölgesel lenf bezinin bronşa açılması sonucu kazeomun bronş içine dökülmesine ne ad verilir?**

- a) Miliyer tüberküloz
- b) Epi tüberküloz
- c) Adenit tüberküloz
- d) Kazeöz tüberküloz
- e) Bronşial tüberküloz

Cevap B (*Özyardımcı, 1995, s.15*)

Primoenfeksiyonunun bir komplikasyonu olup, primer enfeksiyon sonucu büyüyen bir kazeifiye nekrozla dolan bölgesel lenf bezi bronşa ülsere olduğunda içindeki kazeomun bronş içine akması sonucu o bronşun havalandırdığı sahada oluşan spesifik pnömonidir.

**38.Endüstride kullanılan asbestin %90'ını oluşturan ve akciğerde hacim ve ağırlık kaybetmesi nedeniyle en az zararı olan asbest türü hangisidir?**

- a) Krizotil asbest
- b) Amozit asbest
- c) Tremolit asbest
- d) Krosidolit asbest
- e) Aktinolit asbest

Cevap A (Özyardımcı N., 1995, s.261)

Dayanıklı nedeniyle yüzyıllardır insanoğlu tarafından kullanılan yüksek ısı ve kimyasal işlemlere dirençli bir doğal mineraldir. Asbest yapısına göre iki türe ayrılmaktadır: serpentin ve amfibol. Beyaz asbest olarak bilinen krizotil serpentin grubuna giren tek asbesttir. Amfibol grubunda ise amosit, antofilit, tromoliz, krosidolit ve aktinolit bulunmaktadır. Asbest liflerinin inhalasyonu sonucu akciğerlerde asbestoz denilen yaygın fibrozis ve malign mezotelyoma gibi hastalıklar ortaya çıkabilmektedir.

**39.Horner sendromunda hangi bulgu görülmez?**

- a) İpsilateral anhidrozis
- b) İpsilateral vokal kord paralizisi
- c) İpsilateral enoftalmus
- d) İpsilateral pitozis
- e) İpsilateral miyozis

Cevap B (Akkaynak, s.91-2)

Sempatik sinirin boyunda veya göğüsün yukarı kısmında herhangi bir nedenle baskı altında kalarak felce uğramasını tanımlar. Akciğerin apeks tümörleri, yukarı mediasten yerel tümör veya kistleri, apne, anevrizma, lenf bezi büyümeleri Horner sendromuna neden olabilirler. Tek taraflı olarak göz kapağında düşme (pitozis), pupillada daralma (miyozis), göz küresinin içe çökmesi (enoftalmus) halidir. Bunlara ek olarak aynı tarafta yüzde kuruluk (anhidrozis), yerel ısı artışı, kırmızılık veya ödem de olabilir.

**40.Ekstralober sekestrasyonlarla ilgili hangisi doğrudur?**

- a) %60 olguda sağ hemitoraksta
- b) %60 olguda sol hemitoraksta
- c) %90 olguda sağ hemitoraksta
- d) %90 olguda sol hemitoraksta
- e) %40 olguda sol hemitoraksta görülür.

Cevap D (Fraser, Pare, 3.baskı, s.709)

Ekstralober pulmoner sekestrasyonlar intralober varyasyonlardan daha nadir görülmektedir. Vakaların %90'ında sol hemidiyafragmada alt lobun alt yüzeyi ile diyafram arasında bulunmaktadır. Mediastende de bulunabilirler. Sistemik arteri abdominal aortadan veya bir dalından gelir. İntralober varyasyonlardan farklı olarak ekstralober sekestrasyonların venöz drenajı sistemik venlere dökülür.

**41.Birinci devre sarkoidoziste akciğer grafilerindeki radyolojik görünüm hangi seçeneği uymaktadır?**

- a) Orta zonları içine alan lineer retiküler gölge koyuluğunda artma
- b) Kelebek tarzında mikronodüler gölge koyuluğunda artma
- c) Tüm zonlarda mikronodüler gölge koyuluğunda artış
- d) Hiluslarda iki taraflı polisiklik böyüme
- e) Hiluslardan alt sonlara yayılan lineer ve mikronodüler gölge koyuluğunda artma

Cevap D (Seaton, Seato, Leitch, s.639)

Etyolojisi bilinmeyen, sistemik ve granümatöz bir hastalıktır. Sarkoidozda en sık etkilenen organlar hiler lenf bezleri ve akciğerlerdir. Pulmoner sarkoidoz göğüs radyogramına göre dört evreye ayrılmaktadır. Evre I hiler lenfadenopati Evre II hiler lenfadenopati ve pulmoner opesite, Evre III yalnızca pulmoner opesite-ler, Evre IV irreversibl pulmoner fibrozis gelişimidir.

**42.Broşektazi ile beraber görülen konjenital anomaliler arasında yanlış olanı işaretleyiniz.**

- a) Mac Load Sendromu
- b) William Campbell Sendromu
- c) Tietze Sendromu
- d) Kartagener Sendromu
- e) Mounier Kuhn Sendromu

Cevap C (Seaton, Seaton, Leitch, s.601-2)

1-Pulmoner agenezis, 2- Trakeobronkomegali (Mounier Kuhn), 3-Willam Campbell Sendromu, 4-Kartagener Sendromu (frontal sinüs agenezisi, bronşektazi, situs inversus), 5-Mac Leod Sendromu, 6- Kistik fibrozis, 7-Alfa-1 antitripsin eksikliği, 8-Young's Sendromu (idiyopatik obstrüktif amfizem)

**43.42 yaşında alkolik bir kadın hastaneye bilinç kaybı ile başvuruyor. Ateşi var, kaşektik ve ağız hijyeni kötü. Solunum sistemi muayenesi normal. Akciğer grafisinde; sol akciğer orta zonda kavite bulunduran konsolidasyon alanı mevcut. Hastanın tanısında aşağıdaki şıklardan biri hariç hangi adımlar olmalıdır?**

- a) Balgam acid-fast boyama
- b) KOH boyama
- c) Toraks CAT scan
- d) Bronkoskopi
- e) Torasentez

Cevap E (Fercy, 2.baskı, s.138)

Akciğer grafisinde sol akciğer üst lobta abse mevcut. Alkolizm nedeniyle değişmiş bilinç ve bilinçlilik kaybı ağız içeriğinin aspirasyonuna zemin hazırlar. Primer akciğer abselerinde oral flora ve anaeroblar alışılmış patojenlerdir. Radyolojik ayırıcı tanı; tüberküloz, fungal enfeksiyonlar, malignite ve loküle ampiyemi içerir. Tanıdaki uygun yaklaşımlar; mikobakteriler için asid-

## GÖĞÜS HASTALIKLARI

fast boyama, mantarlar için (KOH) potasyum hidroksit ile hazırlık, obstrüktif lezyonu ekarte etmek için sitoloji ile birlikte bronkoskopidir. Toraks CAT scan; tutulan diğer alanları, endobronşiyal lezyonları, kemik destrüksiyonunu ortaya koyacaktır. Torasentez plevral sıvı veya plevral tutulum delili olmadığından tavsiye edilmez, noninvazif tetkikler tanıyı söyleyebilir. Şayet uzamış antibiyotik tedavisi başarısız olursa cerrahi rezeksiyon ve drenaj gerekebilir.

**44.50 yaşında bayan hasta, 1 aydır nefes darlığı yakınması mevcut. Solunum sistemi bakışı normal. Akciğer grafisinde; bilateral multiple değişik şekil ve büyüklükte parankimal nodüller mevcut. Olası tanınız nedir?**

- a) Akciğer tüberkülozu
- b) Kolon karsinomu
- c) Sarkoidoz
- d) Mycoplasma pneumonia
- e) Silikozis

Cevap B (Fercy, 2.Baskı, s.138)

Akciğer grafisinde; değişik şekil ve hacimde, çoğu akciğer metastazı ile uyumlu, bilateral multiple pulmoner parankimal nodüller izlenmektedir. Diğer olasılıklar; bronkojenik karsinomalar veya fungal granülomalar (Ör; histoplasmosis veya coccidiosis). Sarkoidoz genellikle bilateral hiler lenfadenomegali ile birlikte ve nadiren bilateral pulmoner nodüller görülür. Tüberküloz kaviteli lezyon, plevral effüzyon lezyon, plevral effüzyon veya miliyer patern şeklinde görülür. Silikozisde tipik bulgular; diffüz nodüler fibrozis ve hiler veya bronkopulmoner lenf nodlarında yumurta kabuğu kalsifikasyonudur. Mycoplasma pnömonili hastaların akciğer grafisinde genellikle alt loblar tutulur ve hiluslarda yayılan yama veya tarzında infiltrasyon görülür. Akciğer grafisinde metastatik nodüllerin bulunması primer tümör için araştırma adımı oluşturmaktadır ve tümör sıklıkla gastrointestinal veya genitouriner traktusta bulunur.

**45.37 yaşında erkek hasta, komşusunun tüberküloz olduğunu öğreniyor. 2 yıl önce PPD deri testi negatif. Şimdi yapılan PPD deri testi (5 TU ile) 12 mm. Bundan sonra yapılması gereken hangisidir?**

- a) 250 TU ile Mantoux deri testini tekrarlamak
- b) Günde 300 mg PO İsoniazid başlamak
- c) Atipik mikobakteriyer için deri biyopsisi yapmak
- d) Akciğer grafisi çekirmek
- e) Yıllık deri testleri ile izlem

Cevap D (Fercy, 2.baskı, s.139)

Mantoux deri testi Tbc olgularının %99'dan fazlasında pozitif olur, mükemmel bir tarama testidir. İlk kuvvetlendirici testte. 0.1 ml antijen (5 TU) intradermal verilir. 48 saat sonra endurasyon miktarı mm olarak ölçülür. 10 mm veya daha fazla endurasyon önceden tüberküloz maruziyetine delildir, fakat aktif hastalığı göstermez. Deri testi negatife döndüğünde yakın zamanda oluşmuş maruziyeti gösterir. Kesin tanı bal-

gamda, lenf bezlerinde veya diğer örneklerde organizmayı göstermek ya da yapısal anormallikleri demonstre etmeye dayanır. Aktif hastalık tedavisi en az iki ilaçtan ibarettir, sıklıkla isoniazid ve rifampisin. Şayet aktif hastalık delili yoksa, sadece isoniazid ile profilaksi düşünülebilir. 2.kuvvetlendirici test nadiren birinci test negatif ise kullanılır. İlk test reaksiyonu 5-10 mm ise bazen atipik mikobakteriyel enfeksiyonlara bağlanır. Hastada yakın zaman da PPD testinde pozitiflik gelişmiş ise bir göğüs filmi ve balgamın acid-fast boyası ile incelemesi endikedir.

**46.72 yaşında bayan hasta. Uçak yolculuğu henüz sona ermiş. Ani başlayan dispnesi mevcut, fakat göğüs ağrısı yok. Taşikardik ve belirgin solunum sıkıntısı var. Solunum sistemi bakışında; sadece sağ taraf solunum seslerinde azalma mevcut. Akciğer grafisinde sol pulmoner arterlerde belirginlik, sağ akciğerde oligemi ile birlikte anormal radyolusensi izleniyor. Pulmoner arter anjiografisinde; pulmoner arter distalinde büyük bir dolma defekti mevcut. En olası tanı nedir?**

- a) Bronkojenik karsinom
- b) Pulmoner vaskülitis
- c) Primer pulmoner hipertansiyon
- d) Pulmoner emboli
- e) Pulmoner arteriovenöz fistül

Cevap D (Fercy, 2.Baskı, s.140)

Akciğer grafisinde sol pulmoner arterde konjesyon, sağda anormal radyolusensi ile birlikte oligemi izleniyor. Uzun bir uçak yolculuğu öyküsü (tromboflebitisi predispoze eden) ve ani izah edilemeyen nefes darlığı, fizik muayene ve grafi bulguları ile birlikte pulmoner emboliyi düşündürüyor. Soruda belirtilen diğer hastalıkların hiçbirisi bu duruma uymuyor. Pulmoner arter anjiografisinde; sağ ana pulmoner arter distalini tamamen oblitere eden büyük eden büyük bir dolma defekti mevcut, büyük bir pulmoner emboli ile uyumlu.

**47.Bu hasta için seçilecek başlangıç tedavisi aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Teofilin
- b) Penicilin
- c) Hidralazin
- d) Kortikosteroid
- e) Heparin

Cevap E (Fercy, 2.Baskı, s.140)

Seçilecek tedavi trombüsün büyümesini inhibe etmek ve rezolüsyonuna izin vermek için heparindir. Streptokinaz ve ürokinaz trombolitik ajanlardır, emboli tedavisinde etkindirler ve yakın zamanda daha sık kullanılıyorlar. Şayet heparin tedavisi başarısız olursa Caval engel (filtre) veya pulmoner embolektomi gibi cerrahi prosedürler düşünülebilir. Penisilin, kortikosteroidler veya hidralazinin tedavide yeri yoktur. Bronkospazm varsa teofilin kullanılabilir. Warfarin uzun süreli profilaksiste kullanılır, fakat acil tedavide değil.

**48.28** yaşında asemptomatik erkek, normal fizik muayeneye sahip. Akciğer grafisinde; sağ hemitoraks orta zonda 3 cm çapında nodül mevcut. Aşağıdaki şıklardan hangisi benign lezyon özelliklerini taşımaz?

- Nodül içinde popcorn kalsifikasyon
- 30 yaşından küçük olma
- Lezyonun 6 ay öncede akciğer grafisinde bulunması
- Mantar enfeksiyonlarının sık görüldüğü bölgede yaşama
- Nodül içinde laminar kalsifikasyon

Cevap C (Fercy, 2.Baskı, s.140)

Soliter pulmoner nodül (Coin lezyon) grafide beklenmedik bir bulgu olarak asemptomatik hastada bulunur. Ayırıcı tanı benign (granüloma, hamartoma) ve malign (karsinoma) hastalıkları içerir. Başlangıçta noninvazif değerlendire tanıya ulaşma yollarını saptamaya yardım eder. Benign lezyona klinik bulgular arasında hasta yaşının 30'un altında olması (bu grupta lezyonların %2'den daha azı maligndir) ve coccidiomycosis veya histoplasmosis'in yaygın olduğu yerlerde yaşama sayılabilir. Benign lezyonlar ile birlikte kalsifikasyon paterni de önemlidir. Popcorn (hamartomalarda), laminar (granülomalar), yoğun jeneralize (tüberküloz) tip kalsifikasyonlar örnek olarak verilebilir. Önceki akciğer grafisi lezyonun varlığı açısından dikkatle incelenmelidir. Kanserlerin çapı 2 katına 1-8 ayda ulaşır, buna karşın uzamış doubling time ve lezyonda 18 ay ve üstünde değişiklik olmaması benign lezyon lehinedir. Sadece nodülün 6 ay öncesinde varolması benign olarak değerlendirilemez.

**49.19** yaşında IV eroin kullanan bireyin ateşli akut hastalığı var. Letarjisi ve non prodüktif öksürüğü mevcut. Akciğer grafisinde multiple pulmoner infiltrasyonlar izleniyor. Balgam kültürleri negatif ve kan kültürlerinde Staphylococcus Aureus üreyor. En olası tanı nedir?

- Pulmoner vaskülitis
- İnfektif endokarditis
- Toksik şok sendromu
- Tromboflebitis
- Lenfoma

Cevap B (Fercy, 2.Baskı, s.140)

IV ilaç alışkanlığı, multiple pulmoner infiltrasyonlar ile birlikte ateş ve S. Aureus bakteriyemisi sağ tarafta infektif endokardit için karakteristiktir. Patogenez belli değildir. İlaçlar ve IV araçlar patojenin kaynağı olarak görülmez, otopsiler altta yatan valvüler lezyonları ortaya çıkarmakta başarısızdır. Yüksek doz parenteral antibiyotik tedavisi (semisentetik penisilin + aminoglikozid) 4-6 hafta önerilir. Listedeki diğer hastalıkların hiçbirisi bu klinik tabloya uymaz.

**50.**Aşağıdakilerden biri dışında diğerleri pnömokokal polisakkarit aşısı için doğrudur. Yanlış olan hangisidir?

- Aşı uygulamasında 2-3 hafta sonra sağlıklı kişide tipik spesifik antikorda 2 kat artış tespit edilir.
- Aşı yapılanların yarısında injeksiyon yerinde ağrı ve eritem görülür.
- Solunum hastalığı olan erişkinlere aşı her 2-3 yılda bir yapılmalıdır.
- Aşı sickle cell anemi ve multiple myelomada da kullanılır.
- Aşı uygulananlarda pnömokokal pnömoni görülebilir.

Cevap C (Fercy, 2.Baskı, s.139)

Pürifiye polisakkarit pnömokokal aşı bakteriyemik pnömokokal hastalığın %68'ni oluşturan streptococcus pneumoniae'nin 14 tipinin kapsüler materyelini içerir. Erişkinlerde antikor düzeyi 2-3 haftada artış gösterir ve etkinlik en az 3-5 yıl sürer. İnjesiyon yerinde ağrı ve eritem oluşabilir, fakat şiddetli yan etkiler oldukça nadirdir. Diğer taraftan 2.doz aşı ile şiddetli lokal ve sistemik yan etkiler ortaya çıkar ve bu yüzden önerilmez. Pnömokok enfeksiyonları için yüksek riskli olgulara (orak hücreli anemisi, myeloma, aspleni, immünsupresyon veya majör sistem yetmezliği) aşı verilmelidir. Ancak bu hastalarda oluşan antikor cevabı düşüktür ve koruma tam değildir. Aşı yapılan kişide pnömokokal enfeksiyon gelişebilir.

**51.**Aşağıdakilerden hangisi şilotoraks nedenlerinden değildir?

- Maligniteler
- Travma
- Mediastinal lenfadenit tüberküloz
- Romatoid artrit
- Sol subclavian ven tombozu

Cevap D (Light, Plevral disease, s.209-220)

Şilotoraksın %50'si malign hastalıklara sekonder, %25'i travmatik, diğerlerinde değişik nedenlerden oluşur. Romatoid artrit bağı ve plevrada uzun süre kalın sıvılarda kolesterol içeriği artmış olduğu için süt kıvamında görünümü vardır. Ancak bunda kolesterol fazla, yağ düşüktür ve pseudo şilotoraks olarak isimlendirilir. Şilotoraks ductus torasikus malignite, travma ile hasarı yada tıkanması sonucu oluşur.

**52.**Aşağıdakilerden hangisi toplumdan kazanılmış pnömoninin ağır olduğunu gösteren kriterlerden değildir?

- Solunum hızı > 30/dak.
- Mekanik ventilasyon gereksinimi
- Dört saatten uzun süre vasopressör gereksinimi
- İdrar debisi <80ml/saat olması (başka neden yoksa)
- Ağır solunum yetmezliği



## GÖĞÜS HASTALIKLARI

Cevap D (*Uçan, Pnömoniler, Bir Devrin Uyanışı*)

Ağır pnömoni ölçütleri hastanın bir yoğun bakım ünitesinde izlenmesini gerektirir. Başka neden yokken idrar debisinin 20 ml/saat altında olması gerekir. Yukarıdakilerin dışında şok ağır solunum yetmezliği, radyogramında iki yanlı tutulma ve infiltratın hızlı ilerlemesi ağır pnömoninin diğer kriterleridir.

**53. Aşağıdakilerden hangisi kronik alveolar hipoventilasyon nedenlerinden değildir?**

- a) Metabolik alkaloz
- b) Poliomyelit
- c) Hammon-rich sendromu
- d) Miyastenia gravis
- e) Kronik Obstrüktif Akciğer hastalığı

Cevap C (*Fishman, Pulmonary Diseases and Disorders Companion Handbook, 2.baskı, 1994, s.209*)

Alveolar hipoventilasyon PaCO<sub>2</sub>'nin 45 mmHg'nin üstüne çıkmasını tanımlar. Oluşmasında ya akciğer

normal iken solunum hareketini yaptıran mekanizma bozuktur (beyin-kasa kadar) ya da solunum yollarında obstrüksiyon vardır. Hamman-Rich sendromu ise idiyopatik interstisyel fibrozis hızlı seyreden tipidir.

**54. Aşağıdakilerden hangisi aşırı duyarlılık pnömonilerinden değildir?**

- a) Bissinozis
- b) Çiftçi akciğeri
- c) Kuş sevenler akciğeri
- d) Kahveci hastalığı
- e) Biber işçisi aşırı duyarlılık pnömonisi

Cevap A (*Barış, Solunum hastalıkları Temel Yaklaşım, 1995, s.249-250*)

Duyarlı kişilerde organik tozların solunmasıyla alveollerde granülomatoz ve interstisyel dokuda ise fibrozis karakterli hastalıklardır. Bisinozis ise keten, kendir kenevir tozlarındaki histamini ve mikrobiyal entotoksiler yaptığı bronkospazmla karakterize bir hastalıktır.

# HEMATOLOJİ-ONKOLOJİ

1. Aşağıdakilerden hangisi hematopoetik growth faktör değildir?

- a) GM-CSF
- b) G-CSF
- c) M-CSF
- d) Eritropoetin
- e) TNF

Cevap E (İliğin, Temel İç Hastalıkları, s.1179)

Hematopoetik büyüme faktörleri; GM-CSF, G-CSF, M-CSF, eritropoetin, IL-3.

2. Hodgkin hastalığında aşağıdakilerden hangisi genelde görülmez?

- a) Nötrofili
- b) Monositoz
- c) Lenfositoz
- d) Eozinofili
- e) Lökositoz

Cevap C (İliğin, Temel İç Hastalıkları, s.1315)

Hodgkin hastalığında kronik hastalık anemisi vardır. Serum demiri düşük, serum ferritini normal ya da artmıştır. Granülositoz, monositoz ve eozinofili görülebilir. Hastalığın evresiyle kolere olarak lenfopeni vardır. Radyoterapi uygulaması da lenfopeni yapar. Platelet sayısı genelde normaldir.

3. Aşağıdaki hastalıklardan hangisi edinsel intrakorpüsküler hemolitik anemi sebebidir?

- a) İmmün hemolitik anemiler
- b) Hemoglobinopatiler
- c) Hipersplenizm
- d) Paroksizmal nokturnal Hemoglobinüri
- e) Parazitler

Cevap D (Cecil Textbook of Medicine. 4.Baskı, 1988, s.908; Öbek, İç Hastalıkları, s.708)

Paroksizmal nokturnal hemoglobinüri dışındakiler, ekstrakorpüsküler hemolitik anemi sebeplerindedir.

4. KML için yanlış işaretleyiniz.

- a) %95 oranında kemik iliğinde pH kromozomu bulunur.
- b) Klinik belirtilerin çoğunda vücut toplam granülosit kitlesindeki artış sorumludur.
- c) Bazofiller artmıştır.
- d) Tedavide alfa-interferon kullanımı pH kromozomunun kaybına sebep olabilir.
- e) Lökosit sayısı genellikle 50.000'in altındadır.

Cevap E (İliğin, Temel İç Hastalıkları, s.1279)

KML'de lökositoz en önemli bulgudur. Çoğu zaman 100.000/mm<sup>3</sup>'ün üzerindedir. Lökositlerin büyük çoğunluğu PMN ile miyelositlerden oluşur. Kemik iliği ileri ölçüde hipersellüldür. Granülositik dizinin olgun ve prekürsör, nötrofilik, eozinofilik ve bazofilik tüm hücreleri artmıştır.

5. Hematopoetik büyüme faktörleri için doğru olmayanı işaretleyiniz.

- a) Glikoproteinlerdir.
- b) Pluripotent kök hücreye etkilidirler.
- c) Progenitor hücrelere etkisizdirler.
- d) Olgun hücre fonksiyonlarını da etkilerler.
- e) Bunlardan bir kısmı koloni stimulan faktör olarak isimlendirilir.

Cevap C (İliğin, Temel İç Hastalıkları, s.1179)

Hematopoetik faktörler, immatür hematopoetik progenitor hücrelerin proliferasyonu ve farklılaşması ile yaşamlarının devamını sağlarlar.

6. Aşağıdakilerden hangisi aneminin kompanzasyon mekanizmalarından değildir?

- a) Hemoglobinin oksijene olan affinitesinin azalması
- b) Kalp atım sayısının artması
- c) 2,3 DPG azalması
- d) Kalp atım volümünün artması
- e) Kan viskozitesinin azalması

Cevap C (Beutler, Williams Hematology, 15.baskı, 1995, s.716; İliğin, Temel İç Hastalıkları, s.1180)

Eritrositlerden dokulara verilen oksijenin artması için, 2,3 DPG'in artması gerekir.

7. Hb A<sub>2</sub>'nin yapısı hangisidir?

- a) α<sub>2</sub>β<sub>2</sub>
- b) β<sub>2</sub>γ<sub>2</sub>
- c) α<sub>2</sub>γ<sub>2</sub>
- d) α<sub>2</sub>δ<sub>2</sub>
- e) β<sub>2</sub>δ<sub>2</sub>

Cevap D (Beutler, Williams Hematology, 15.baskı, 1995, s.583; İliğin, Temel İç Hastalıkları, s.1234)

HbF=Alfa<sub>2</sub>Gama<sub>2</sub>  
HbA=Alfa<sub>2</sub>Beta<sub>2</sub>  
HbA<sub>2</sub>=Alfa<sub>2</sub>Delta<sub>2</sub>

8. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde periferik yaymada mikroanjiyopatik hemolitik anemi bulguları gözlenmez?

- a) DIC
- b) TTP
- c) ITP
- d) HÜS
- e) Kavernöz hemanjiom

Cevap C (Beutler, Williams Hematology, 15.baskı, 1995, s.667; İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.1354)

ITP'de plateletler dışındaki seriler genellikle normaldir.

9. Aşağıdaki lösemi tiplerinden hangisinde blastik hücreler yoğun nükleer ve sitoplazmik vakuolizasyon ihtiva eder ve Burkitt lenfoma hücrelerine benzerler?

- a) ALL L1
- b) ALL L3
- c) ANLL M2
- d) ANLL M5
- e) ANLL M6

Cevap B (Beutler, Williams Hematology, 15.baskı, 1995, s.1004; İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.1287)

ALL-L3, Burkitt lenfomasının lösemik formu olarak bilinir. Hücreler homojen olarak büyüktür. Çekirdek düzgün kenarlı, oval veya yuvarlaktır. 1-2 adet belirgin nükleolus seçilir. Çok koyu bazofilik, belirgin vakuoller olan, orta derecede bol sitoplazma görülür.

10. Aşağıdaki kemoterapötiklerden hangisi için hipersensitivite reaksiyonları en önemli yan etkidir?

- a) Metotraksat
- b) Sitozin arabinosid
- c) 6-merkaptopurin
- d) Metil CCNU
- e) L-asparaginaz

Cevap E (Beutler, Williams Hematology, 15.baskı, 1995, s.1008; İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.1452)

L-asparaginazın temel toksisiteyi immünolojik sensitizasyon veya azalmış protein sentezine bağlıdır. İlk ilaç dozu ile bile anafaksi ortaya çıkabilmektedir. İlacın tekrarlanan kullanımı ile ürtiker, larinks ödemi, bronkospazm ve hipotansiyon gibi allerjik reaksiyonlar görülebilmektedir.

11. Hangisi meme kanseri ile ilgili tümör markeridir?

- a) AFP
- b) bHCG
- c) CEA
- d) CA-125
- e) Alkalen fosfataz

Cevap C (İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.1407)

Bkz. Tablo 1.

Tablo 1. Serum tümör "marker"ları

Kanser	Tümör "marker"ları	Önerilen kullanım şekli&
Meme	CEA*, CA15-3, Ca549, M 26, M29, MCA	4
Gastrointestinal (kolorektal, mide, pankreas)	CEA*	3,4
Prostat	CA 19-9, Ca195, Ca242, CA 50, CA 72-4	4
Hepatoselüler	PSA*	1 (?),3,4
	PAP*	3,4
	AFP*	1-4
	CEA*	4
Over	CA 125*	3,4
	"Galactosyl Transferase"	4
Testis (Germ) hücreli tümörler)	AFP*	2-4
	β-HCG	2-4
	LDH*, PLAP* (seminoma)	3,4
Trofoblastik	β-HCG	2-4
Küçük Hücreli Akciğer (SCLC)	NSE, CK-BB	4
Neuroblastoma	VMA*, Katekolaminler*	1-4
	NSE	4
Tiroid	Tiroglobulin*	1,4
	Kalsitonin* (medüller ca)	2,4
Baş-boyun	SCG	3,4
Myeloma	İmmunoglobulinler* (Bence Jones Protein)	2,3
Karsinoid	5-HIAA	2
Kemik	Alkaline Phosphatase	2-4
Nöroendokrin	Çeşitli hormonlar	2
Nonspesifik "marker"lar	Ferritin, "Lipid-bound sialic acid", "Tissue Polypeptide Antigen", "Sialyltransferase"	3,4

\*FDA onaylı

&1- Tarama 2- Tanı 3- Prognoz 4- Tedavi yanıtının değerlendirilmesi ve takip

12.20 yaşında bayan hastada mediasteni tutan Hodgkin lenfoma hangi tiptir?

- a) Burkitt lenfoma
- b) Lefositten zengin tip
- c) Küçük hücreli lenfoma
- d) Nodüler sklerozan tip
- e) Lenfoblastik lenfoma

Cevap D (Beutler, Williams Hematology, 15.baskı, 1995, s.1062; İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.1314)

Nodüler sklerozan tip, en sık görülen tiptir. Genç, erişkin kadınlarda daha çok rastlanır. Mediastinal ve supraklaviküler yerleşme eğilimi vardır. Prognoz iyidir.

13. Kanama zamanında ve parsiyel tromboplastin zamanında uzama ve FVIII aktivasyonunda azalma hangisinde gözlenir?

- a) Hemofili A
- b) FX eksikliği
- c) von Willebrand hastalığı
- d) Prekallikrein eksikliği
- e) FVII eksikliği

Cevap C (Beutler, Williams Hematology, 15.baskı, 1995, s.1458; İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.1372)

von Willebrand hastalığı, primer hemostazın bozuk olduğu en sık rastlanan konjenital hastalıktır. Otozomal dominant geçer. Klinikte değişen ciddiyette kanamalarla seyredir. Hastalıkta temel patolojik olay vWF yapımının eksik ya da bozuk olmasıdır. Primer hemostaz anormalliği ve hafif düzeyde FVIII eksikliği birlikte. Genellikle kanama zamanı ve PTT uzundur.

#### 14. Hangisi trombositoz nedeni değildir?

- a) Demir eksikliği anemisi
- b) Neoplazmalar
- c) Megaloblastik anemiler
- d) Myeloproliferatif hastalıklar
- e) Egzersiz

Cevap C (*Williams and Wilkins, Wintrobe's Clinical Hematology, 10. baskı, 1998, s.1781; Öbek, İç Hastalıkları, s.850*)

Trombositoz, trombosit sayısının 400.000 mm<sup>3</sup>'ün üzerinde olmasıdır. Nedenleri;

1. Miyeloproliferatif hastalıklar
2. Splenektomiden sonra
3. Akut kan kaybından sonra
4. Cerrahi girişim ve travmalarından sonra
5. Hodgkin hastalığı ve diğer lenfomalar
6. Kanserler
7. Bazı kronik iltihabi hastalıklar
8. Akut infeksiyonların iyileşmesinden sonra
9. Demir eksikliği anemisi
10. Hemolitik anemiler
11. B<sub>12</sub> vitamini eksikliğinin tedavisinden sonra
12. Bazı ilaçlar
13. Egzersizden sonra

#### 15. Paroksizmal Noktürnal Hemoglobinüri için hangisi yanlıştır?

- a) Hemoliz vardır.
- b) Direkt antiglobulin testi pozitifdir.
- c) Pansitopeni vardır.
- d) Trombozlar görülebilir.
- e) Kök hücre hastalığıdır.

Cevap B (*Williams and Wilkins, Wintrobe's Clinical Hematology, 10. baskı, 1998, s.1264; İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.1223*)

PNH, edinsel bir hemolitik hastalıktır ve geceleri olan intravasküler hemoliz ve hemoglobinüri atakları ile karakterizedir. Pansitopeni, demir eksikliği ve tekrarlayan trombozlarla hasta hekime başvurabilir. PNH'li hastaların bazılarında aplastik anemi veya akut lösemi gelişebildiğinden, bu hasta popülasyonunda ilik aplazisine veya lösemiye neden olan kök hücre zedelenmesinin PNH'ye neden olan somatik mutasyonun oluşmasına yol açtığı düşünülmektedir. Bu hastalık 30-50 yaş grubunda sık gözlenir. Hastalıkta eritrositler, komplemanın litik etkisine son derece duyarlıdır.

#### 16. Aşağıdakilerden hangisi massif splenomegali yapmaz?

- a) Kronik myelositer lösemi
- b) Orak hücreli anemi
- c) Myelofibrozis
- d) Akut lösemiler
- e) Lenfomalar

Cevap D (*Braunwald, Harrison's Principles of Internal Medicine, 14. baskı, s.345; İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.1339*)

3000 gram üzerindeki dalak büyümelerine massif splenomegali denir. Masif splenomegali malarya ve orak hücreli anemi krizlerinde akut olarak ortaya çıkabilir. Kronik masif splenomegali ise; miyelodisplastik sendromlarda, lösemi ve lenfomalarda, orak hücreli anemi ve talassemi sendromlarında, Gaucher hastalığında, sarkoidozda ve malarya, Kala-azar gibi parazitik infeksiyonlarda ortaya çıkar.

#### 17. Yaygın damar için pıhtılaşması için yanlışı işaretleyiniz.

- a) Plateletler ve koagülasyon faktörlerinin tüketimi ile yaygın intravasküler fibrin birikimi ortaya çıkar.
- b) Pekçok hastalık ve bozukluğu bağlı olarak dolaşıma prokoagulan materyel salınır.
- c) Yaygın endotel hasarı ve kolojine maruz kalma sebebiyle olabilir.
- d) Trombosit sayısı arttığında, yaygın kanamalar oluşur.
- e) Trombin zamanı uzamıştır.

Cevap D (*İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.1231*)

DIC, prokoagulan maddelerin dolaşıma karıştığı zaman ortaya çıkar. Koagülasyon sistemi intrinsek veya ekstrinsek yol üzerinden aktive olabilir. Bu aktivasyon neticesinde fazla miktarda trombin meydana gelir. Fazla miktarda fibrinojen kullanılır ve protein C sistemi aktive olur. Bunun sonucu faktör V ve VIII yıkımı ve faktör XIII aktivasyonu artar. Trombin trombosit agregasyonuna neden olan bir maddedir ve trombosit sayısında ciddi azalmalara neden olur. Bu olaylar olurken, eş zamanlı olarak Faktör XII, aktive protein C ve doku tipi plazminojen aktivatörü salınımı ile fibrinolitik sistem aktive olur. Mikrosirkülasyonda fibrin oluşarak çeşitli organlarda iskemiye neden olur. Belirgin DIC'de trombositopeni ve koagülasyon testlerinde bozukluk (PTZ ve aPTT'de uzama) görülür. DIC'de öncelikle tetikleyici faktörleri düzeltmek gerekir.

#### 18. Demir eksikliği anemisi için yanlışı işaretleyiniz.

- a) Serbest eritrosit protoporfirini azalır.
- b) Kırmızı küre ferritini azalır
- c) Demir eksikliği durumlarında barsaklardan demir emilimi artar.
- d) Demir eksikliği anemisi tedavisinde iki değerli demir tuzları kullanılmalıdır
- e) Küçük, soluk kırmızı küreler ve Fe deposunun azalması ile karakterize kronik anemidir.

Cevap A (İliğin, Temel İç Hastalıkları, s.1187)

- Demir eksikliği anemisinin laboratuvar bulguları;  
 -Hemoglobin ve hematokrit düşük  
 -OEH, OEHb, OEHbK düşük, RDW artmıştır.  
 -Periferik yayma; anizositoz, poiklositoz, annütositler, eliptosit ve hedef hücreler  
 -Retikülosit genelde normal, nadiren azalmıştır.  
 -Kemik iliğinde eritroid hiperplazi  
 -Yapılan demir boyamasında, hemosiderin ve sideroblast görülmez.  
 -Serum demiri düşük, total demir bağlama kapasitesi artmıştır.  
 -Transferrin saturasyonu düşmüştür.  
 -Serbest eritrosit protoporfirini (FEP) artmıştır.  
 -Serum ferritini düşmüştür.  
 -Eritropoetin düzeyi artmıştır.

19.Polisitemiler için uygun olmayanı işaretleyiniz

- a) Gerçek polisitemiler hipoksiden dolayı olabilir.  
 b) Gerçek polisitemiler eritropoez regülasyonunda bozukluktan dolayı olabilir.  
 c) Renal arter darlığında polisitemi olabilir.  
 d) Hepatomada polisitemi görülebilir.  
 e) Polisitemia vera bir lenfoproliferatif hastalıktır.

Cevap E (İliğin, Temel İç Hastalıkları, s.1275)

Polisitemia vera, miyeloproliferatif bozukluktur.

20.Megaloblastik makrositik anemiler için yanlış işaretleyiniz.

- a) Megaloblastik hücreler, gerek sitoplazma gerekse çekirdek bakımından, normal eritroblastlara göre daha büyüktür.  
 b) Lökopoez anomalisi görülmez.  
 c) Mitoz sık görülür.  
 d) İndirek bilirubin artabilir.  
 e) LDH artabilir.

Cevap B (Öbek, İç Hastalıkları, s.718; İliğin, Temel İç Hastalıkları, s.1188)

Megaloblastik anemiler, DNA sentezinin bozulması ile kemik iliği ve periferik kanda kendine özgü bulgular veren anemilerdir. Megaloblastik değişiklikler sadece eritroid seride değil, miyeloid seride ve megakaryositlerde de görülür. Megaloblastlar, gerek sitoplazma, gerekse çekirdek bakımından normal eritroblastlardan daha büyüktürler. Sık mitoz görülür.

Megaloblastik bir ilikte dev çomaklar ve dev metamiyelositler şeklinde lökopoez anomalileri de bulunur ve periferik kanda nötrofil parçalıların lob sayısında artma saptanır.

Kemik iliğindeki inefektif eritropoez sonucu eritroblastların bir kısmı tam olgunlaşmadan ilikte yıkıldığından kanda indirek bilirubin ve LDH düzeyleri artar.

21.Multipl Myeloma için doğru olmayanı işaretleyiniz.

- a) Osteolitik lezyonlar TNF'ye bağlı olabilir.  
 b) İL-6 multipl myelomada büyüme faktörü olarak kabul edilir.

- c) Myeloma proteinleri platelet fonksiyonları bozabilir.  
 d) Multipl myeloma çoğunlukla kırk yaşın altında görülür.  
 e) Enfeksiyonlara yatkınlık vardır.

Cevap D (İliğin, Temel İç Hastalıkları, s.1326)

Multipl miyeloma ileri yaş hastalığıdır. 40 yaş altında nadir görülür. Erkeklerde daha fazladır.

22.KML için doğru olmayanı işaretleyiniz.

- a) Daha çok genç erişkinlerde görülür.  
 b) Kanda ve kemik iliğinde bütün myeloid seri hücreleri artar.  
 c) Bütün hastalarda ve önemli derecede lenfadenopati görülür.  
 d) Başlangıçta hastalığın % 80'inde anemi vardır.  
 e) Beyaz küre sayısı hastaların hepsinde yüksektir.

Cevap C (İliğin, Temel İç Hastalıkları, s.1279)

- KML'de klinik özellikler;  
 -Yorgunluk, halsizlik (anemiye bağlı)  
 -Zayıflama, aşırı terleme, kilo kaybı  
 -Masif splenomegali (%90)  
 -Tromboz ve kanamaya eğilim  
 -Lenfadenopati kronik dönemde beklenen bir bulgu değildir.  
 -Kemik ağrıları ve sternal duyarlılık.

23.Hangisinde retikülosit sayısı azalır?

- a) Kan kaybı  
 b) Demir eksikliği anemisinde, demir tedavisinden sonra  
 c) Kemik iliğine metastaz yapan kanserler  
 d) Ağır otoimmün hemolitik anemi  
 e) Polisitemi

Cevap D (İliğin, Temel İç Hastalıkları, s.1202)

Bkz. Tablo 2.

Tablo 2. Retikülosit sayısını değiştiren hastalıklar

Arttıran hastalıklar
Artmış eritrosit yıkımı
Kan kaybı
Demir eksikliği anemisinde demir tedavisinden sonra
Megaloblastik aneminin spesifik tedavisinden sonra
Olası diğer hematolojik hastalıklar
Polisitemi
Kemik iliğine metastaz yapan kanserler
Di Guglielmo hastalığı
Azaltan hastalıklar
İnefektif eritropoez veya azalmış eritrosit yapımı
Ağır otoimmün hemolitik anemi
Arejeneratif krizler
Megaloblastik anemiler
Alkolizm
Miksoedem

**24. Aplastik anemiyle ilgili hangisi yanlıştır?**

- a) Mutlak nötrofil sayısındaki azalma, toplam lökosit sayısındaki azalmaya göre daha çarpıcıdır.
- b) Trombositler sayıca azdır, ancak fonksiyonları normaldir.
- c) Tedavi sonrası ilk düzelen fonksiyon trombopoez ile ilgili olan fonksiyonlardır.
- d) Serum demiri ve demir bağlama kapasitesi artmıştır.
- e) Lenfosit fonksiyonları normaldir.

Cevap C (İlgin, Temel İç Hastalıkları, s.1196)

Aplastik anemide öncelikle etkilenen seri bilinmemekle beraber, tedavi sonrası en geç düzelen fonksiyon trombopoez ile ilgili olanlardır.

**25. Hangisi von Willebrand hastalığına yol açmaz?**

- a) Sodyum Valproat kullanımı
- b) Lenfoproliferatif hastalıklar
- c) Hipertiroidi
- d) Wilms tümörü
- e) Valvüler kapak hastalıklar

Cevap C (İlgin, Temel İç Hastalıkları, s.1374)

Hipotiroidi sırasında von Willebrand hastalığı ortaya çıkabilir. Bunların dışında, otoimmün hastalıklar, miyeloproliferatif hastalıklar seyinde, Dekstran ve hidroksietil starch kullanımı sırasında da vWD ortaya çıkabilir.

**26. Hangisi herediter sferositozun komplikasyonlarından değildir?**

- a) Aplastik kriz
- b) Hepatomegali
- c) Hemosiderozis
- d) Safra taşı oluşumu
- e) Bacak ülserleri

Cevap B (İlgin, Temel İç Hastalıkları, s.1207)

Bkz. Tablo 3.

**Tablo 3. Herediter sferositozun bulguları**

Klinik Bulguları	Komplikasyonlar
Anemi	Krizlerin varlığı
Splenomegali	Hemolitik
Sarılık	Aplastik
	Megaloblastik
Genellikle otozomal dominant geçiş	Safra taşı oluşumu
Splenektomiye iyi cevap	Bacak ülserleri
	Hemosiderozis

**27. En sık görülen kalıtsal pıhtılaşma bozukluğu hangisidir?**

- a) Hemofili A
- b) Hemofili B
- c) Protein C eksikliği
- d) Antitrombin III eksikliği
- e) Protein S eksikliği

Cevap A (İlgin, Temel İç Hastalıkları, s.1369)

En sık görülen kalıtsal pıhtılaşma bozukluğu FVIII eksikliği (hemofili A)'dir.

**28. Hangisi arteriyel trombotik hastalık için risk faktörü değildir?**

- a) Kan protein bozuklukları
- b) Polisitemi
- c) Oral kontraseptifler
- d) Nefrotik sendrom
- e) Sol ventrikül hipertrofisi

Cevap D (İlgin, Temel İç Hastalıkları, s.1376)

Bkz. Tablo 4.

**29. Aşağıdaki durumların hangisinde folik asit eksikliği gelişmez?**

- a) Alkolizm
- b) Katı vejeteryan diyetin uygulanması
- c) Gebelik
- d) Kronik hemolitik anemiler
- e) Hiçbiri

**Tablo 4. Arteriyel ve venöz tromboz ve tromboemboli için risk faktörleri**

Venöz trombotik hastalık	Arteriyel trombotik hastalık
Şişmanlık	Ateroskleroz
Doğum kontrol hapları	Erkek cins
Varisli venler	Aşırı sigara tüketimi
İnfeksiyon	Hipertansiyon
Travma	Diyabetes mellitus
Cerrahi	LDL kolesterol
Genel anestezi	Trigliserid
Gebelik	Aile öyküsü
Kanser	Sol ventrikül hipertrofisi
Polisitemi	Doğum kontrol hapı ve östrojenler
Hareketsizlik (immobilite)	Lipoprotein (a)
Konjestif kalp yetmezliği	Kan protein bozuklukları
Nefrotik sendrom	
Kan protein bozuklukları	

Cevap B (*Wintrobe's Clinical Hematology, 10. baskı 1998, s.965*)

Katı vejeteryan diyet uygulayanlarda B<sub>12</sub> vitamini eksikliği ortaya çıkmaktadır.

**30.Aşağıdaki laboratuvar bulgularından hangisi polisitemia vera ile uyumlu değildir?**

- a) Lökosit alkalen fosfataz skorunda artış
- b) Serum ferritin düzeyinde artış
- c) Serum B<sub>12</sub> vitamini düzeyinde artış
- d) Serum B<sub>12</sub> vitamini bağlama kapasitesinde artış
- e) Total eritrosit volümünde artış

Cevap B (*Wintrobe's Clinical Hematology, 10. baskı 1998, s.2379*)

Polisitemia verada depo demirin azaldığı için serum ferritin düzeyi düşük bulunur.

**31.Ağır aplastik anemi tanısı koymak için düzeltilmiş retikülosit sayısı hangi değer altında bulunmalıdır?**

- a) % 1
- b) % 1.5
- c) % 2
- d) % 3
- e) % 5

Cevap A (*Hoffman, Hematology, 2.baskı, 1994, s.342*)

Düzeltilmiş retikülosit sayısı ağır aplastik anemi tanısı kaynak için % 1'in altında olmalıdır.

**32.Düzenli olarak kan vericisi olan bir kişi her verdiği ünite kan ile ne kadar demir kaybeder?**

- a) 100 mg
- b) 250 mg
- c) 750 mg
- d) 1000 mg
- e) 1200 mg

Cevap B (*Wintrobe's Clinical Hematology, 10.baskı 1998, s.987*)

Her transfüzyonla vücuda 250 mg demir girmekte ve her ünite kan donasyonu ile 250 mg demir kaybedilmektedir.

**33.Aşağıdakilerden hangisinde kronik hastalık anemisi görülmez?**

- a) Subakut bakteriyel endokardit
- b) Romatoid artrit
- c) Gebelik
- d) Konjestif kalb yetmezliği
- e) Osteomyelit

Cevap C (*Wintrobe's Clinical Hematology, 10.baskı, 1998, s.1012*)

Gebelikte ihtiyacı arttığı için demir ve folik asit eksikliği ortaya çıkar.

**34.Sağlıklı bir erkekte vücutta depo demir miktarı ne kadardır?**

- a) 1 gr
- b) 3 gr
- c) 7 gr
- d) 10 gr
- e) 25 gr

Cevap A (*Williams, Hematology 4.baskı, 1991, s.329*)

Sağlıklı bir erkekte depo demir miktarı 1gr'dır.

**35.Hiperürisemi hangisinde en fazla görülür?**

- a) GIS kanserlerinde
- b) Hematolojik tümörlerde
- c) Meme Ca
- d) CNS kanserlerinde
- e) Tedavisiz kanser olgularında

Cevap B (*İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.1471*)

Ürik asit düzeyinde yükselme, lenfoma, miyeloma, kronik miyelmi ve çok yaygın, hızlı ilerleyen bazı solid tümörlerde hücre yapım ve yıkım hızının çok arttığı durumlarda görülmekle birlikte asıl olarak kemoterapiye duyarlı ve tümör yükü çok yüksek olan lösemi, lenfoma gibi tümörlerin tedavisini izleyen artmış hücre yıkımına ikincil olarak (tümör lizis sendromu) ortaya çıktığında önemli ve acil bir sorun olmaktadır.

**36.Hangisi insanda ikincil bir kanser oluşturma riski yüksek olan bir antineoplastik ajandır?**

- a) Sisplatin
- b) 5-fluorourasil
- c) Klorambusil
- d) Vinkristin
- e) Bleomisin

Cevap C (*İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.1444*)

Bkz. Tablo 5.

**37.Hangisi hem lökosit hem de trombosit sayılarını düşürür?**

- a) Melfalan
- b) Siklofosamid
- c) Metotreksat
- d) Sisplatin
- e) Klorambusil

Cevap E (*İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.1445*)

Klorambusil; KLL, düşük "grade"li lenfoma, multipl myeloma, makroglobulinemi, polisitemia rubra vera gibi uzun süreli tedavi gerektiren hastalıkların tedavisinde kullanılır. Hem lökosit hem de trombosit sayılarını düşürür. Bunun dışında ciddi bir yan etkisi yoktur.

**Tablo 5.** Çeşitli antineoplastik ajanların karsinojeniteleri

	İnsanda ikincil malignansi	Hayvanlarda karsinojenik	Mutajen
<i>Yüksek risk</i>			
Cyclophosphamide	+	+	+
Melphalan	+	+	+
Chlorambucil	+	+	RE
Procarbazine	+	+	-
Methyl CCNU	+	+	RE
6-Mercaptopurine	+	+	+
Doxorubicin	RE	+	+
<i>Düşük risk</i>			
Methotrexate	-	-	-
Cytosine arabinoside	-	-	-
5-Fluorouracil	-	RE	-
<i>Risk bilinmiyor</i>			
Bleomycin	RE	-	-
Cisplatin	RE	RE	+
Actinomycin D	RE	-	+
Vincristine	RE	-	-
Vinblastine	RE	+	-

RE: Rapor edilmemiş.

**38.Hiperkalsemi ile seyreden en sık 3 kanser hangisidir?**

- a) Prostat, meme, böbrek
- b) Akciğer, kolon, meme

- c) Akciğer, mide, böbrek
- d) Akciğer, meme, multipl myeloma
- e) Meme, prostat, akciğer

Cevap D (İlçin, Temel İç Hastalıkları, s.1415)

Hiperkalsemi ile seyreden tümöral patolojilerin başında akciğer, prostat ile multipl myeloma gelmektedir.

**39.Akut nekrotizan miyopati en sık hangisinde görülür?**

- a) Akciğer Ca
- b) Kolon Ca
- c) Prostat Ca
- d) Malign melanoma
- e) Hodgkin lenfoma

Cevap A (İlçin, Temel İç Hastalıkları, s.1419)

Akut nekrotizan miyopati kanserlerin kas-sinir kavşağı üzerine etkilerindedir. En sık akciğer ve mide kanserinde görülür. Ekstremitelerde kaslarından başlar, daha sonra farkins, solunum ve gövde kaslarını tutar, simetrik kas güçsüzlüğü ve ağrı ile karakterizedir. DTR'leri korunmuştur. Hızla ilerler ve 3 ay içinde ölümlerle sonuçlanır.



# İMMUNOLOJİ-ROMATOLOJİ

1. Aşağıdakilerden hangisi romatoid artrit tanı kriterlerinden değildir?

- a) Subkutan romatoid nodüller
- b) Romatoid faktör pozitifliği
- c) En az 1 saat süren sabah tutukluğu
- d) Eritema marginatum
- e) Üç veya daha fazla eklemdede artrit

Cevap D (Gümüşdiş, Klinik Romatoloji, 1999, s.272)

1987 ARA kriterleri şunlardır:

- 1. En az 1 saat süren sabah tutukluğu
  - 2. Üç veya daha fazla eklemdede artrit
  - 3. PIF, MKF veya el bilek eklemlerinin artrit
  - 4. Simetrik artrit
  - 5. Subkutan romatoid nodüller
  - 6. Romatoid faktör pozitifliği
  - 7. Radyografide el veya bilek eklemlerinde osteopeni veya erozyonların saptanması
- Eritema marginatum ise akut eklem romatizmasının major kriterlerinden birisidir.

2. Aşağıdakilerden hangisi romatoid artrit remisyon kriterlerinden değildir?

- a) Sabah tutukluğunun 15 dakikadan az olması
- b) Halsizliğin olmaması
- c) Palpasyon veya harekette duyarlılığın olmaması
- d) Eritrosit sedimentasyon hızının kadın hastalarda 30 mm/saat, erkek hastalarda 20 mm/saat'den düşük olması
- e) Eklemdede deformite olmaması

Cevap E (Gümüşdiş, Klinik Romatoloji, 1999, s.278)

Romatoid artrit 6 remisyon kriteri vardır.

- 1. Sabah tutukluğunun 15 dakikadan az olması
- 2. Halsizliğin olmaması
- 3. Eklem ağrısının olmaması
- 4. Palpasyon veya harekette duyarlılığın olmaması
- 5. Eklemlerde ve tendonlarda yumuşak doku şişliğinin olmaması
- 6. Eritrosit sedimentasyon hızının kadın hastalarda 30 mm/saat, erkek hastalarda 20 mm/saat'den düşük olması

Bu kriterlerden en az 5 tanesi, birbirini izleyen en az 2 ay süreyle hastada saptanırsa remisyonda olduğu kabul edilmektedir.

Eklem deformitesi sekeldir. Remisyonadaki hastalarda eskiden gelişen deformite görülebilir.

3. Aşağıdakilerden hangi otoantikör, diffüz sklerodermada daha sık oranda pozitif görülür?

- a) ANA pozitifliği
- b) Anti-sentromer antikör
- c) Anti-Scl 70 antikör

- d) Anti-U1RNP antikör
- e) Anti-PM-Scl antikör

Cevap A (Koopman, Arthritis and Allied Conditions, 1997, s.1434)

Diffüz sklerodermada en sık şu otoantikörler görülmektedir.

ANA pozitifliği %94

Anti-sentromer antikör pozitifliği %2

Anti-Scl-70 antikör pozitifliği %32

4. Aşağıdakilerden hangisi roma kriterlerine göre ankilozan spondilitin klinik tanı kriterlerinden değildir?

- a) Bel omurlarında hareket kısıtlılığı
- b) İritis öyküsü
- c) Göğüs ekspansiyonunun azalması
- d) Radyografide lomber bölgede sindesmoitlerin görülmesi
- e) Göğüs kafesinde ağrı

Cevap D (Gümüşdiş, Klinik Romatoloji, 1999, s.441)

Roma kriterlerinin klinik tanı kriterleri şunlardır:

- 1. 3 aydan uzun süren istirahat ile artan bel ağrısı
- 2. İritis öyküsü
- 3. Bel omurlarında hareket kısıtlılığı
- 4. Göğüs ekspansiyonunun azalması
- 5. Göğüs kafesinde ağrı

Radyografide lomber bölgede sindesmoitlerin görülmesi klinik ve radyolojik tanı kriteri değildir.

5. CREST sendromu, sınırlı sistemik sklerozlu hastaların bir alt grubunu temsil etmektedir. CREST kelimesi bazı klinik tutulum isimlerinin baş harflerinden oluşmuştur. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) C:Kalsinozis
- b) R:Raynaud fenomeni
- c) E:Endokrin patoloji
- d) S:Sklerodaktili
- e) T:Telenjektazi

Cevap C (Koopman, Arthritis and Allied Conditions, 1997, 13.baskı, s.1433-1464)

E harfi, ösefagus dismotilitesini temsil etmektedir.

6. Yer çekimine karşı hareket edemeyen bir kasın kas gücü değeri Medical Research Council Skalasına göre kaçtır?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

Cevap B (*Gümüşdiş, Klinik Romatoloji, 1999, s.65*)

Yer çekimine elimine edildiği zaman hareket edebiliyorsa, o kasın gücü 2, yer çekimine karşı hareket varsa kas gücü değeri 3'dür.

**7. Aşağıdakilerden hangisi osteoartroza duyarlılığı arttıran faktörlerden değildir?**

- a) Osteoporoz
- b) Obesite
- c) Heredite
- d) Hipermobilité
- e) Diabetes mellitus, hipertansiyon ve hiperürisemi gibi bazı hastalıkların varlığı

Cevap A (*Gümüşdiş, Klinik Romatoloji, 1999, s.532,533*)

Osteoporoz, osteoartroz için koruyucu faktörler arasında yer almaktadır.

**8. Diabetes mellitusta lökomotor sistem tutulumuna sık rastlanmaktadır. Aşağıdakilerden hangisi diabetes mellitusta alışılmış kas-iskelet tutulumlarından değildir?**

- a) Kısıtlı eklem mobilitesi sendromu
- b) Dupuytren kontraktürü
- c) Karpal tünel sendromu
- d) Diabetik nöropati
- e) Sakroileit

Cevap E (*Koopman, Arthritis and Allied Conditions, 1997, 13.baskı, s.1847-1858*)

Sakroileit diabetes mellitusa özgü bir tutulum şekli değildir.

**9. Aşağıdaki hastalıklardan hangisi kas hastalığı değildir?**

- a) Musküler distrofiler
- b) Enflamatuvar myopatiler
- c) Myastenia gravis
- d) Endokrin veya metabolik myopatiler
- e) Kalıtsal metabolik myopatiler

Cevap C (*Nickel, Orthopedic Rehabilitation, 1992, s.317*)

Myastenia gravis nöromusküler geçiş bozukluğuna yol açan hastalıklardan biridir.

**10. Aşağıdakilerden hangisi serebral palsinin prenatal nedenlerinden değildir?**

- a) Rh faktör uyuşmazlığı
- b) TORCH grubu enfeksiyonlar
- c) Metabolik bozukluklar
- d) Doğum asfiksisi
- e) Kalıtsal faktörler

Cevap D (*Pellegrino, Caring for Children with Cerebral Palsy, 1998, s.16*)

Doğum asfiksisi doğum sırasında rol oynayan faktörlerdendir.

**11. Aşağıdakilerden hangisi sistemik lupus eritematozusta sık görülen ölüm sebeplerinden değildir?**

- a) Enfeksiyon
- b) Renal tutulum
- c) Aterosklerotik kalp hastalığı
- d) Tromboembolik olaylar
- e) Serozit

Cevap E (*Koopman, Arthritis and Allied Conditions, 1997, 13.baskı, s.1319-1345*)

SLE'de en sık görülen ölüm sebepleri renal tutulum, enfeksiyon, aterosklerotik kalp hastalığı, tromboembolik olaylar veya santral sinir sistemi vaskülitidir.

**12. Hangisi osteoartrozun radyolojik bulgularından değildir?**

- a) Sindesmotit
- b) Subkondral kemikte skleroz
- c) Osteofit
- d) Eklem aralığında daralma
- e) Subkondral kemikte kistik değişiklikler

Cevap A (*Gümüşdiş, Klinik Romatoloji, 1999, s.540*)

Sindesmotit sero negatif spondiloartropatilerde görülen bir radyolojik bulgudur.

**13. Aşağıdaki sitokinlerden hangisi toksik şokta önemlidir?**

- a) IL-2
- b) TNF-alfa
- c) TGF-beta
- d) IL-4
- e) IL-8

Cevap B (*Lange, Basic and Clinical Immunology, 1994, s.110*)

TNF, bakteriyel sepsiste şok, hemoraji ve ölüm gibi sistemik reaksiyonlara aracılık edebilir. Anti-TNF antikorları septik şok gelişimini önleyebilir.

**14. Aşağıdaki kompleman komponentlerinden hangisi opsonizasyona aracılık eder?**

- a) C3b
- b) C5a
- c) Faktor I
- d) C4a
- e) C1r

Cevap A (*Lange, Basic and Clinical Immunology, 1994, s.127*)

C3b, C3b reseptörlerini taşıyan hücrelerce hedef partiküllerin fagoistozunu artırır.

**15. Koyun eritrositleri ile rozet oluşturan hücre hangisidir?**

- a) T hücresi
- b) B hücresi
- c) NK hücresi
- d) Monosit
- e) Eozinofil

Cevap A (*Lange, Basic and Clinical Immunology, 1994, s.199*)

T hücrelerindeki CD2 (LFA-2) yüzey molekülü koyun eritrositlerinin yüzeyinde bulunan LFA-3 ile birleşerek rozet oluşturur. Bu özellik, daha önceki T lenfositlerin tayin edilmesinde kullanılırdı.

**16. Pelvis civarında daha fazla olan yaygın ağrı, ördek gibi yürüme yakınmaları olan hastaların serum kalsiyumu düşük, alkalin fosfatızı ve serum PTH yüksektir. Hastada aşağıdaki hastalıklardan hangisi olabilir?**

- a) Osteomalazi
- b) Hiperparatiroidi
- c) Hipotiroidi
- d) Paget hastalığı
- e) Polimiyaljiya romatika

Cevap A (*Kelly, Textbook of Rheumatology, 4.baskı, 1993, s.1611-1612*)

Osteomalazide pelvis civarında daha fazla olan yaygın ağrı, ördek gibi yürüme yakınmaları olan hastanın serum kalsiyumu düşük, alkalin fosfatızı, serum PTH yüksektir.

**17. Halsizlik, artralji, parotis bezi bölgesinde şişlik, yutma güçlüğü yakınmaları olan RF ve ANA pozitif olan hastadan aşağıdaki antikorlardan hangisini istersiniz?**

- a) Anti-dsDNA
- b) Anti-Ro
- c) Anti-sentromer
- d) Scl-70
- e) Anti-RNP

Cevap B (*Kelly, Textbook of Rheumatology, 4.baskı, 1993, s.934*)

Halsizlik, artralji, parotis bezi bölgesinde şişlik, yutma güçlüğü yakınmaları olan ve RF ve ANA pozitif olan hastada Sjögren sendromu düşünülür. Bu nedenle Anti-Ro istenir.

**18. Aşağıdakilerden hangisi Behçet hastalığına özgü değildir?**

- a) Osteofollikülit
- b) Artrit
- c) Ağızda aft
- d) Merkezi sinir sistemi tutulumu
- e) Perikardit

Cevap E (*Kelly, Textbook of Rheumatology, 4.baskı, 1993, s.1097-1099*)

Perikardit Behçet hastalığına özgü değildir. Diğerleri ise Behçet hastalığında sık gözlenirler.

**19. Spondilartropatilerin klinik karakteristikleri için yanlış olan hangisidir?**

- a) Özellikle alt ekstremitede, asimetrik periferik artrit

- b) Sakroileitis
- c) Romatoid faktör pozitifliği
- d) Subkutan nodüllerin olmayışı
- e) HLA B 27 ile birliktelik

Cevap C (*Van der linden, Textbook of Rheumatology, 5.baskı, 1997, s.970*)

Spondilartropatilerin klinik karakteristikleri olarak romatoid faktör negatifliği (yokluğu) sözkonusudur.

**20. Psöriatik artrit 5 genel tipi için yanlış olanı işaretleyiniz.**

- a) Distal interfalangier eklemlerin aritri
- b) Artritis mutilans
- c) Simetrik Poliartrit
- d) Simetrik oligoartrit
- e) Spondilartropati

Cevap D (*Gladman, Textbook of Rheumatology, 5.baskı, 1997, s.1000-1001*)

Psöriatik artrit dördüncü tipi asimetrik oligoartritir.

**21. Sistemik Lupus Eritematozus için yanlış olanı işaretleyiniz.**

- a) Anemi
- b) Lökopeni
- c) Lenfopeni
- d) Trombositoz
- e) Pozitif LE hücresi

Cevap D (*Lahita, Textbook of Rheumatology, 5.baskı, 1997, s.1030*)

Sistemik Lupus Eritematozus'da Trombositopeni (pansitopeni) oluşur.

**22. Sulfasalazin'in yan etkileri için yanlış olanı işaretleyiniz.**

- a) Bulantı-kusma
- b) Oral ülserler
- c) Nötropeni
- d) Hepatik injüri
- e) Retinopati

Cevap E (*Clegg, Arthritis and Allied Condition, 12. baskı, 1993, s.639*)

Retinopati Sulfasalazin'in yan etkilerinde değildir.

**23. Genellikle poliartiküler tutulum gösteren hastalıklar için yanlış olanı işaretleyiniz.**

- a) Romatoid artrit
- b) Sistemik lupus eritematozus
- c) Septik artrit
- d) Psöriatik artrit
- e) Viral artritler

Cevap C (*Serpent, Textbook of Rheumatology, 5.baskı, 1997, s.382*)

Septik artrit genellikle monoartikülerdir.

**24. Antimalaryal ilaçların toksik etkileri için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Alopesia
- b) Ototoksosite
- c) Retinopati
- d) Hepato toksisite
- e) Polinöropati

Cevap D (Rynes, *Textbook of Rheumatology*, 5.baskı, 1997, s.755)

Hepatotoksosite, antimalaryal ilaçların toksik etkilerinden değildir.

**25. Methotrexate'in Romatoid aritte düşük doz kullanımını ile ilgili dozu aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) 2,5-5,0 mg/gün
- b) 2,5-5,0 mg/ hafta
- c) 7,5-15,0 mg/gün
- d) 7,5-15,0 mg/hafta
- e) 30,0-60,0 mg/hafta

Cevap D (Weinblatt, *Textbook of Rheumatology*, 5.baskı, 1997, s.774)

Romatoid Artrit tedavisinde Mtx. 7,5-15,0 mg/hafta dozunda kullanılmaktadır.

**26. Romatoid Artrit tanı kriterleri için yanlış olanı işaretleyiniz.**

- a) Sabah sertliği
- b) El eklemlerinin artrit
- c) Asimetrik artrit
- d) Romatoid nodül
- e) Romatoid faktör pozitifliği

Cevap C (Harris, *Textbook of Rheumatology*, 5.baskı, 1997, s.899)

Romatoid artrit tanı kriterlerinden biri de simetrik artritir.

**27. Sistemik Skleroz'un klinik özellikleri için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Raynaud fenomeni
- b) Generalize artralji
- c) Sabah sertliği
- d) Artropati
- e) Malar raş

Cevap E (Seibold, *Textbook of Rheumatology*, 5.baskı, 1997, s.1145)

Malar raş, SLE'nin klinik özelliklerindedir.

**28. Aşağıdaki hastalıklardan hangisi otolog antijenlere bağlı gelişen immün kompleks hastalıklardan biri değildir?**

- a) SLE
- b) RA
- c) Miksed Cryoglobulinemi
- d) Poststreptokokal glomerülonefrit
- e) Renal tübüler antijenlere bağlı glomerülonefrit

Cevap D (Mannik, *Arthritis and Allied Conditions A Textbook of Rheumatology*, 11.baskı, 1989, s.427)

Poststreptokokal G.N mikrobiyal antijene bağlı gelişen bir immün kompleks hastalığıdır. Diğer hastalıklar otolog antijene bağlı gelişirler. Ayrıca bu grupta tiroid carsinomu tirodit, otoeritrosit sensitizasyon nefropatisi de otolog antijenle gelişen immün kompleks hastalıklarındandır.

**29. Aşağıdakilerden hangisi RA'nın ekstraatriküler bir bulgusu değildir?**

- a) Nodüller (Romatoid nodüller)
- b) Vaskulit
- c) Lenfadenopati
- d) Amiloidozis
- e) Heterotopik ossifikasyon

Cevap E (Bacon, *Arthritis and Allied Conditions A Textbook of Rheumatology*, 11.baskı, 1989, s.1968)

Heterotopik ossifikasyon RA'da olmaz. Aksine osteopeni olur.

**30. Aşağıdakilerden hangisi RA'nın laboratuvar bulgularından birisi değildir?**

- a) Normokromik, normositik anemi
- b) ESR (eritrosit sedimentasyon hızı)'nda artma
- c) CRP yüksekliği yada (+)'liği
- d) Alfa 2 ve fibrinojen yüksekliği
- e) Ig D yüksekliği

Cevap E (Baum, *Arthritis and Allied Conditions A Textbook of Rheumatology*, 11.baskı, 1989, s.745)

Romatoid Artritte Ig G (özellikle seropozitif hastalarda) Ig A ve Ig M yükselir. Ig D normal ya da düşüktür.

**31. Aşağıdakilerden hangisi modifiye New-York kriterlerine göre ankilozan spondilitin tanı kriterlerinden değildir?**

- a) Egzersizle düzelen, istirahatle rahatlayan en azından 3 aydan fazla süren bel ağrısı
- b) Sagittal ve frontal planlarda lumbal omurga hareketlerinin kısıtlanması
- c) Normal yaş ve seks ölçümlerine göre göğüs ekspansiyonunun kısıtlanması
- d) Boyun hareketlerinin her yönde kısıtlanması
- e) Bilateral sakroileit, Grade 2-4

Cevap D (Ball, *Arthritis and Allied Conditions A Textbook of Rheumatology*, 11.baskı, 1989, s.935)

Ankilozan Spondilitin tanı kriterlerinde diğer 4 şıkka ilaveten unilateral sakroileit grade 3-4 vardır. Boyun hareketlerinin kısıtlanması Ankilozan Spondilitin bir tanı kriteri değildir.

**32. Aşağıdakilerden hangisi Psöriatik artritinin ekstra-artiküler tutulumlarından biri değildir?**

- a) İritis
- b) Miyopati
- c) Gastrointestinal amiloidozis
- d) Vaskülit
- e) Ateş

Cevap D (Bennett, *Arthritis and Allied Conditions A Textbook of Rheumatology*, 11.baskı, 1989, s.960)

Psöriatik artritte vaskülit görülmez. Diğer şıklarda ilave extraartiküler bulguları; konjonktivit, episkleit, keratokonjonktivitis sicca, Sjogren sendromu, aort yetmezliği, renal amiloidozdur.

**33.Aşağıdakilerden hangisi Behçet Sendromu'nun major tanı kriterlerindedir?**

- a) Artrit
- b) Epididimit
- c) Glomerülonefrit
- d) Migratuvar süperfisiyal flebit
- e) Hipopiyonlu iritis

Cevap E (Ehrlich, *Arthritis and Allied Conditions A Textbook of Rheumatology*, 11.baskı, 1989, s.999)

Behçet sendromunun major tanı kriterleri, oral ülserler, hipopiyonlu iritis, genital ülserler, piyoderma ve cilt lezyonlarıdır.

**34.Aşağıdakilerden hangisi Jones kriterlerine göre romatik fever'in (ARA'nın) majör tanı kriterlerinden değildir?**

- a) Poliartrit
- b) Eritema marginatum
- c) Artralji
- d) Kardit
- e) Korea

Cevap C (Tarant, *Arthritis and Allied Conditions A Textbook of Rheumatology*, 11.baskı, s.1222)

Artralji minor bir tanı kriteridir. Yukarıdakiler dışında subkutan nodüllerde majör tanı kriteridir.

**35.Aşağıdaki ilaçlardan hangisi sekonder hiperürisemi yapmaz?**

- a) 2 mg/ gün salisilat
- b) Ethambütol
- c) Sulfinpirazon
- d) Pirazinamid
- e) Tiazid grubu diüretikler

Cevap C (Wotmann, *Arthritis and Allied Conditions A Textbook of Rheumatology*, 11.baskı, 1989, s.1679)

Sekonder hiperürisemi yapan ilaçlar 2 mg/gün salisilat, diüretikler, alkol, levodopa, 200 mg/günün altında fenilbutozan, etambütol, Pirazinamid ve nikotinic asid-dir. Sulfinpirazon ise ürik asit seviyesini düşüren bir ilaçtır.

**36.Aşağıdakilerden hangisi Romatoid Faktör pozitifliği yapmaz?**

- a) SLE
- b) Hepatitis
- c) Tüberküloz

- d) Kronik karaciğer hastalıkları
- e) Reiter hastalığı

Cevap E (Tighe, *Textbook of Rheumatology*, 5.baskı, 1997, s.243)

Reiter hastalığı seronegatif Spondiloartropatilerdendir ve RF (-) dir.

**37.Aşağıdaki hastalıkların hangisinde ANA (-) dir?**

- a) Sistemik Sklerozis
- b) Miksed Konnektif doku hastalığı
- c) Polimiyositis
- d) Osteoartröz
- e) Sjögren sendromu

Cevap D (Peng, *Textbook of Rheumatology*, 5.baskı, 1997, s.250)

Osteoartrözde lobaratuvar normaldir.

**38.Aşağıdaki bulgulardan hangisi Reiter Sendromu'nda görülmez?**

- a) Asimetrik oligoartrit
- b) Üretrit
- c) Genital ülserasyon
- d) Konjonktivit
- e) Eritema marginatum

Cevap E (Fan, *Textbook of Rheumatology*, 5.baskı, 1997, s.984)

Eritema marginatum ARA'nın bir bulgusudur. Reiter sendromunda rastlanmaz.

**39.Nongonokokal bakteriyel artritlerin adultlardaki en sık sebebi hangisidir?**

- a) Streptokokus Pnömonia
- b) Klamidyalar
- c) Yersinia enterokolitika
- d) Stafilokokus Aereus
- e) Hemofilus influenza

Cevap D (Goldberg, *Textbook of Rheumatology*, 5.baskı, 1997, s.1441)

Adultlarda nongonokokal bakteriyel artritlerin en sık sebebi %60 oranında Staf. aereustur.

**40.SLE'nin tanı kriterlerinden olmayan hangisidir?**

- a) Malar rash
- b) Plöritis
- c) Fotosensitivite
- d) Psikoz
- e) Korea

Cevap E (Lohita, *Textbook of Rheumatology*, 5.baskı, 1997, s.1030)

Korea ARA'nın spesifik majör kriteridir.

# KARDİYOLOJİ

1. Aşağıdakilerden hangisi infektif endokarditin periferik bulgularından birisidir?

- a) Rose spot
- b) Roth spot
- c) Müller belirtisi
- d) Musset arazi
- e) Pins-Ewart belirtisi

Cevap B (İlçin, Temel İç Hastalıkları, s.2116)

İnfektif endokardit, çoğunlukla bakterilerle gelişen, kalp kapaklarının, konjenital kardiyovasküler lezyonların, prostetik kapak veya diğer prostetik materyalin bir infeksiyon hastalığıdır. En sık etken streptokoklardır (%60-80). Hastaların üçte ikisinde infektif endokarditin periferik bulgularına rastlanılır. Bunlar arasında splinter hemorajiler, Osler nodülleri, Janeway lezyonları, retinal (Roth spot) lezyonlar, çomak parmak ve splenomegali sayılabilir.

2. Aşağıdakilerden hangisi akut MI durumunda trombolitik tedavi uygulaması için bir kontrendikasyon teşkil etmez?

- a) Aktif kanama
- b) Muhtemel aortik diseksiyon
- c) Hipertansif kriz
- d) Diabetik retinopati
- e) İleri yaş

Cevap E (İlçin, Temel İç Hastalıkları, s.337)

Trombolitik ajanlarla tedavi edilen hastalarda en korkulan komplikasyon kanamadır ve çoğunlukla damara giriş yerlerinde görülür. Trombolitik ajanlar, aktif iç kanaması olanlarda, kanama diyatezi olanlarda, aort disseksiyonunda, hemorajik retinopatide, yakın zamanda olmuş travmalarda, intrakraniyal tümörlerde ve hipertansif krizlerde verilmemelidir.

3. Aşağıdaki antiaritmik ilaçlardan hangisi atrial fibrilasyon tedavisinde kullanılmaz?

- a) Digoksin
- b) Mexiletin
- c) Amiodaron
- d) Verapamil
- e) Prokainamid

Cevap B (İlçin, Temel İç Hastalıkları, s.199)

Atrial fibrilasyon, atrium depolarizasyon hızının çok yüksek (400-600/dak) olduğu bir aritmidir. Atrial fibrilasyonun sinüs ritmine çevrilmesinde ve bu ritimde kalmasında Kinidin, Prokainamid, Disopiramid, Amiodaron gibi antiaritmik ilaçlardan yararlanır. Atrial fibrilasyonda ventrikül hızının azaltılması için digitalis, propranolol, verapamil kullanılabilir.

4. İrregüler konturu olan ve proksimal yerleşimli koroner arter lezyonunda hangi tedavi seçeneğini tercih edersiniz?

- a) PTCA
- b) Stent
- c) Excimer laser
- d) Medikal tedavi
- e) Direksiyon atarektomi

Cevap A (Tupol, Interventional Cardiology, s.195; İlçin, Temel İç Hastalıkları, s.321)

Perkütan transluminal koroner anjiyoplasti (PTCA), önceleri diskret, proksimal lokalizasyonlu, kalsifik olmayan tek damar lezyonlarında uygulanırken, bugün gelişen teknik ve kazanılan deneyimler sonucu sol ana koroner lezyonu ve ciddi, diffüz çok damar hastalığı dışında yaygın olarak kullanılmaktadır.

5. Akut perikardiyal tamponat'ta tedavi hangisidir?

- a) Antibiyotik
- b) Diüretik
- c) Digital
- d) Antiaritmik
- e) Perikardiyosentez

Cevap E (Braunwald, Heart Disease, 5.baskı, 1997, s.1493; İlçin, Temel İç Hastalıkları, s.379)

Akut perikardit nedeniyle pariyetal perikardın hasarlanması sonucu, normalde 15-50 ml arasında değişen perikarddaki sıvı miktarının artmasına perikardiyal effüzyon denir. Perikardiyal effüzyon genellikle düşük bir intraperikardiyal basınç ile oluşup sessiz bir klinik tablo gösterebildiği gibi, kimi zaman da bu basıncın artması ile kardiyak kompresyon yaparak kalp tamponadına yol açabilir.

Kalp tamponadında fizik muayene bulguları (Beck triadı);

- Boyunda venöz dolgunluk
  - Sistemik arteriyel hipotansiyon
  - Pulsus paradoksus (sistolik kan basıncının 10 mmHg veya %10 oranında düşmesi)
- Hastaya tanı konulduğunda acil olarak perikardiyosentez uygulanır.

6. Trombolitik ajanlardan hangisi en çok pıhtı selektiftir?

- a) Streptokinaz
- b) Ürokinaz
- c) Heparin
- d) Doku tipi plazminojen aktivatörü
- e) APSAC

Cevap D (*Braunwald, Heart Disease A Textbook of Cardiovascular Medicine, 5.baskı, 1997, s.1821; İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.337*)

Fibrinolitik ajanlar 2 jenerasyondur.

1. Jenerasyona streptokinaz, ürokinaz ve APSAC girer. Bunların pıhtı selektivitesi yoktur.
2. Jenerasyon trombolitik ajanlardan doku plazminojen aktivatörü (t-PA) ve single-chain ürokinaz plazminojen aktivatörü sayılabilir. Bu gruptaki trombolitik ajanlar pıhtı spesifik ve bundan dolayı sistemik kanama komplikasyonları daha azdır.

**7. Hipertansif bir hastaya, klinik durumlardan hangisi eşlik ederse, o hastada  $\beta$ -bloker kullanımı uygun değildir?**

- a) Koroner arter hastalığının eşlik ettiği hipertansif hastalar
- b) Hiperkinetik hipertansif hastalar
- c) Anksiyetenin eşlik ettiği hipertansif hastalar
- d) Depresyonun eşlik ettiği hipertansif hastalar
- e) Vazodilatör tedavi gerektiren hipertansif hastalar

Cevap D (*Kaplan, Heart Disease, 5.baskı, 1997, s.853; İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.275*)

Özellikle sempatik tonusun artması sonucu hiperdinamik dolaşım semptomları olan taşikardik hipertansiflerde, genç hipertansiflerde ilk ilaç olarak kullanılabilirler. Beta adrenerejik blokerler kalp kontraktilesi ve kalp atım hızını azaltarak kalp debisini düşürürler. Ayrıca renin sekresyonunu azalttıkları ve santral sinir sisteminde sempatik aktiviteyi etkiledikleri bilinmektedir. Beta blokerler, bronkospazm oluşturdıklarından bronşiyal astımda ve obstrüktif akciğer hastalığı olanlarda kontrendikedir. Periferik tıkaçıcı damar hastalığı ve Raynaud hastalığı olanlarda dolaşımı olumsuz etkilediklerinden verilmemelidir. Diyabetiklerde insülin etkisini değiştirdiği için dikkatli olunmalı, gerekirse  $\beta$ 1 selektif olanlar seçilmelidir.

**8. Venöz dolgunluk, hepatomegali, asit, alt ekstremitelerde ödem bulguları olan ve tüberküloz öykülü kronik perikarditli olguda hangi tip perikarditi düşünürsünüz?**

- a) Kardiyak tamponad
- b) Bakteriyel perikardit
- c) Fibrinöz perikardit
- d) Epanşmanlı perikardit
- e) Konstriktif perikardit

Cevap E (*Braunwald, Heart Disease A Textbook of Cardiovascular Medicine, 5.baskı, 1997, s.1498; İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.382*)

Perikardın fibrozis, kalınlaşma ve yapışıklıklar göstererek rijid hale gelmesine bağlı olarak kalpte kompresif etki ile geç diyastolik doluşu engelleyip sağ kalp yet-

mezliğini taklit eden klinik tablo oluşturmasına konstrüktif perikardit denir. Klasik neden tüberküloz denilse de bugün için etiyolojik çoğunluğunu idiyopatik olanlar teşkil eder. Klinikte, karaciğer konjesyonuna ait semptomlar, bacaklarda şişlik, iştahsızlık, halsizlik, dispne, dispeptik şikayetler bulunur.

Fizik muayenede, taşikardi, aritmiler, pulsus paradoksus, hipotansiyon, dolgun boyun venleri görülür.

**9. Erişkinlerde en sık rastlanan konjenital kalp hastalığı hangisidir?**

- a) ASD
- b) VSD
- c) PDA
- d) Aort koarktasyonu
- e) Düzeltilmiş transpozisyon

Cevap A (*Alexander, Hurst's The Heart, 9.baskı, 1998, s.2008; İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.297*)

Asiyantotik konjenital kalp hastalıkları içerisinde, çocukluk yaş grubu içinde en sık görüleni VSD'dir. Bunu ASD ve PDA izler. Erişkinlerde ise en sık ASD görülür. ASD tüm konjenital kalp hastalıklarının %10'udur. Kızlarda 2 kat fazla görülür. İdeal ameliyat zamanı 5 yaş civarındadır.

**10. Variant angina pectoris tedavisinde ilk seçenek ajan hangisidir?**

- a) Diüretikler
- b) Kalsiyum antagonistleri
- c) Aspirin
- d) ACE inhibitörleri
- e) Beta blokerler

Cevap B (*Alexander, Hurst's The Heart, 9.baskı, 1998, s.1336; İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.321*)

Bkz. Tablo 1.

**Tablo 1.** Antianjinal tedavi seçimi

Anjina tipi	İlaç <sup>1</sup>
<b>Stabil efor anjinası</b>	N, BB, CaB
Anstabil anjina	N, CaB, BB
Vazospastik anjina	N, CaB
<b>Anjina ile birlikte olan durumlar</b>	
Hipertansiyon	BB, CaB
Diyabet	N, CaB
Kalp yetmezliği	N, BB*, CaB*
AV Blok	N, nicardipine veya nifedipine
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	N, CaB, kardiyoselektif BB
Periferik vasküler hastalık	N, CaB, kardiyoselektif BB
Bradikardiler	N, Nicardipine veya nifedipine
Taşikardiler	BB, diltiazem veya verapamil
Yeni miyokard infarktüsü	BB, Aspirin

<sup>1</sup> Listedeki ilk ilaç monoterapide ilk seçilecek ilaçtır. Çoğu vakada kombine tedavi verilir.

\* Bu durumda dikkatli kullanılmalıdır.

BB: beta bloker, CaB: kalsiyum kanal blokeri, N: Nitrat

11. Dressler sendromu ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- a) Tedavide nonsteroid antiinflamatuvar ajanlar kullanılır.
- b) Otoimmünite sorumludur.
- c) Hastalarda yan ağrısı yakınması vardır.
- d) En sık infarktüsün ilk üç günü içinde görülür.
- e) Genellikle sedimentasyon hızı yüksektir.

Cevap D (Braunwald, Heart Disease A Textbook of Cardiovascular Medicine, 5.baskı, 1997, s.1256; İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.336)

Dressler sendromu (postmiyokardiyal infarktüs sendromu), infarktüsü izleyen 2-10 hafta sonra görülür. Klinik olarak, ateş, göğüs ağrısı, poliserözitise ait belirtilerdir ve tekrarlama eğilimindedir. MI'de %1-3 oranında görülür.

12. Aorta ve pulmoner arterin tek kök halinde çıktığı konjenital anomali hangisidir?

- a) Fallot tetralojisi
- b) Trunkus arteriosus
- c) Sağ aortik ark
- d) Scimitar sendrom
- e) Ebstein anomalisi

Cevap B (Alexander, Hurst's The Heart, 9.baskı, 1998, s.200; İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.296)

Trunkus Arteriozusta, ventriküllerden tek bir arteriyel çıkış ve mutlak bir ventriküler septal defekt vardır. Erken çocukluk döneminde pulmoner kan akımının artması ve basıncının yükselmesi nedeniyle sık kalp yetmezliği atakları görülür.

13. Aşağıdakilerden hangisinde egzersiz testi için kontrendikasyon vardır?

- a) Stable angina pectoris
- b) EKG de koroner arterde önemli darlık
- c) Sol ana koroner arterde önemli darlık
- d) Aort kapağında hafif darlık
- e) Kontrol altındaki hipertansiyon

Cevap C (İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.156)

Egzersiz Testi Kontrendikasyonları;

1. AMI
2. Akut miyokardit veya perikardit
3. Bilinen sol ana koroner arter lezyonu
4. Önemli aort darlığı
5. Önemli hipertrofik obstrüktif kardiyomiyopati
6. Kontrol edilemeyen hipertansiyon
7. Dekompanse konjestif kalp yetmezliği
8. Ciddi ventriküler aritmiler

14. Stable angina pectoris'li hastalarda aşağıda belirtilen EKG bulgularından hangisi en sık rastlanılandır?

- a) Lateral prekordiyal derivasyonlarda T dalgası negatifleşmesi

- b) D1, aVL, V5-V6 da ST çökmesi
- c) Sol dal bloğu
- d) D2, D3, aVF de Q dalgası
- e) Normal EKG

Cevap E (İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.315)

EKG, stabil anjinalı hastalarda bazal şartlarda normal olmasına rağmen, spontan veya provake edilmiş anjina sırasında horizontal veya downsloping ST segment depresyonu, T dalgasında sivrileşme veya inversiyon, nadiren ST segmentinde yükselme gözlenir. Klinik belirti vermediği halde, aralıklı çekilen EKG'lerin birinde infarktüs bulgularının görülmesi, klinik olarak kendini belli eden infarktüse göre daha kötü prognozu düşündürür.

15. Sol atriumu en fazla büyüten kapak hastalığı hangisidir?

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

Cevap B (İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.355)

Mitral regürjitasyonunda, sol atriuma pulmoner venöz yoluyla gelen kana ek olarak, sistolde, ventrikülden dinamik olarak regürjite olan kan da eklenir. Sol atrium volüm ve basınç, sol ventrikülde volüm yüklenimi altında kalır.

16. İnferoposterolateral MI geçiren hastada büyük olasılıkla hangi damar tıkanmıştır?

- a) Diyagonal arter
- b) Septal Arter
- c) Left anterior descending
- d) Circumflex arter
- e) Posterolateral dalı

Cevap D (İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.322)

Sol ön inen dalın (LAD) tıkanmasıyla oluşan infarktüs sol ventrikülün apikal ve anterior bölgelerinde, interventriküler septumda, anterolateral duvardaki papiller kaslarda ve sol ventrikülün inferoapikal duvarında gelişir. Sirkumfleks (Cx) artere bağlı infarktüsler, sol ventrikülün lateral ve inferoposterior duvarını tutar. Sağ koroner arter (RCA) tıkanmalarında sol ventrikülün inferoposterior duvarında, interventriküler septumun inferior kısmında, posteromedial papiller kas infarktüsü ve ayrıca sağ ventrikülde infarktüs gelişebilir.

17. Çift sistolik pik oluşturan nabız hangisidir?

- a) Pulsus tardus
- b) Pulsus bisferiens
- c) Pulsus alternans
- d) Pulsus bigeminus
- e) Pulsus paradoksus



## KARDİYOLOJİ

Cevap B (*Braunwald 1997 s.22; İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.134*)

Pulsus bisferiensde nabız sistolde, iki pozitif dalga olarak palpe edilir. Aort yetmezliği/aort yetmezliği+aort darlığı (kalp yetmezliği oluşmuşsa kaybolur), hipertrofik kardiyomiyopati ve hiperkinetik hallerde görülür.

Dikrotik nabızda, sistol ve diastolde iki tepe nabız alınır.

Pulsus alternansta, araları eşit bir kuvvetli bir zayıf amplitüdü nabız söz konusudur.

Pulsus bigeminusta ise araları eşit olmayan bir normal, bir kuvvetli nabız vardır.

**18.Hangisi Kalp Yetmezliğinin major kriteridir?**

- a) S3 gallo
- b) Pretibial ödem
- c) Egzersiz dispnesi
- d) Hepatomegali
- e) Plevral effüzyon

Cevap A (*Braunwald 1997 s.445; İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.174*)

Kalp yetmezliğinde dinlemekle S3 gallo alınır. Bu erken diyastolde, ventrikülün hızlı doluş evresinde duyulan düşük frekanslı ek bir sestir. En iyi olarak hasta sol lateral pozisyonda yatarken, apekte duyulur. Çocuklarda ve genç erişkinlerde S3 fizyolojik ses olarak duyulabilir. Yetmezlikte olan kalpte yüksek sempatik aktivasyon nedeni ile oluşan taşikardi ile birlikte duyulan S3, S3 gallo adını alır ve kalp yetmezliğinin patogmonomik bir bulgusunu oluşturur.

**19.Hangisi Calss 3 antiaritmik ilaçtır?**

- a) Meksiletin

- b) Propafenon
- c) Pindolol
- d) Fenitoin
- e) Diltiazem

Cevap C (*Braunwald 1997 s.615; İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.237*)

Bkz. Tablo 2.

**20.Akut perikarditin EKG bulgularından doğru olanı işaretleyiniz.**

- a) Yaygın ST segment yükselmesi
- b) Ventriküler aritmiler
- c) Q dalgası
- d) Resiprokal değişiklikler
- e) QRS genellikle anormaldir.

Cevap A (*Gök, Klinik Kardiyoloji s.461; İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.378*)

Akut perikardit tanısı için seri EKG incelenmesi son derece önemlidir. Göğüs ağrısının başladığı ilk günlerde aVR ve V1 dışındaki derivasyonlarda, açıklığı yukarı bakan yaygın ST segment yükselmesi ile T dalgası sivrileşmesi görülür.

**21.Aşağıdakilerden hangisi ani ölüm için yanlıştır?**

- a) Yetişkinlerde ani ölümlerin %90'nı koroner hastalığından kaynaklanır.
- b) Ani ölümlerin çoğunluğu erkeklerde oluşur.
- c) Kroner arter hastalığına bağlı ani ölümlerin en sık sebebi asistolidir.
- d) Kroner arter hastalığının hemen hemen yarısı ani ölümle sonuçlanır.
- e) Semptomların ortaya çıkışından en çok 1 saat içinde oluşan ölümdür.

**Tablo 2. Antiaritmik ilaçların sınıflandırılması**

**I. Membran stabilize edici veya lokal anestezi ajanlar: Bunlar iletimi yavaşlatırlar, eksitabilite ve otomatiziteyi azaltırlar.**

A. İletimde orta derecede yavaşlama ve aksiyon potansiyeli süresinde uzama yapan antiaritmikler. Bunlar QRS süresinde ve QT'de uzama yaparlar.

Qunidine	Ajmalin	Disopyramide
Procinamide	Pirmenol	

B. İletimde hafif değişme, aksiyon potansiyeli süresinde kısalma yapan ilaçlar. Bunlar QRS süresini ve QT'yi etkilemezler.

Lidocaine	Phenytone	Tocainide
Mexiletine	Aprindine	Ethmazine

C. İletimde belirgin yavaşlama yapan ilaçlar. Bu grup ilaçlar aksiyon potansiyeli süresinde hafif değişme yaparlar. QRS süresini uzatırlar.

Encainide	Propaphenon
Flecainide	Lorcainide

**II. Beta blokerler:**

Propranolol	Atenolol	Pindolol
Nadolol	Timolol	Acebutolol
Metoprolol	Alprenolol	Oxprenolol

**III. Aksiyon potansiyeli süresini ve refrakter periyodu uzatan ilaçlar: Bunlar QT'yi uzatırlar.**

Bretylium	Bethanidine	Amiodarone
Sotalol	Clofilium	

**IV. Kalsiyum kanallarını bloke eden ilaçlar:**

Verapamil	Diltiazem	Bepridil
-----------	-----------	----------

Cevap C (İlçin, *Temel İç Hastalıkları*, s.259)

Ani kalp ölümü, daha önce kalp hastalığı olduğu bilinen veya bilinmeyen bir kişide; akut semptomların başlamasıyla bir saat içinde ani bilinç kaybı ile ortaya çıkan, kardiyak nedenlere bağlı doğal bir ölümdür. Tüm koroner kalp hastalığı ölümlerinin yaklaşık yarısının ani ve beklenmedik olduğu gösterilmiştir. Ani ölümün maksimum olduğu iki yaş grubu; doğum ile 6 ay arasında ve 45-75 yaşları arasındadır. Koroner arter spazmı, ciddi aritmilere ve ani kalp ölümüne neden olabilir.

**22.İnjektif endokarditte en sık komplikasyon ve ölüm sebebi nedir?**

- a) Dalak infarktüsü.
- b) Pulmoner infarktüs.
- c) Nörolojik komplikasyonlar.
- d) Renal infarktüs.
- e) Kalp yetersizliği

Cevap E (İlçin, *Temel İç Hastalıkları*, s.2118)

İnfektif endokarditin en önemli komplikasyonu kalp yetmezliğidir. Kalp yetmezliği olan hastalarda mortalite daha fazladır. Diğer komplikasyonlar arasında en sık rastlanılan embolilerdir.

**23.Aort stenozunda fizik muayene bulgusu değildir?**

- a) Yavaş yükselen ve yavaş kaybolan karotis nabızı
- b) Nabız basıncı dardır.
- c) Kalp sol ve aşağıya kaymıştır.
- d) Aort odağında sistolik thrill alınır.
- e) Üfürüm kreşendo-dekreşendo vasıftadır.

Cevap C (İlçin, *Temel İç Hastalıkları*, s.343)

Aort stenozunda sistolik basınç düşer, nabız basıncı daralır. Aort stenozunun karakteristik nabızı (Pulsus parvus et tardus), el altında yavaş yavaş yükselen, çıkan bacakta anokrotik çentiği belirgin olan, gecikmiş yuvarlak bir doruk yaptıktan sonra yavaş yavaş el altından çekilen, düşük amplitüdü bir nabızdır.

**24.Çarpıntı yakınması ile başvuran hastanın çekilen EKG'sinde P dalgaları görünmüyor ve R-R mesafeleri vurudan vuruya değişiklik gösteriyor. Tanıda ne düşünürsünüz?**

- a) Atrial taşikardi
- b) Atrial fibrilasyon
- c) Ventriküler taşikardi
- d) Ventriküler fibrilasyon
- e) Hasta sinüs sendromu

Cevap B (Türkiye Klinikleri, *Hızlı EKG Yorumu*, 1999, s.131)

Atrial fibrilasyonda P dalgası görülmez, izoelektrik çizginin düzensiz olarak titreştiği tesbit edilir. QRS cevabı yavaş veya hızlı, ancak düzensizdir.

**25.Ani başlayan yırtıcı karakterde göğüs ve sırt ağrısı tanımlayan bir hastada sol kolda radyal nabız alınmıyor. TA:170/100, EKG: sinüsal taşikardi, telegrafide mediastende genişleme saptanıyor en olası tanınız nedir?**

- a) Akut miyokard infarktüs
- b) Akut pulmoner embolizm
- c) Dissekan aort mevrizması
- d) Kararsız angina pectoris
- e) Abdominal aort anevrizması

Cevap C (İlçin, *Temel İç Hastalıkları*, s.389)

Dissekan aort anevrizması, sistolik basıncın artıp, kanın mediya tabakası içine girmesiyle intima ve adventisiyanın birbirinden ayrılmasıdır. En sık sebep hipertansiyondur. Erkeklerde 2 kat daha fazla bulunur. %90'ında şiddetli ağrı vardır. Ağrı genellikle göğüste hissedilir ve yırtılma, bıçak saplanması şeklinde başlar ve aynı şiddette devam eder. Hasta şok tablosunda olmasına rağmen kan basıncı normal veya yüksektir. EKG'de sol ventrikül hipertrofisi bulunabilir. Tele'de aorto genişler. Teşhisi kesinleştirmek için aortografi yapılmalıdır.

**26.Kontraksiyon esnasında ventriküllerin yenmesi gereken güç aşağıdakilerden hangisinin tanımıdır?**

- a) Preload (Ön yük)
- b) Afterload (Ard yük)
- c) Kontraktilite
- d) Ejeksiyon fraksiyonu (EF)
- e) Pulmoner kapiller kama basıncı (PCWP)

Cevap B (İlçin, *Temel İç Hastalıkları*, s.139)

Afterload; Ventrikül kontraksiyonu başladıktan sonra, ejeksiyonun sağlanması için ventrikülün yenmek zorunda olduğu kuvvettir.

Preload; Kontraksiyon öncesi kas liflerinin uzunluğunu belirleyen pasif yüküdür.

**27.Atheroskleroz patogenezinde önemli bir yere sahip olan köpük hücrelerinin orijini aşağıdaki hücrelerden hangisidir?**

- a) Monosit ve düz kas hücreleri
- b) Monosit ve endotel hücresi
- c) Trombosit ve endotel hücresi
- d) Düz kas hücresi ve endotel hücresi
- e) Monosit ve trombosit

Cevap A (Lilly, *Pathophysiology of heart disease*, 1993; İlçin, *Temel İç Hastalıkları*, s.305)

Yağlı çizgiler aterosklerozun en sık rastlanan lezyonlarıdır. Yağlı çizgiler büyürken monositlerin endotele tutunmaları, intimaya göçü ve makrofajlara dönüşümü artar. Mediadan intimaya göç eden düz kas hücreleri de lipitle yüklenerek köpük hücreleri görünümünü alırlar.

**28. Akut MI erken dönemde kardiyak enzimlerin yükselme sırası aşağıdakilerden hangisidir?**

- Troponin-T, CK-MB, SGOT, LDH
- SGOT, LDH, CK-MB, troponin-T
- Troponin-T, CK-MB, LDH, SGOT
- CK-MB, SGOT, LDH, troponin-T
- Troponin-T, SGOT, CK-MB, LDH

Cevap A (*Braunwald, Heart Disease A textbook of cardiovascular medicine, 5.baskı 1997; İlişin, Temel İç Hastalıkları, s.329*)

Troponin-T: 3.5-10 saat içinde yükselir. 2-5. günlerde plato çizer. Troponin-T'nin sensitivite ve spesifitesinin yüksek olmasının nedeni (%96-100) kalbe özgü olmasının yanısıra, tanı penceresinin oldukça geniş olmasıyla ilgilidir.

CK-MB: 4-8 saat sonra yükselir. 24 saatte zirveye varır, 3-4 gün sonra normale döner. Kalp dışı diğer dokularda az miktarlarda CK-MB izoenzimi bulunmasına rağmen, CK-MB artışı pratikte AMI sonucu kabul edilir.

SGOT (AST): 8-12 saat içinde yükselir. 18-36 saatte zirveye varır ve 3-4 gün içinde normale döner. Rutinde kullanılmaz.

LDH: 24-48 saat sonra yükselir, 3-6 günde zirveye varır ve 8-14 günde normale döner. Yalancı pozitiflik çöktür.

LDH1/LDH2 oranının 1'den büyük olması AMI'in kesin tanısı için yeterli kabul edilir.

**29. Aşağıdaki ilaçlardan hangisi atriyal fibrilasyon tedavisinde kullanılmaz?**

- Propafenon
- Kinidin
- Amiodaron
- Diltiazem
- Lidokain

Cevap E (*Current diagnosis and treatment in cardiology, 1.baskı 1995; İlişin, Temel İç Hastalıkları, s.241*)

Lidokain sadece parenteral kullanılabilir. Atrium kasında etkili değildir. Çeşitli ventriküler aritmilerde kullanılır.

**30. Aşağıdakilerden hangisi digital intoksikasyonu klinik ve laboratuvar bulguları arasında yer almaz?**

- Bulantı, kusma
- Sarı görme
- Sinüs bradikardisi
- Bloklu paroksizmal atrial taşikardi
- Sinüs aritmisi

Cevap E (*Braunwald, Heart Disease A textbook of cardiovascular medicine, 5.baskı 1997; İlişin, Temel İç Hastalıkları, s.180*)

Digital intoksikasyonunda semptomlar;

GIS semptomlar; iştahsızlık, bulantı, kusma, diyare.

Nörolojik semptomlar; halsizlik, yorgunluk, uykusuz-

luk, renkli görme (ışık çevresinde sarı veya yeşil haneler).

Kardiyak semptomlar; Aritmiler ve bunlara bağlı çarpıntı veya senkop.

Görülen aritmiler; AV junctional escape ritimler, AV junctional taşikardi, unifokal veya multifokal ventriküler ektoptik atımlar, ventriküler taşikardi, AV bloklu atrial taşikardiler, sinus duraklaması.

**31. Aşağıdaki ilaç veya tedavi şekillerinden hangisi hipertrofik obstrüktif kardiyomiyopati tedavisinde tercih edilebilir?**

- Kaptopril
- Digoksin
- Furosemid
- Dopamin
- Disopyramide

Cevap E (*Current diagnosis and treatment in cardiology, 1.baskı, 1995; İlişin, Temel İç Hastalıkları, s.371*)

Hipertrofik kardiyomiyopatiler, ventrikülde kas kitlesini artıran başka bir kardiyak veya sistemik hastalık olmadığı halde, sol ventrikülde simetrik veya asimetrik bir hipertrofinin olduğu kardiyomiyopatilerdir. Tanıda en önemli yöntem Ekokardiyografidir. Medikal tedavide, kalsiyum antagonistleri, beta blokerler ve disopyramid kullanılır.

**32. Sağ taraf endokarditlerin oluşumunda en fazla etken olarak gösterilen mikroorganizma aşağıdakilerden hangisidir?**

- Streptokokkus viridans
- Escherichia coli
- Klebsiella pneumonia
- Staphylococcus aureus
- Enterokoklar

Cevap D (*Braunwald, Heart Disease A textbook of cardiovascular medicine, 5.baskı 1997; İlişin, Temel İç Hastalıkları, s.2167*)

Stafilokoklar tüm bakteriyel endokardit vakalarının %20-30'undan sorumludurlar, bunların %80-90'ında etken, S. aureus'tur. İntravenöz ilaç alışkanlığı olanlarda gelişen sağ kalp endokarditlerinde en sık rastlanan etken, S. aureus'tur.

**33. Pulmoner yetmezlikte duyulan Graham Stell üfürümü aşağıdaki kapak hastalıklarından hangisinde duyulan üfürümle karışabilir?**

- Mitral yetmezliği
- Mitral darlığı
- Aort darlığı
- Aort yetmezliği
- Triküspid yetmezliği

Cevap D (*Braunwald, Heart Disease A textbook of cardiovascular medicine, 5.baskı 1997; İlişin, Temel İç Hastalıkları, s.364*)

Pulmoner yetmezlikte, solda 2-4. interkostal aralıklarda belirgin olarak duyulan, yüksek frekanslı, emici

karakterde, "dekreşendo", ikinci kalp sesinin P2 komponentine bitişik başlayan erken diastolik bir üfürüm işitilir. Buna Graham Stell üfürümü denir. Aort yetmezliğinin üfürümüne benzerse de A2 değil, P2 bitişik başlaması P2'nin sert olması, triküspit regürjitasyonunun eşlik etmesi, aorta yetmezliğindeki periferik bulguların bulunmaması, sol ventrikülün değil, sağ ventrikülün büyük ve hiperdinamik oluşu gibi bulgularla ayırtdılır.

**34.Çıkan aortada genişlemeye neden olmuş Marfan sendromlu bir hastada tercih edilebilecek ilaç hangisidir?**

- a) Ca antagonistleri
- b) ACE inhibitörleri
- c) Diüretikler
- d) Alfa blokeler
- e) B blokeler

Cevap E (Alexander RW: Hurst's The Heart. 9. baskı 1998 s.2272; İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.390)

Teşhis konulunca Beta bloker verilmelidir. Beta blokerlerin aort dilatasyonunu azalttığı gösterilmiştir.

**35.Tekrarlayan arterial veya venöz trombozis, tekrarlayan fetal kayıp, trombositopeni ve livedo retikularis varlığında öncelikle düşünebileceğiniz tanı nedir?**

- a) Giant cell arteritis
- b) Churg-strauss vasculitis
- c) Polymyositis
- d) Antifosfolipid antibody sendromu
- e) Sistemik lupus eritamatozis

Cevap D (Alexander RW: Hurst's The Heart. 9. baskı 1998 s.2295; İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.1927)

Antifosfolipid sendromu, trombozlar, tekrarlayan abortus, trombositopeni ve nörolojik bulgularla karakterizedir. En sık derin ven trombozları görülür. Trombozlar %30 arteriyel yerleşim gösterir. Livedo retikularis görülür.

**36.Kalbin en sık benign tümörü hangisidir?**

- a) Miksomu
- b) Lipoma
- c) Rabdomiyoma
- d) Hemangioma
- e) Fibroma

Cevap A (Alexander RW: Hurst's The Heart. 9. baskı 1998 s.2295; İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.384)

Miksomalar en sık görülen primer kalp tümörü olup, genellikle kadınlarda (%75) görülür. Hemen daima tektirler ve atrial yerleşimlidir, sıklıkla fossa ovalisten kaynaklanır. %90 atriumlarda yerleşen bu tümörler, kalbin sol tarafında 4 kat daha sık görülür.

**37.Kalbin malign tümörleri arasında yer alan angiosarkoma genellikle nereden orjin alır?**

- a) Koroner damarlar
- b) Sağ atrium
- c) Sol ventrikül
- d) Miyokard
- e) Sağ ventrikül

Cevap B (Alexander RW: Hurst's The Heart. 9. baskı 1998 s.2306; İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.384)

Malign primer kardiyak tümörler hemen daima sarkoma türünde olup, genellikle sağ atriumdan, ikinci sırada sağ ventrikülden köken alır.

**38.Yarılanma süresi en uzun olan antiaritmik ilaç hangisidir?**

- a) Sotalol
- b) Mexiletin
- c) Disopyramid
- d) Procainamid
- e) Amiodaron

Cevap E (Alexander RW: Hurst's The Heart. 9. baskı 1998 s.2379; İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.254)

Amiodaron üçüncü grup antiaritmiklerdendir. Amiodaron ve metabolitleri bir çok organda depolanır. Bu nedenle ilaç kesildikten 30-45 gün sonra bile antiaritmik etki görülmektedir. Atrial taşikardi, atrial flutter, atrial fibrilasyon, WPW sendromu, ventriküler prematürelerde ve nüks eden VT'lerde kullanılır.

**39.Lutembacher sendromu hangisidir?**

- a) VSD + ASD
- b) VSD + Aort stenozu
- c) Patent ductus arteriosus + Anuloaortic ektazi
- d) ASD + Mitral stenozis
- e) ASD + Aort stenozis

Cevap D (Alexander RW: Hurst's The Heart. 9. baskı 1998 s.2008; İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.297)

Lutembacher sendromu, sekundum atrial defekt ve akkiz mitral stenozu ile birliktedir. Sıklıkla atrial fibrilasyon vardır.

**40.Atrial fibrilasyonun sinüs ritmine döndürmede etkisi olmayan ilacı seçiniz.**

- a) Kinidin
- b) Disopiramid
- c) Prokainamid
- d) Amiodaron
- e) Nifedipin

Cevap E (İliçin, Temel İç Hastalıkları, s.198)

Atrial fibrilasyonun sinüs ritmine çevrilmesinde ve bu ritimde kalmasında kinidin, prokainamid, disopiramid, amiodaron gibi antiaritmik ilaçlar kullanılır. Atrial fibrilasyonda ventrikül hızının azaltılması için digitalis, propranolol, verapamil kullanılır.

# NEFROLOJİ

1. Kronik böbrek yetmezliği sürecinde görülen idrar konsantrasyonunu etme yeteneğindeki kaybın sebebi nedir?

- a) ADH sekresyonundaki supresyon
- b) Toplayıcı tübül epitelinde ADH reseptörlerinin azalması
- c) Medüller hipertonsitenin kaybı
- d) Renal plazma akımının azalması
- e) Artmış fraksiyonel Na ekskresyonu

Cevap C (İlişin, Temel İç Hastalıkları, s.771)

İdrarın konsantrasyonunu etme yeteneğindeki bozulma şu nedenlere bağlıdır:

- 1. Sağlam nefronlar üzerine artmış solüt yükünün etkisi
- 2. Medulladaki interstisiyel solütlerin normal medüller fonksiyonu bozması
- 3. Medüller kan akımının bozulması
- 4. ADH'ya duyarlılığın bozulması

Bu nedenlerle konsantrasyon kapasitesi bozulur ve idrar ozmolaritesi 300 mosmol/kg (dansite 1010) olur. Bu durum izostenüri olarak adlandırılır ve KBY'nin ileri dönemde olduğunu gösterir.

2. Aşağıdakilerden hangisi prerenal azotemi ile uyumlu değildir?

- a) Dansite 1020 yüksek
- b) Ozmolarite 500 yüksek
- c) İdrar Na 20 yüksek
- d) FENa 1 düşük
- e) RFI 1 düşük

Cevap C (İlişin, Temel İç Hastalıkları, s.757)

Akut böbrek yetmezliklerinin %50-55'ini prerenal azotemiler oluşturur.

Bkz. Tablo 1.

3. Renal tansplantasyon sonrası en sık nükseden primer böbrek hastalığı hangisidir?

- a) Lupus nefriti
- b) Membrano proliferatif glomerulonefrit tip II
- c) Membranöz nefrit
- d) Amiloidozis
- e) Tübulo interstisiyel nefrit

Cevap B (İlişin, Temel İç Hastalıkları, s.836)

Renal allograftlardaki MPGN'te, rekürrens sıklıkla Tip II MPGN'de görülür. Elektron mikroskopide tipik intramembranöz dens depozitlerin gösterilmesiyle tanı konur. Tip II hastalarına yapılan allograft biyopsilerinde %88 oranında glomerüler bazal membranda dens depozitlerin görüldüğü bildirilmiştir. Tip I'de rekürrens oranı ise %25-30 dolaylarındadır.

4. Hemodiyalize sekonder gelişen amiloidozisten sorumlu madde hangisidir?

- a)  $\beta$ 2-mikroglobulin
- b) AA protein
- c) Hafif zincir kappa
- d) Hafif zincir lamda
- e) Guanido sücinik asit

Cevap A (İlişin, Temel İç Hastalıkları, s.784)

Beş yılı aşkın süre ile hemodiyalize giren hastalarda hem  $\beta$ 2-mikroglobulinin klirensinin azalmış olması, hem de her diyaliz seansında ortaya çıkan immün aktivasyon sonucu aşırı üretimine bağlı olarak dializ amiloidi olarak vücutta birikmektedir.

5. Metabolik asidozu olan hastanın anyon açığı 34 mEq/l olarak hesaplanmıştır. Aşağıdaki tanılardan hangisi olamaz?

- a) Diabetik ketoasidozis
- b) Salisilat entoksikasyonu
- c) Laktik asidoz
- d) Üremik asidoz
- e) Renal tübüler asidoz

Cevap E (İlişin, Temel İç Hastalıkları, s.745)

Anyon açığı metabolik asidozun hem değerlendirilmesinde, hem de tedavinin yönlendirilmesinde önemlidir. Normalde 16 mEq/L olan anyon açığı şu formüle göre hesaplanır;  $(Na^+ - K^+) - (HCO_3^- + Cl^-)$

Metabolik asidoz anyon açığıyla olabilir veya olmayabilir. Mesela laktik asidozda laktat anyonları, diabetik ketoasidozda asetoasetik asit anyonları, azotemide fosforik, sülfirik, organik asit anyonları ve karaciğer

Tablo 1. Akut böbrek yetmezliğinde idrar indeksleri

İndeks	Prerenal azotemi	Akut tübüler nekroz
Özgül ağırlık	>1.020	<1.010
İdrar osmolalitesi (mOsm/kg Su)	>500	<350
Uosm/Posm	>1.3	<1.1
İdrar sodyumu (mEq/L)	<20	>40
U/P Üre nitrojeni	>8	<3
U/P kreatinin	>40	<20
BUN/PKr (mg/dl)	>20	<10-15
FENa (%)	<1	>1
BYI	<1	>1

\*U: İdrar, P: Plazma, BUN: Kan üre nitrojeni (mg/dl), PKr: Plazma kreatini (mg/dl)  
FENa: Fraksiyonel sodyum ekskresyonu, BYI: Böbrek yetmezliği indeksi

yetmezliğinde ketoglutarik asit anyonları artmıştır. Öte yandan bazı asidozlarda anyon açığı yoktur; çünkü klor iyonu artmıştır (hiperkloremik metabolik asidozlar). Bu tür asidozlara örnek olarak tedavi amacıyla amonyum klorür, karbonik anhidrat inhibitörü uygulaması, diyare ve gastrointestinal fistüller, renal tübüler asidoz ve üreteroenterostomi sayılabilir.

#### 6. Hangisi transplantasyonda alıcı için kontrendikasyon oluşturmaz?

- Diabetes mellitus
- Aktif infeksiyon
- Malignite
- Psikoz
- Akut glomerülonefrit

Cevap A (*Williams, Textbook of Nephrology, 3.baskı, 1995; Jacobson, The Principles and Practice of Nephrology, 1995; İliğin, Temel İç Hastalıkları, s.794*)

Bkz. Tablo 2.

#### 7. Son dönem kronik böbrek yetmezliğine giren hastalarda glomerüler filtrasyon miktarı (GFR) yaklaşık ne kadardır?

- GFR < 5-10 ml/dk'dır.
- 25-30 ml/dk'dır.
- 40-50 ml/dk'dır.
- 70-80 ml/dk'dır.
- 90-120 ml/dk'dır.

Cevap A (*Williams, Textbook of Nephrology, 3.baskı, 1995; Jacobson, The Principles and Practice of Nephrology, 1995; İliğin, Temel İç Hastalıkları, s.769*)

Bkz. Tablo 3.

#### 8. Nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar için hangisi yanlıştır?

- Renal perfüzyonu bozuk olanlarda akut böbrek yetersizliğine yol açabilirler.
- Hipopotasemiye sebep olabilirler.
- Akut interstisyel nefrite yol açabilirler.
- Minimal değişiklik hastalığı tipinde glomerüler tutulumu sebep olabilirler.
- Su ve sodyum tutulmasına yol açabilirler.

Cevap B (*Williams, Textbook of Nephrology, 3.baskı, 1995; Jacobson, The Principles and Practice of Nephrology, 1995; İliğin, Temel İç Hastalıkları, s.872*)

NSAD'ler renal hipoperfüzyonu olan hastalarda (kalp yetmezliği, siroz, nefrotik sendrom gibi), hemodinamik kökenli akut böbrek yetmezliğine sebep olabilirler. NSAD'ler bunun yanı sıra akut interstisyel nefrit yaparak da akut böbrek yetmezliği yapabilirler. Bu hastalarda minimal değişiklik hastalığı tipinde glomerüler bir tutulumla nefrotik düzeyde proteinüriler görülebilmektedir.

NSAD'ler prostaglandin sentezi inhibisyonu yolu ile renin salgılamalarını azaltmaları ve bu şekilde

**Tablo 2.** Böbrek transplantasyonu için kontrendikasyon oluşturan durumlar

#### Mutlak kontrendikasyonlar

- Reversibl böbrek hastalığı (akut glomerülonefrit gibi)
- Dissemine malignite (tedavi edilmemiş, remisyona girmemiş)
- Akut infeksiyon (sepsis, aktif tüberküloz, AIDS, aktif viral hepatit)
- Donör dokusuna karşı önceden oluşmuş duyarlılık (Cross-match pozitifliği)
- Diğer son dönem organ hastalıkları (kalp, akciğer ve karaciğer yetmezlikleri)
- Ağır yaygın damar hastalığı (iliofemoral damarları da tutan)
- Yetersiz parasal kaynak (postop immünoşüpresif ilaç alınmaması)

#### Relatif kontrendikasyonlar

- Yaş (1'den küçük veya 65'den büyük yaş)
- Vezikal veya üreteral anomalliklerin bulunması
- Psikiyatrik hastalıklar (oligofreni, psikoz ve emosyonel labilite gibi)
- Devam eden metabolik hastalıklar (Fabry hast., Oxalozis)
- Postoperatif nüksü yüksek olan primer böbrek hastalıkları (anti-GBM hastalığı, FSGS ve IgA nefropatisi gibi)
- Önceki tedavilere uyumsuzluk hikayesi
- Yetersiz sosyal destek

**Tablo 3.** Kronik böbrek yetmezliği evreleri

Kronik böbrek yetmezliğinin klinik evreleri	GFR (ml/dk.)	
Erken	Böbrek rezervinin azalması	50-80
Orta	Böbrek yetersizliği	25-50
İleri	Böbrek yetmezliği	5-25
Son	Üremi	<5

hiporeninemik hipoaldosteronizm mekanizması ile hiperpotasemiye yol açabilirler.

#### 9. Kronik böbrek yetersizliğinde hangisi beklenmez?

- Polisitemi
- Osteodistrofi
- Kanama eğilimi
- Metabolik asidoz
- Hiperpotasemi

Cevap A (*Williams, Textbook of Nephrology, 3.baskı, 1995; Jacobson, The Principles and Practice of Nephrology, 1995; İliğin, Temel İç Hastalıkları, s.774*)

KBY'de en önde gelen problemlerden biri anemidir. Normokrom normositer tipte anemi sözkonusudur. Anemi nedenleri çeşitli olmasına rağmen esas neden böbrek tübül hücreleri tarafından salgılanmakta olan eritropoetinin yetersiz yapımı ve salınımıdır.

**10. Glomerüllerden filtre edildikten sonra tübüler reabsorpsiyona ve sekresyona uğramadığı için glomerüler filtrasyon miktarı tayininde kullanılan madde hangisidir?**

- Glukoz
- Üre
- İnülin
- Ürik asit
- Fosfor

Cevap C (Williams, *Textbook of Nephrology*, 3.baskı, 1995; Jacobson, *The Principles and Practice of Nephrology*, 1995; İliçin, *Temel İç Hastalıkları*, s.713; İliçin, *Temel İç Hastalıkları*, s.713)

Filtre edilen inülin ile itrah edilen inülin miktarı da eşittir.

**11. Akut böbrek yetmezliğinde en sık ölüm sebebi olan komplikasyon hangisidir?**

- Hipopotasemi
- Solunumsal alkaloz
- Hipovolemi
- İnfeksiyonlar
- Hiperkoagülabilite

Cevap D (Williams, *Textbook of Nephrology*, 3.baskı, 1995; Jacobson, *The Principles and Practice of Nephrology*, 1995; İliçin, *Temel İç Hastalıkları*, s.766; İliçin, *Temel İç Hastalıkları*, s.766)

Akut böbrek yetmezliğinde mortalite ortalama %50'dir. En önemli ölüm sebebi (%30-70) infeksiyonlardır. İnfeksiyonu kardiyovasküler hastalıklar, hemorajiler, pulmoner emboli izlemektedir.

**12. Renal amiloidoz için yanlış işaretleyiniz.**

- En sık neden kronik inflamatuvar hastalıklardır.
- Kesin tanı renal biyopsi ile konur.
- Renal ven trombozu riski yüksektir.
- Böbrek boyutları genellikle küçülmüştür.
- Kolşisin yeri amiloid birikimini önlemektedir.

Cevap D (İliçin, *Temel İç Hastalıkları*, s.847)

Renal amiloidozda proteinüri kardinal belirtirdir. Amiloidozise bağlı nefrotik sendromda hiperkoagülabilite daha şiddetli olduğundan trombüsler görülebilir. Nonspesifik bir bulgu olmakla beraber büyümüş böbrekler ile iyi korunmuş böbrek fonksiyonu beraber olabilir.

**13. Akut poststreptokoksik glomerülo nefrit için yanlış işaretleyiniz.**

- İmmün kompleks nefritidir.
- Genellikle boğaz ve ya cilt enfeksiyonlarını takiben gelişir.
- Akut dönemde serum kompleman düzeyi düşüktür.
- Filtrasyon fraksiyonu artmıştır.
- Çocuklarda prognoz erişkinlere göre daha iyidir.

**Tablo 4. Metabolik alkalozun sınıflaması\***

**NaCl'e cevaplı (idrara kloru düşük)**

Kontraksiyon alkalozu\*\*

Renal alkaloz

Diüretik kullanımı sonrası\*\*\*

Zor emilen anyonlara (karbenisilin

penisilin, SO<sub>4</sub>, PO<sub>4</sub>) bağlı

Posthiperkapneik alkaloz

Gastrointestinal alkaloz\*\*

Gastrik alkaloz (aşırı kusma veya nazogastrik drenaj)

Klor diyaresi (sigmoid villöz adenom)

Zollinger Ellison sendromu

Eksojen alkaloz

Sodyum bikarbonat, laktat ve sitrat uygulaması, kan trans-

füzyonu, süt alkali sendromu

**NaCl'e cevapsız (idrara kloru yüksek)**

Normotansif

Bartter sendromu

Ağır hipopotasemi

Hiperkalsemi

Hipoparatiroidi

Hipertansif

Endojen mineralokortikoid artmış

Conn Sendromu

Hiperreninizm

11.17 OH'laz eksikliği

Eksojen mineralokortikoid artmış

Licorice alımı

Carbonexolone kullanımı

Posthiperkapneik alkaloz

Liddle Sendromu

\* Sınıflamada idrar sodyumundan ziyade idrar kloruna bakılır, çünkü hiperbikarbonatemi halinde (kompansasyon amacı ile idrarla bikarbonat atmak için) bu anyona eşlik edecek bir katyon (sodyum) gereklidir ve hipovolemi olsa bile idrar sodyumu 20 mEq/L'den fazla olabilir. İdrar kloru ise volüm durumunu objektif olarak yansıtır.

\*\* En sık rastlanılan nedenler

\*\*\* Diüretikler halen kullanılıyorsa idrar klor konsantrasyonu yüksek olabilir.

Cevap D (İliçin, *Temel İç Hastalıkları*, s.814)

Akut PSGN, en sık 6-10 yaş çocuklarda görülür. A grubu β-hemolitik streptokokların özel bazı suşlarının neden olduğu farens veya deri enfeksiyonunu takiben oluşur. Özellikle tip 12 ile oluşan farens ve tip 49 ile oluşan impetigo sonrası PSGN gelişimi sıktır. Major klinik bulgular arasında gros hematüri, ödem, hipertansiyon, pulmoner konjesyon ve oligüri vardır. Hastaların büyük çoğunluğunda C3 düzeyi düşüktür.

**14. Aşağıdakilerden hangisi metabolik alkaloz nedenleri arasında yer almaz?**

- Loop diüretiklerinin kullanılması
- Aşırı kusmalar
- Karbonik anhidraz inhibitörlerinin kullanılması
- Bartter Sendromu
- Primer hiperaldosteronizm

Cevap C (İliçin, *Temel İç Hastalıkları*, s.751)

Bkz. Tablo 4.

**Tablo 5.** Pulmoner-renal sendroma yol açabilen hastalıklar

---

Goodpasture hastalığı (Anti-GBM hastalığı)  
Wegener granülomatozu  
Sistemik Lupus Eritematozus  
Churg-Strauss Sendromu  
Henoch-Schönlein purpurası  
Behçet hastalığı  
Esansiyel mikst kryoglobülinemi  
Penicillamine

---

**15. Hangisinde böbrek tutulumu ile birlikte işitme kaybı da görülür?**

- Fabry hastalığı
- A1-Antitripsin eksikliği
- Tırnak patella sendromu
- Alport sendromu
- Parsiyel lipodistrofi

Cevap D (İlişin, Temel İç Hastalıkları, s.840)

Böbrek tutulumu ile birlikte işitme kaybı olan kalıtsal hastalıklar;  
-Alport sendromu  
-Charcot-Marie-Tooth sendromu  
-Hereditör interstisyel nefrit  
-Muckle-Wells sendromu  
-LCAT eksikliği

**16. Hangisi pulmoner-renal sendroma yol açmaz?**

- Good-pasture hastalığı
- Behçet hastalığı
- Churg-Strauss sendromu
- Berger hastalığı
- Esansiyel mikst kriyoglobülinemi

Cevap D (İlişin, Temel İç Hastalıkları, s.818)

Bkz. Tablo 5.

**17. Hangisi kronik periton diyalizinin uzun dönem komplikasyonudur?**

- Tünel enfeksiyonu
- Hemoperitoneum

- Hiperlipidemi
- Hiperproteinemi
- Peritonit

Cevap C (İlişin, Temel İç Hastalıkları, s.793)

Kronik periton diyalizinin uzun dönem komplikasyonları;  
-Ultrafiltrasyon kaybı  
-Hiperlipidemi, obezite ve aterojenik değişiklikler  
-Diyalizatta protein kaybı  
-Herni oluşumu  
-Diyaliz amiloidozisi

**18. Akut nefritik sendromda en sık görülen semptom hangisidir?**

- Makroskopik hematüri
- Ödem
- Hipertansiyon
- Oligüri
- Poliüri

Cevap A (İlişin, Temel İç Hastalıkları, s.813)

Akut nefritik sendrom (akut glomerülonefrit), ani başlayan hematüri, proteinüri, ödem, hipertansiyon ve sıklıkla görülen azotemi gibi klinik ve laboratuvar bulguları kapsayan bir sendromdur. En sık enfeksiyöz hastalıklar sonucu oluşur. En sık görülen semptom makroskopik hematürüdür. Hematüri sıklıkla eritrosit silendirleri ile beraberdir. Eritrosit silendirlerinin görülmesi akut nefritik sendrom için patognomoniktir.

**19. Minimal değişiklik hastalığı ile ilgili hangisi yanlıştır?**

- Çocukluk dönemi hastalığıdır.
- Nefrotik sendromlu hastaların hemen hepsinde bulunur.
- En sık mikroskopik hematüri sebeplerinden biridir.
- Akut böbrek yetmezliğine sebep olabilir.
- Hastalığıdaki temel değişiklik bazal membranın elektrik yükünün kaybolmasıdır.

Cevap C (İlişin, Temel İç Hastalıkları, s.824)

Minimal değişiklik hastalığında mikroskopik ve makroskopik hematüri ender olarak görülür.