

Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

EDİTÖR

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL (Ankara)

YAYIN SEKRETERİ

Dr.İbrahim ERSOY (Ankara)

SORU HAZIRLAYAN ÖĞRETİM ÜYELERİ

Prof.Dr. Hakan ABACIOĞLU (Dokuz Eylül)	Doç.Dr. Mustafa BAK (Dr.Behçet Uz Hst.)	Prof.Dr.Mehmet Turan ÇETİN (Çukurova)
Prof.Dr. Ercan ABAY (Trakya)	Prof.Dr. Nuri BAKAN (Atatürk)	Doç.Dr. Ziya ÇETİNKAYA (Fırat)
Prof.Dr. Hadi AKAY (Ankara)	Prof.Dr. Mehmet BAKIR (Cumhuriyet)	Prof.Dr. Salih ÇETİNKURŞUN (GATA)
Prof.Dr. Muhsin AKBABA (Çukurova)	Yrd.Doç.Dr. Akin Eraslan BALCI (Fırat)	Prof.Dr. M.Nedim ÇİÇEK (Meram)
Yrd.Doç.Dr. F. Zeynep AKÇAM (Süleyman Demirel)	Prof.Dr. Şükrü BALEVİ (Meram)	Yrd.Doç.Dr. Engin ÇİFTÇİOĞLU (Ondokuz Mayıs)
Prof.Dr. Fehmi AKÇİÇEK (Ege)	Doç.Dr. Ali BALOĞLU (İzmir Atatürk Hst.)	Prof.Dr. Nusret ÇİFTÇİ (Ondokuz Mayıs)
Yrd.Doç.Dr. Erol AKGÜL (Çukurova)	Prof.Dr. Meral BARLAS (Ankara)	Yrd.Doç.Dr. Y. Kenan ÇOBAN (K.Maraş Sütçü İmam)
Prof.Dr. Mustafa AKIN (Ege)	Doç.Dr. Esin BAŞER (Celal Bayar)	Yrd.Doç.Dr. Cengiz ÇOKLUK (Ondokuz Mayıs)
Prof.Dr. Emre AKKUŞ (Cerrahpaşa)	Prof.Dr. İskender BAŞER (GATA)	Doç.Dr. Dilek ÇOLAK (Akdeniz)
Yrd.Doç.Dr. İbrahim AKMAZ (GATA Haydarpaşa)	Doç.Dr. Hikmet BAŞMAK (Osmangazi)	Prof.Dr. Mehmet ÇOLAKOĞLU (Meram)
Prof.Dr. Kıymet AKSOY (Çukurova)	Prof.Dr. Çağlar BATMAN (Marmara)	Yrd.Doç.Dr. Neriman ÇOLAKOĞLU (Fırat)
Prof.Dr. Tevfik Aslan AKSU (Akdeniz)	Prof.Dr. Ömer BAYEZİD (Akdeniz)	Prof.Dr. Salih Ö. ÇOLAKOĞLU (Çukurova)
Prof.Dr. Erol AKSUNGUR (Çukurova)	Prof.Dr. Süleyman BAYKAL (Karadeniz)	Yrd.Doç.Dr. D.Özlem DABAK (Fırat)
Doç.Dr. Berrin AKTEKİN (Akdeniz)	Yrd.Doç.Dr. Taner BAYRAKTAROĞLU (Zong. Karaelmas)	Dr. F. Suat DEDE (SSK Ankara Doğumevi)
Doç.Dr. Melih AKYOL (Cumhuriyet)	Prof.Dr. A.İhsan BAYSAL (Gazi)	Dr. Ercan DEMİR (Cumhuriyet)
Doç.Dr. Yakut AKYÖN YILMAZ (Hacettepe)	Doç.Dr. Ahmet BEKTAŞ (Ondokuz Mayıs)	Prof.Dr. Hüseyin DEMİR (Erciyes)
Prof.Dr. Cemalettin AKYÜREK (Meram)	Yrd.Doç.Dr. Uğur BERBEROĞLU (Trakya)	Prof.Dr. Ramazan DEMİR (Akdeniz)
Yrd.Doç.Dr. Ayşin ALAGÖL (Trakya)	Doç.Dr. Yaşar BİLGE (Ankara)	Prof.Dr. Ramazan DEMİR (Erciyes)
Prof.Dr. Sadık Emre ALHAN (Çukurova)	Doç.Dr. Ayşe BİNGÖL (Ankara)	Dr. Sevgi DEMİR (Akdeniz)
Yrd.Doç.Dr. Alpaslan ALP (Hacettepe)	Yrd.Doç.Dr. Murat BİRTANE (Trakya)	Doç.Dr. Süleyman DEMİR (Pamukkale)
Prof.Dr. Hızır Mete ALP (Koşuyolu K.E.A.H.)	Yrd.Doç.Dr. Ali BORAZAN (Zong.Karaelmas)	Dr. Durmuş DEVECİ (Cumhuriyet)
Prof.Dr. Kemal ALTAŞ (Cerrahpaşa)	Prof.Dr. Adem BOYACI (Erciyes)	Yrd.Doç.Dr. Figen DEVECİ (Fırat)
Doç.Dr. Faik ALTINTAŞ (SSK Göztepe Eğitim Hast.)	Doç.Dr. Hakan BOZCUK (Akdeniz)	Doç.Dr. Ceyhan DİZDARER (Dr.Behçet Uz Hst.)
Yrd.Doç.Dr. Betül Uğur ALTUN (Trakya)	Prof.Dr. Hacer BOZDEMİR (Çukurova)	Doç.Dr. Bilal DOĞAN (GATA)
Prof.Dr. Aziz ALTURFAN (İstanbul)	Prof.Dr. Nafiz BOZDEMİR (Çukurova)	Doç.Dr. Gürsoy DOĞAN (İnönü)
Prof.Dr. Muhlise ALVUR (Ondokuz Mayıs)	Prof.Dr. Işık BÖKEŞOY (Ankara)	Prof.Dr. Eker DOĞANAVŞARGİL (Ege)
Prof.Dr. Cemil APAYDIN (Akdeniz)	Doç.Dr. Fatih BULUCU (GATA)	Doç.Dr. Deniz DOĞRU (Hacettepe)
Yrd.Doç.Dr. Cavidan ARAR (Trakya)	Yrd.Doç.Dr. Nurullah BÜLBÜLLER (Fırat)	Prof.Dr. Nesrin DOĞRUEL (Osmangazi)
Yrd.Doç.Dr. Nuri ARAR (GATA Haydarpaşa)	Yrd.Doç.Dr. Mehmet Akif BÜYÜKBİBEŞE (K.Maraş Sütçü İmam)	Yrd.Doç.Dr. Babür DORA (Akdeniz)
Yrd.Doç.Dr. Ender ARIKAN (Trakya)	Yrd.Doç.Dr. Gülgün BÜYÜKDİLERLİ (Çukurova)	Doç.Dr. Dikmen DÖKMECİ (Trakya)
Doç.Dr. Sevtap ARIKAN (Hacettepe)	Prof.Dr. Filiz BÜYÜKKEÇECİ (Ege)	Prof.Dr. İsmet DÖKMECİ (Trakya)
Doç.Dr. Yücel ARISOY (Dokuz Eylül)	Yrd.Doç.Dr. Cemalettin CAMCI (Fırat)	Doç.Dr. Murat DÖŞOĞLU (Düzce)
Prof.Dr. Yücel ARITAŞ (Erciyes)	Uz.Dr. Demet CAN (Dr.Behçet Uz Hst.)	Prof.Dr. Hatice DURAK (Dokuz Eylül)
Prof.Dr. Orhan ARSEVEN (İstanbul)	Prof.Dr. Ercan CANBAY (Cumhuriyet)	Prof.Dr. Enver DURAN (Trakya)
Prof.Dr. Haluk ARVAS (Karadeniz)	Yrd.Doç.Dr. Fevziye CANBAZ TOSUN (Ondokuz Mayıs)	Prof.Dr. H. Ergin DÜLGER (Gaziantep)
Prof.Dr. Macit ARVAS (Cerrahpaşa)	Yrd.Doç.Dr. Vildan CANER (Pamukkale)	Yrd.Doç.Dr. Füsun DÜZCAN (Pamukkale)
Prof.Dr. Mevlüt ASAR (Akdeniz)	Uz.Dr. Şükrü CANGAR (Dr.Behçet Uz Hst.)	Doç.Dr. Öznur DÜZOVALI (Mersin)
Prof.Dr. Diler ASLAN (Pamukkale)	Prof.Dr. Fikri CANORUÇ (Dicle)	Prof.Dr. Reyhan EĞİLMEZ (Cumhuriyet)
Doç.Dr. Füsun ATLIHAN (Dr.Behçet Uz Hst.)	Prof.Dr. A.Tevfik CENGİZ (Ankara)	Doç.Dr. Alev EKEN (Ankara Hst.)
Prof.Dr. İnci AYAN (İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü)	Yrd.Doç.Dr. A.Serhan CEVİRİOĞLU (Afyon Kocatepe)	Doç.Dr. H.Meral EKŞİOĞLU (Ankara Hst.)
Dr. Hülya AYBEK (Pamukkale)	Prof.Dr. H.Can CİMLİLİ (Dokuz Eylül)	Yrd.Doç.Dr. Ömür ELÇİOĞLU (Osmangazi)
Prof.Dr. Ertuğrul H. AYDEMİR (Cerrahpaşa)	Prof.Dr. M.İpek CİNGİ (Osmangazi)	Prof.Dr. Murat ELEVLİ (Haseki Hst.)
Yrd.Doç.Dr. Selim AYDEMİR (Zong.Karaelmas)	Prof.Dr. İbrahim CÜREKLİBATIR (Ege)	Doç.Dr. Murat EMİROĞLU (Ankara)
Prof.Dr. Ahmet AYDIN (Ege)	Prof.Dr. Meral ÇALGÜNERİ (Hacettepe)	Dr. Yaşar ENLİ (Pamukkale)
Prof.Dr. Raci AYDIN (Dr.Muhittin Ülker)	Uz.Dr. Şebnem ÇALKAVUR (Dr.Behçet Uz Hst.)	Prof.Dr. Özgün ENVER (Cerrahpaşa)
Uz.Dr. Aysel AYDOĞAN (Dr.Behçet Uz Hst.)	Prof.Dr. Osman Uğur ÇALPUR (Trakya)	Yrd.Doç.Dr. Hakan ERBAŞ (Trakya)
Yrd.Doç.Dr. Dursun AYGÜN (Ondokuz Mayıs)	Doç.Dr. Çetin ÇELEK (Ondokuz Mayıs)	Prof.Dr. Sena ERDAL (Cumhuriyet)
Prof.Dr. İ.Hakkı AYHAN (Ankara)	Prof.Dr. Fahrettin ÇELİK (Ondokuz Mayıs)	Prof.Dr. İ.Doğan ERDEN (GATA Haydarpaşa)
Prof.Dr. Hüseyin BAĞCI (Pamukkale)	Doç.Dr. Faik ÇELİK (SSK Göztepe Hst.)	Yrd.Doç.Dr. Haydar ERDOĞAN (Cumhuriyet)
Yrd.Doç.Dr. Arif BAHAR (GATA Haydarpaşa)	Prof.Dr. Cengiz ÇELİK (İÜ Kardiyoloji Ens.)	Yrd.Doç.Dr. Şeniz ERGİN (Pamukkale)

Prof.Dr. Sibel ERGÜVEN (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Necile ERKAM (*Ankara*)
Prof.Dr. Dilek ERKAN (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr. Salim ERKAYA (*Zübeyde H. D.Evi*)
Doç.Dr. Hüsnü ERKMEN (*Bakırköy Ruh Sağ. Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Galip ERKUKLU (*Trakya*)
Prof.Dr. Kevsir EROL (*Osmangazi*)
Prof.Dr. Gökhan ERPEK (*Adnan Menderes*)
Doç.Dr. Alpaslan ERSOY (*Uludağ*)
Doç.Dr. Betül ERSOY (*Celal Bayar*)
Doç.Dr. Mehmet ERSOY (*Kırıkkale*)
Prof.Dr. Biltan ERSÖZ (*Ege*)
Dr. Sinan ERTEN (*SSK Tepecik Hst.*)
Doç.Dr. Adil ERYILMAZ (*Ank.Numune Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Özgen ESER (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Mukaddes EŞREFOĞLU (*İnönü*)
Prof.Dr. Muammer EŞREFOĞLU SEYHAN (*İnönü*)
Prof.Dr. Cem FIÇICIOĞLU (*Zeynep Kamil Hst.*)
Doç.Dr. Ayşe GELAL (*Dokuz Eylül*)
Doç.Dr. Orhan GELİŞEN (*SSK Ankara Doğumevi*)
Uz.Dr. Ferah GENEL (*Dr.Behçet Uz Hst.*)
Doç.Dr. Nermin GÖĞÜŞ (*Ank. Numune Hst.*)
Prof.Dr. Ayşe Sevim GÖKALP (*Kocaeli*)
Prof.Dr. Merih GÖKBEN (*GATA Haydarpaşa*)
Prof.Dr. Çiğdem GÖKÇE (*Afyon Kocatepe*)
Yrd.Doç.Dr. Nadir GÖKSÜĞÜR (*İzlet Baysal*)
Doç.Dr. Zehra GÖLBAŞI (*TYİH*)
Prof.Dr. Özhan GÖLDELİ (*Dokuz Eylül*)
Prof.Dr. Kamil GÖNCÜ (*Çukurova*)
Doç.Dr. Faruk GÖNENÇ (*TYİH*)
Doç.Dr. Engin GÖNÜL (*GATA*)
Prof.Dr. Mustafa GÖNÜLLÜ (*Cumhuriyet*)
Prof.Dr. M. Taner GÖREN (*İstanbul*)
Prof.Dr. Adnan GÖRGÜLÜ (*Trakya*)
Prof.Dr. Ali Metin GÖRGÜNER (*Atatürk*)
Prof.Dr. Şendoğan GÜLEN (*Trakya*)
Prof.Dr. Cenap GÜLER (*Celal Bayar*)
Prof.Dr. Mustafa GÜLTEPE (*GATA Haydarpaşa*)
Uz.Dr. Sefa GÜLTÜRK (*Cumhuriyet*)
Yrd.Doç.Dr. F. Gül GÜMÜŞER (*Celal Bayar*)
Prof.Dr. Ayfer GÜNALP (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Işıl GÜNDAY (*Trakya*)
Doç.Dr. Sadi GÜNDOĞDU (*Zong.Karaelmas*)
Doç.Dr. Kamer GÜNDÜZ (*Celal Bayar*)
Prof.Dr. Ali Tahsin GÜNEŞ (*Dokuz Eylül*)
Prof.Dr. Atilla GÜNGÖR (*GATA Haydarpaşa*)
Prof.Dr. Adem GÜNGÖR (*Ankara*)
Doç.Dr. Emel GÜNGÖR (*Ankara Hst.*)
Prof.Dr. Fırat GÜNGÖR (*Akdeniz*)
Prof.Dr. Asuman GÜRAKSIN (*Atatürk*)
Prof.Dr. Mehmet GÜRBİLEK (*Selçuk*)
Doç.Dr. Ali GÜRBÜZ (*İzmir Atatürk Hst.*)
Doç.Dr. Hakan GÜRBÜZ (*Trakya*)
Doç.Dr. Fuat GÜRKAN (*Dicle*)
Doç.Dr. Gül GÜRSOY (*Ankara Hst.*)
Doç.Dr. Ali HABERAL (*SSK Ankara D.evi*)
Prof.Dr. Sebahattin HACIYAKUPOĞLU (*Çukurova*)
Prof.Dr. Alev HASANOĞLU (*Gazi*)
Prof.Dr. Gülşen HAŞÇELİK (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Tuncer HAZNEDAROĞLU (*GATA Haydarpaşa*)
Uz.Dr. Murat HIZARCIÖĞLU (*Dr.Behçet Uz Hst.*)
Doç.Dr. Ali Fuat IŞIK (*Dokuz Eylül*)
Op.Dr. Nejat IŞIK (*SSK Göztepe Eğitim Hast.*)
Prof.Dr. Nihal İÇTEN (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr. Güliz İKİZOĞLU (*Mersin*)
Doç.Dr. Atilla İLHAN (*İnönü*)
Doç.Dr. Y.Selim İLHAN (*Fırat*)
Prof.Dr. Süleyman Sami İLKER (*Celal Bayar*)
Prof.Dr. İbrahim İMAMOĞLU (*Karadeniz*)
Yrd.Doç.Dr. Işıl İNANIR (*Celal Bayar*)
Prof.Dr. Servet İNCİ (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Mehmet İSBİR (*Akdeniz*)
Prof.Dr. Güniz İSKELELİ (*Cerrahpaşa*)
Yrd.Doç.Dr. Serdar H. İSKİT (*Çukurova*)
Prof.Dr. Yasemin KABASAKAL (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr. Ayşin KALE (*Ondokuz Mayıs*)
Prof.Dr. Tunç Alp KALYON (*GATA*)
Prof.Dr. Mansur KAMACI (*Yüziüncü Yıl*)
Doç.Dr. Fahrettin KANADIKIRIK (*SSK Göztepe Hst.*)
Prof.Dr. Ömer KANDEMİR (*SSK Ankara D.Evi*)
Prof.Dr. Yücel KANPOLAT (*Ankara*)
Prof.Dr. Haluk KAPLAN (*GATA Haydarpaşa*)
Yrd.Doç.Dr. Birsen KAPLAN (*Başkent*)
Yrd.Doç.Dr. Mustafa KAPLAN (*Trakya*)
Prof.Dr. Bünyamin KAPTANOĞLU (*Pamukkale*)
Doç.Dr. Melih KAPTANOĞLU (*Cumhuriyet*)
Yrd.Doç.Dr. Ertan KARA (*Çukurova*)
Dr. Halil KARABULUT (*Ankara*)
Doç.Dr. Hakan KARADAĞ (*Trakya*)
Prof.Dr. Sezgin KARADEDE (*Harran*)
Yrd.Doç.Dr. A.Kenan KARADEMİR (*Gata Haydarpaşa*)
Doç.Dr. Ferhan KARADEMİR (*GATA Haydarpaşa*)
Doç.Dr. Selmin KARADEMİR (*Dr.Sami Ulus Hst.*)
Prof.Dr. Ahmet KARAGÜZEL (*Karadeniz*)
Prof.Dr. Şule KARAKELLEOĞLU (*Atatürk*)
Yrd.Doç.Dr. H. Günhan KARAKURUM (*Gaziantep*)
Prof.Dr. Beyhan KARAMANLIOĞLU (*Trakya*)
Doç.Dr. Şafak S. KARAMEHMETOĞLU (*Cerrahpaşa*)
Prof.Dr. Ümit KARAYALÇIN (*Akdeniz*)
Doç.Dr. Zafer KARTALOĞLU (*GATA Haydarpaşa*)
Doç.Dr. Erhun KASIRGA (*Celal Bayar*)
Prof.Dr. Zehra N. KAVAK (*Marmara*)
Yrd.Doç.Dr. Ahmet KAVAKLI (*Fırat*)
Uz.Dr. Tülay KAVAKLI (*Dr.Behçet Uz Hst.*)
Doç.Dr. Mukaddes KAVALA (*SSK Göztepe Eğitim Hast.*)
Prof.Dr. Salih KAVUKÇU (*Dokuz Eylül*)
Dr. Onur KAYA (*Süleyman Demirel*)
Yrd.Doç.Dr. Serpil KAYA (*Cumhuriyet*)
Prof.Dr. Tamer KAYA (*Osmangazi*)
Uz.Dr. Ertan KAYSERİLİ (*Dr.Behçet Uz Hst.*)
Doç.Dr. Saim KAZAN (*Akdeniz*)
Prof.Dr. M. Cem KEÇİK (*Osmangazi*)
Prof.Dr. Celalettin KELEŞ (*Dicle*)
Doç.Dr. Gökhan KESER (*Ege*)
Prof.Dr. Zübeyir KILIÇ (*Osmangazi*)
Doç.Dr. S.Şebnem KILIÇ (*Uludağ*)
Yrd.Doç.Dr. Tülay KILIÇ OKMAN (*Trakya*)
Prof.Dr. Ahmet KIRAL (*GATA Haydarpaşa*)
Yrd.Doç.Dr. Gürkan KIRAN (*K.Maraş Sütcü İman*)
Prof.Dr. Ziya KIRKALI (*Dokuz Eylül*)
Doç.Dr. Halil KISACIK (*TYİH*)
Prof.Dr. Eşref KIZILKAYA (*GATA Haydarpaşa*)
Prof.Dr. Mustafa KİBAR (*Çukurova*)
Prof.Dr. Kenan KOCABAY (*Düzce*)
Prof.Dr. Hikmet KOÇAK (*Atatürk*)
Prof.Dr. Siranuş KOKİNO (*Trakya*)
Doç.Dr. Lale KOLDAŞ (*Cerrahpaşa*)
Doç.Dr. İsmail Soner KOLTAŞ (*Çukurova*)
Prof.Dr. Emel KOYTAGEL (*Cumhuriyet*)
Prof.Dr. Cem KOPUZ (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr. Adnan KORKMAZ (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr. Şule KORKMAZ (*TYİH*)
Dr. Ramazan KOZAN (*Ondokuz Mayıs*)
Yrd.Doç.Dr. M. Erkan KOZANOĞLU (*Çukurova*)
Prof.Dr. Atilla KÖKSAL (*İzm.Atatürk Hst.*)
Prof.Dr. İftihar KÖKSAL (*Karadeniz*)
Doç.Dr. Şeref KÖMÜRCÜ (*GATA*)
Prof.Dr. Süheyla KÖSE (*Ege*)
Doç.Dr. Gülşen KÖSE (*SSK Ank. Çocuk Hst.*)
Doç.Dr. Şükran KÖSE (*SSK Tepecik Hst.*)
Doç.Dr. Erdoğan KUNTER (*GATA Haydarpaşa*)
Yrd.Doç.Dr. M. Ali KURÇER (*Harran*)
Dr. Zehra KURÇER (*Harran*)
Doç.Dr. Emin KURT (*Celal Bayar*)
Prof.Dr. Mehmet KURTOĞLU (*İstanbul*)
Doç.Dr. Ali KURTSOY (*Erciyes*)
Prof.Dr. Zafer KURUMLU (*GATA*)
Doç.Dr. Mesih KUŞKUCU (*Gata Haydarpaşa*)
Prof.Dr. A.Şahap KÜKNER (*İzlet Baysal*)
Prof.Dr. Aysel KÜKNER (*İzlet Baysal*)
Doç.Dr. Nurdan LENK (*Ank. Numune Hast.*)
Yrd.Doç.Dr. Mahir MAHİROĞLU (*GATA Haydarpaşa*)
Prof.Dr. Cafer MARANGOZ (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr. Dilek MEMİŞ (*Trakya*)
Doç.Dr. Faruk MERİÇ (*Dicle*)
Uz.Dr. Timur MEŞE (*Dr.Behçet Uz Hst.*)
Prof.Dr. İnci MEVLİTOĞLU (*Meram*)
Yrd.Doç.Dr. Selçuk MISTIK (*Erciyes*)
Yrd.Doç.Dr. Abtullah MİLCAN (*Mersin*)
Yrd.Doç.Dr. Hasan MİRZALİ (*Celal Bayar*)
Op.Dr. Leyla MOLLAMAHMUTOĞLU (*Dr.Z.T.Burak Hst.*)
Prof.Dr. Gönül MUTLU (*Akdeniz*)
Prof.Dr. Haşim MUTLU (*Cerrahpaşa*)
Prof.Dr. M.Hamdi MUZ (*Fırat*)
Prof.Dr. Bülent MÜNGEN (*Fırat*)
Yrd.Doç.Dr. Meltem NALÇA ANDRİEU (*Ankara*)
Dr. Elif OĞUZ (*Harran*)
Prof.Dr. Nurettin OĞUZ (*Akdeniz*)
Doç.Dr. Ercan OK (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr. Cem OKTAY (*Akdeniz*)
Prof.Dr. Bülent OKTAY (*Uludağ*)
Prof.Dr. M. Derya ONUK (*Atatürk*)
Doç.Dr. Özyay ORAL (*Zeynep Kamil Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Mehmet A. OSMANAĞAOĞLU (*Karadeniz*)
Prof.Dr. Necla OSMANOĞLU (*Ege*)
Prof.Dr. Enver OZAN (*Fırat*)
Prof.Dr. İ. Fahri ÖÇER (*Cerrahpaşa*)
Yrd.Doç.Dr. Murat ÖGETÜRK (*Fırat*)
Yrd.Doç.Dr. Dilara ÖĞÜNÇ (*Akdeniz*)
Prof.Dr. Çağlar ÖĞÜTMAN (*Akdeniz*)
Prof.Dr. S.Ateş ÖNAL (*Fırat*)
Doç.Dr. Arif ÖNDER (*Ondokuz Mayıs*)
Prof.Dr. Armağan ÖNER (*Cerrahpaşa*)
Prof.Dr. Pernur ÖNER (*İstanbul*)
Yrd.Doç.Dr. Naci ÖNER (*Trakya*)
Yrd.Doç.Dr. Gözde ÖNGÜT (*Akdeniz*)
Doç.Dr. Rahmi ÖRS (*Atatürk*)
Dr. Gül ÖZ (*Hacettepe*)
Yrd.Doç.Dr. Serdar ÖZBAŞ (*Adnan Menderes*)
Yrd.Doç.Dr. Elvan ÖZBEK (*Atatürk*)
Yrd.Doç.Dr. Altan A. ÖZCAN (*Çukurova*)
Prof.Dr. Mesut ÖZCAN (*Uludağ*)
Yrd.Doç.Dr. Alis ÖZÇAKIR (*Uludağ*)
Prof.Dr. Sedat ÖZÇELİK (*Cumhuriyet*)
Prof.Dr. Semra ÖZÇELİK (*Cumhuriyet*)
Prof.Dr. Uğur ÖZÇELİK (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Hikmet ÖZÇETİN (*Uludağ*)
Doç.Dr. Sadi ÖZDEM (*Akdeniz*)
Doç.Dr. Cafer ÖZDEM (*Ank. Numune Hst.*)
Doç.Dr. Selçuk ÖZDEN (*Zeynep Kamil Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Şenay ÖZDOLAP (*Zong. Karaelmas*)
Prof.Dr. Ahmet ÖZET (*GATA*)
Yrd.Doç.Dr. Gökhan ÖZGEN (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr. Hedef ÖZGÜN (*Adnan Menderes*)
Yrd.Doç.Dr. Mehmet ÖZKAHYA (*Ege*)
Prof.Dr. Olcay ÖZKAN (*Akdeniz*)
Prof.Dr. Hasan ÖZKAN (*Dokuz Eylül*)

Doç.Dr. Seyhan Sonar ÖZKAN (*SSK Ankara Göz Hst.*)
Op.Dr. Yavuz ÖZKAN (*SSK Göztepe Eğitim Hast.*)
Prof.Dr. Cumhur ÖZKUYUMCU (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Metin ÖZPOYRAZ (*Çukurova*)
Doç.Dr. İrfan ÖZTÜRK (*Şişli Etfal Hast.*)
Prof.Dr. Serap ÖZTÜRKCAN (*Celal Bayar*)
Prof.Dr. Alparslan ÖZYAZICI (*Hacettepe*)
Doç.Dr. Mustafa ÖZYURT (*Gata Haydarpaşa*)
Prof.Dr. Yusuf ÖZYÜREK (*Osmangazi*)
Prof.Dr. Recai PABUÇCU (*GATA*)
Prof.Dr. Zafer PAMUKÇU (*Trakya*)
Prof.Dr. Ayten PAMUKÇU UYAN (*İzmit Baysal*)
Yrd.Doç.Dr. Ali Haydar PARLAK (*İzmit Baysal*)
Yrd.Doç.Dr. Özcan PEHLİVAN (*GATA Haydarpaşa*)
Yrd.Doç.Dr. Murat PEKDEMİR (*Kocaeli*)
Yrd.Doç.Dr. Ahmet PINAR (*Hacettepe*)
Doç.Dr. Süleyman PİŞKİN (*Trakya*)
Prof.Dr. Ömer POYRAZ (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr. Simin ROTA (*Pamukkale*)
Yrd.Doç.Dr. Hatice İlgin RUHİ (*Ankara*)
Prof.Dr. Cemil SABUNCU (*Osmangazi*)
Prof.Dr. İlham SABUNCU (*Osmangazi*)
Doç.Dr. Kenan SAĞLAM (*GATA*)
Dr. Gülay SAİN GÜVEN (*Hacettepe*)
Doç.Dr. Mustafa SAMUR (*Akdeniz*)
Doç.Dr. Mustafa F. SARGON (*Hacettepe*)
Doç.Dr. Refik Ali SARI (*Ege*)
Prof.Dr. Kenan SARIDOĞAN (*Trakya*)
Doç.Dr. Ali SARIKAYA (*Trakya*)
Yrd.Doç.Dr. Selda SARIKAYA (*Zong. Karaelmas*)
Doç.Dr. Burhan SAVAŞ (*Akdeniz*)
Yrd.Doç.Dr. Ahmet SAVRANLAR (*Zong.Karaelmas*)
Doç.Dr. Levent SAYDAM (*Bayındır Hst.*)
Prof.Dr. Güldame SAYGI (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr. Füsün SAYGILI (*Ege*)
Prof.Dr. Filiz SEBİK (*Ege*)
Prof.Dr. Mehmet SELÇUKİ (*Celal Bayar*)
Yrd.Doç.Dr. C. Nur SEMERCİ (*Pamukkale*)
Prof.Dr. M. Behçet SEVİN (*Osmangazi*)
Prof.Dr. İlhan SEZGİN (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr. Aytül SİN (*Ege*)
Prof.Dr. Muzaffer SİNDEL (*Akdeniz*)
Yrd.Doç.Dr. Can SOLAKOĞLU (*GATA Haydarpaşa*)
Doç.Dr. Mehmet SOY (*Trakya*)
Doç.Dr. Ömer SOYSAL (*İnönü*)
Prof.Dr. Bingür SÖNMEZ (*İst. Memorial Hst.*)
Prof.Dr. Kerim SÖNMEZOĞLU (*Cerrahpaşa*)
Prof.Dr. Adil SURAT (*Hacettepe*)
Doç.Dr. Selma SÜER GÖKMEN (*Trakya*)
Doç.Dr. Haldun SÜMER (*Cumhuriyet*)
Dr. Ege SÜZER (*SSK Tepecik Hst.*)

Prof.Dr. Gülay ŞADAN (*Akdeniz*)
Yrd.Doç.Dr. M. Turhan ŞAHİN (*Celal Bayar*)
Yrd.Doç.Dr. Ulus Ali ŞANLI (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr. Berna ŞANLI ERDOĞAN (*Pamukkale*)
Doç.Dr. Ali ŞAŞMAZ (*TYİH*)
Doç.Dr. Hatice ŞAŞMAZ (*TYİH*)
Yrd.Doç.Dr. Lale ŞATIROĞLU TUFAN (*Pamukkale*)
Yrd.Doç.Dr. Ece ŞEN (*Yeditepe*)
Doç.Dr. Mehmet ŞENCAN (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr. Alparslan ŞENEL (*Ondokuz Mayıs*)
Prof.Dr. Kazım ŞENEL (*Atatürk*)
Doç.Dr. Burçin ŞENER (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Mustafa ŞENGEZER (*GATA*)
Doç.Dr. Taşkın ŞENTÜRK (*Annan Menderes*)
Doç.Dr. Abdurrahman ŞENYİĞİT (*Dicle*)
Doç.Dr. Abdurrahman ŞİMŞEK (*GATA*)
Yrd.Doç.Dr. Zeynep ŞİMŞEK (*Harran*)
Yrd.Doç.Dr. Enver ŞİMŞEK (*Düzce*)
Prof.Dr. Zübeyr TALAY (*Cerrahpaşa*)
Doç.Dr. Cüneyt Eftal TANER (*SSK Ege Doğumevi*)
Doç.Dr. Nermin TANSUĞ (*Celal Bayar*)
Prof.Dr. Nevzat TARHAN (*Memory Center*)
Doç.Dr. Halis Bülent TAŞTAN (*GATA*)
Doç.Dr. Vedide TAVLI (*Dr.Behçet Uz Hst.*)
Prof.Dr. Oya TEKELİ (*Ankara*)
Prof.Dr. Meral TEKELOĞLU (*Ankara*)
Prof.Dr. Şevket TEKTAŞ (*İnönü*)
Prof.Dr. Eşref TEL (*Osmangazi*)
Doç.Dr. Ahmet TEMİZHAN (*TYİH*)
Prof.Dr. Mustafa TİRELİ (*Celal Bayar*)
Yrd.Doç.Dr. Erdem TOĞROL (*GATA Haydarpaşa*)
Yrd.Doç.Dr. Çiğdem TOKYOL (*Afyon Kocatepe*)
Doç.Dr. Nazan TOMAÇ (*Zong. Karaelmas*)
Prof.Dr. Murat TOMBULOĞLU (*Ege*)
Prof.Dr. Halil Zeki TONBUL (*Meram*)
Prof.Dr. Suat TOPAKTAŞ (*Cumhuriyet*)
Dr. Özgül TOPAL (*Hacettepe*)
Prof.Dr. A. Barış TOPRAK (*Celal Bayar*)
Yrd.Doç.Dr. Zeynep TOSUN (*Erciyes*)
Prof.Dr. Armağan TUĞRUL (*Trakya*)
Yrd.Doç.Dr. Hakan TUNA (*Trakya*)
Yrd.Doç.Dr. Timur TUNÇALI (*Ankara*)
Doç.Dr. Recep TUNCER (*Çukurova*)
Prof.Dr. Arslan TUNÇBİLEK (*Ankara*)
Prof.Dr. Ferda TUNÇKANAT (*Hacettepe*)
Yrd.Doç.Dr. Alparslan TURAN (*Trakya*)
Yrd.Doç.Dr. Teyfik TURGUT (*Firat*)
Doç.Dr. Serdar TURHAL (*Marmara*)
Prof.Dr. Alper TUTKUN (*Marmara*)
Yrd.Doç.Dr. Aylin TÜREL ERMERTCAN (*Celal Bayar*)
Yrd.Doç.Dr. Orhan TÜRKEN (*Gata Haydarpaşa*)

Yrd.Doç.Dr. Ahmet TÜZÜN (*GATA*)
Prof.Dr. Binnur TÜZÜN (*Trakya*)
Prof.Dr. Fikret TÜZÜN (*Cerrahpaşa*)
Doç.Dr. Şansın TÜZÜN (*Cerrahpaşa*)
Doç.Dr. M.Zafer UĞUZ (*İzmir Atatürk Hst.*)
Prof.Dr. Ahmet ULUGÖL (*Trakya*)
Doç.Dr. Mehmet UNGAN (*ODTÜ*)
Yrd.Doç.Dr. Muammer URHAN (*GATA Haydarpaşa*)
Prof.Dr. Dürdal US (*Hacettepe*)
Yrd.Doç.Dr. Rüçhan USLU (*Ege*)
Prof.Dr. Şemsettin USTAÇELEBİ (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Müberra UYGUN (*Trakya*)
Prof.Dr. Adnan UZUNİSMAIL (*Haydarpaşa Numune Hst.*)
Prof.Dr. Ahmet ÜNAL (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr. Yücel ÜSTÜNDAĞ (*Zong. Karaelmas*)
Doç.Dr. İsmail ÜSTÜNEL (*Akdeniz*)
Prof.Dr. Füsün VAROL (*Trakya*)
Doç.Dr. Meltem YAĞMUR (*Çukurova*)
Prof.Dr. Birkan YAKAN (*Erciyes*)
Uz.Dr. Ebru YALÇIN (*Hacettepe*)
Doç.Dr. Erol YALNIZ (*Trakya*)
Doç.Dr. Hakan YAMAN (*Akdeniz*)
Doç.Dr. Akgün YAMAN (*Çukurova*)
Doç.Dr. Gül YAPAR EYİ (*Dr.Z.T.Burak Hst.*)
Prof.Dr. Turgut YARDIM (*Trakya*)
Yrd.Doç.Dr. Füsün YARIŞ (*Karadeniz*)
Doç.Dr. İsmet YAVAŞÇAOĞLU (*Uludağ*)
Yrd.Doç.Dr. Taner YAVUZ (*Düzce*)
Prof.Dr. Mustafa YAYLACI (*GATA Haydarpaşa*)
Doç.Dr. Orhan YAZANEL (*Dicle*)
Prof.Dr. Zeliha YAZICI (*Cerrahpaşa*)
Uz.Dr. Gürol YENDUR (*Behçet Uz Hst.*)
Doç.Dr. Necati YENİCE (*SSK Okmeydanı Hst.*)
Doç.Dr. İlhan YETKİN (*Gazi*)
Prof.Dr. Atilla YILDIRIM (*Osmangazi*)
Dr. Fatoş Belgin YILDIRIM (*Akdeniz*)
Yrd.Doç.Dr. Cuma YILDIRIM (*Gaziantep*)
Prof.Dr. Nilgün YILDIRIM (*Osmangazi*)
Prof.Dr. Zeki YILMAZ (*Erciyes*)
Prof.Dr. Mustafa YILMAZ (*Firat*)
Prof.Dr. Ufuk YIĞITSUBAY (*Cerrahpaşa*)
Prof.Dr. Faruk YORULMAZ (*Trakya*)
Doç.Dr. Nurullah YÜCEER (*Uludağ*)
Prof.Dr. Oğuz YÜCEL (*Düzce*)
Doç.Dr. Ferruh YÜCEL (*Osmangazi*)
Doç.Dr. Hasan YÜKSEL (*Celal Bayar*)
Prof.Dr. Mustafa YÜKSEL (*Marmara*)
Yrd.Doç.Dr. Hasan YÜKSEL (*Annan Menderes*)
Prof.Dr. Adil ZAMANI (*Meram*)

-İsimler Soyadı sırasına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

-Soru Hazırlayan Öğretim Üyeleri, 22. Ulusal Tıp Bilimleri Yarışması'na soru gönderen ve katkıda bulunan Öğretim Üyeleri tarafından oluşturulmuştur.

BİLİMSEL YAZIŞMA

Bilimsel tüm yazışmalarınız için;

Prof.Dr.Hikmet Akgül

Editör

Türkiye Klinikleri Meditest Dergisi

Talatpaşa Bulvarı No:102/1 06230 Hamamönü

Ankara/Türkiye

Tel : +90 312 309 36 66

Faks : +90 312 312 67 41

e-posta: info@turkiye-klinikleri.com

web : www.turkiye-klinikleri.com

YAYIN PERİYODU

Türkiye Klinikleri Meditest Dergisi; Ocak, Şubat, Nisan, Mayıs, Temmuz, Ağustos aylarında olmak üzere yılda 6 sayı (45 günde bir) yayınlanır.

ABONE İŞLEMLERİ

Derginin 1 yıllık abone fiyatı (2004 için)

KDV dahil 45.000.000 TL'dir.

Abone olmak isteyenlerin; Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.'nin İş Bankası Ankara Dikimevi Şubesi 801000 (havale ücreti alınmaz) numaralı banka hesabına ya da 149599 numaralı posta çeki hesabına gerekli ücreti yatırıp, dekontu (ücretin Meditest dergisi aboneliği için ödendiğini belirten) kısa bir mektupla birlikte Talatpaşa Bulvarı NO:102/1 06230 Hamamönü/ANKARA adresine göndermeleri veya 0312 312 67 41'e fakslamaları yeterlidir.

Abonelik işlemleri ile ilgili tüm sorularınız için:

Gamze Beyaz

Abone ve Halkla İlişkiler Servisi

Türkiye Klinikleri Meditest Dergisi

Talatpaşa Bulvarı No:102/1 06230 Hamamönü

Ankara/Türkiye

Tel : +90 312 309 36 66/119

Faks : +90 312 312 67 41

e-posta : abone@turkiye-klinikleri.com

ADRES DEĞİŞİKLİKLERİ

Derginin yayınlanacağı ayın başından en az 15 gün önce abone servisine yazılı olarak bildirilmelidir. Zamanında yapılmayan bildirimlerden dolayı derginin aboneye ulaşmamasından yayıncı sorumlu tutulamaz.

REKLAM İŞLEMLERİ

Dergiye reklam vermek isteyen tüm kişi ve kurumlar için:

Dr.Deniz Akagündüz, Sultan Çuhadar, S. Esra Özmen

Reklam Servisi

Türkiye Klinikleri Meditest Dergisi

Talatpaşa Bulvarı No:102/1 06230 Hamamönü

Ankara/Türkiye

Tel : +90 312 309 36 66

Faks : +90 312 312 67 41

e-posta : daakgul@turkiye-klinikleri.com

YAYIN HAKKI

Türkiye Klinikleri Meditest Dergisi'nde yayınlanan yazılar, resim, şekil, tablo ve sorular yayıncının yazılı izni olmadan kısmen veya tamamen herhangi bir vasıta ile basılamaz, çoğaltılamaz. Kaynak gösterilmek kaydıyla dahi alıntı yapılamaz. Dergide yayınlanan ilan ve reklamlardan firmaları sorumludur.

BASIM-YAYIN-DAĞITIM

Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.

Talatpaşa Bulvarı No:102/1 06230 Hamamönü

Ankara/Türkiye

Tel : +90 312 309 36 66

Faks : +90 312 312 67 41

e-posta : info@turkiye-klinikleri.com



Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

Cilt 13

Sayı 3

Mart-Nisan 2004

İÇİNDEKİLER

117

Pediyatri

140

**22. Ulusal Tıp Bilimleri Yarışması
Temel Tıp Bilimleri Soruları**

148

**22. Ulusal Tıp Bilimleri Yarışması
Klinik Tıp Bilimleri Soruları**

157

**22. Ulusal Tıp Bilimleri Yarışması
Temel Tıp Bilimleri Cevapları**

165

22. Ulusal Tıp Bilimleri Yarışması
Klinik Tıp Bilimleri Cevapları

ISSN: 1300-0276

C i l t : 1 3 • S a y ı : 3 • M a r t - N i s a n 2 0 0 4

Cilt : 13 • Sayı : 3 • Mart-Nisan 2004 • Sayfa: 117-174

22. ULUSAL TIP BİLİMLERİ YARIŞMASI

UYARI

1. Yarışma soruları "Temel Tıp Bilimleri" ve "Klinik Tıp Bilimleri" olmak üzere 100'er soruluk 2 bölümden oluşmaktadır.
2. Temel Tıp Bilimleri Cevapları sayfa 157'de, Klinik Tıp Bilimleri Cevapları sayfa 165'dedir.
3. Yarışma süresi 210 dakika (3.5 saat)'dir.
4. Her 4 yanlış cevap için 1 doğru cevap düşülecektir.
5. Yarışma sonunda doğru ve yanlış cevaplarınızı, cevap anahtarından kontrol ettikten sonra, www.turkiye-klinikleri.com adresine girerek ("kendi puanını hesapla" link'ine tıklayarak) puanınızı hesaplayabilirsiniz. Puanların hesaplanmasında TUS'da kullanılan puan hesap sistemi esas alınmaktadır.

TEMEL TIP BİLİMLERİ SORULARI

1. **Parmak uçlarında yükselemeyen ve aşil tendon refleksi alınamayan hastada hangi sinir hasar görmüştür?**
 - a) N. femoralis
 - b) N. tibialis
 - c) N. peroneus communis
 - d) N. obturatorius
 - e) N. gluteus superior
2. **Sol stilomastoid foramen'den geçen bir kırık, foramen içindeki siniri etkilerse, aşağıdaki klinik bulgulardan hangisi oluşur?**
 - a) Sağ kulakta hiperakuzi
 - b) Fasiyal paralizi
 - c) Sol lakrimasyon kaybı
 - d) Sol parotis bezinin sekresyon kaybı
 - e) Sağ tarafta lakrimasyon kaybı
3. **Kübital fossada açılan bir damar yolunda hava kabarcığı oluşuyor. Bu durumda hava embolisi açısından vücudun hangi bölgesi en fazla risk altındadır?**
 - a) Beyin
 - b) Kol
 - c) Kalp
 - d) Akciğer
 - e) Karaciğer
4. **Aşağıdakilerden hangisi karotis kılıfı içinde bulunmaz?**
 - a) A. karotis eksterna
 - b) V. jugularis interna
 - c) A. karotis communis
 - d) N. vagus
 - e) Sempatik zincir
5. **Aşağıdaki papillalardan hangisinde tad tomurcuğu bulunmaz?**
 - a) Papilla vallata
 - b) Papilla fungiformis
 - c) Papilla lentiformis
 - d) Papilla conicae
 - e) Papilla foliata
6. **Aşağıdakilerden hangisi parotis bezinin içinden geçen yapılardan değildir?**
 - a) N. fascialis
 - b) V. retromandibularis
 - c) A. maksillaris
 - d) A. temporalis superficialis
 - e) A. lingualis
7. **En çok kırığı görülen karpal kemik hangisidir?**
 - a) Os scaphoideum
 - b) Os capitatum
 - c) Os lunatum
 - d) Os hamatum
 - e) Os trapezium
8. **Yüzünüze bir pamukla dokunuluyor. Hangisi bu duyuyla ilgili bir yapı değildir?**
 - a) Ganglion trigeminale
 - b) Nuc. spinalis nervi trigemini
 - c) Nuc. ventralis posterolateralis
 - d) Meissner korpuskülü ve Merkel diskleri
 - e) Gyrus postcentralis
9. **Hangi oluşum kalbin dışında yer alır?**
 - a) Fossa ovalis
 - b) Sulcus terminalis
 - c) Conus arteriosus
 - d) Trabecula septomarginalis
 - e) Crista terminalis
10. **Aşağıdaki skrotum tabakalarından hangisi peritoneumun bir parçasıdır?**
 - a) Tunica dartos
 - b) Tunica vaginalis testis
 - c) Fascia spermatica eksterna
 - d) Fascia spermatica interna
 - e) Fascia cremasterica
11. **Aşağıdakilerden hangisi antijen sunan hücre grubuna dahil değildir?**
 - a) Langerhans hücreleri
 - b) Folliküler dendritik hücreler
 - c) Makrofajlar
 - d) İnterdijitasyon yapan hücreler
 - e) M hücreleri
12. **Çizgili kas yapısında, ince filamentlerin Z çizgisine bağlanmasında rol oynayan protein hangisidir?**
 - a) Myomesin
 - b) C protein
 - c) Nebulin
 - d) Distrofin
 - e) Titin

TEMEL TIP BİLİMLERİ SORULARI

13. Aşağıdaki enzimlerden hangisi lizozomlarda bulunmaz?

- a) Asid fosfataz
- b) Katalaz
- c) Deoksiribonükleaz
- d) Ribonükleaz
- e) Fosfolipaz

14. Hangisi solunum membranını (kan-hava bariyeri) oluşturan yapılardan biri değildir?

- a) Tip 1 epitel hücrelerinin sitoplazması
- b) Tip 2 epitel hücrelerinin sitoplazması
- c) Epitel ve endotel hücrelerinin ortak bazal membranı
- d) Endotel hücrelerinin sitoplazması
- e) Sürfaktan

15. Hipofiz tümöründe aşağıdakilerden hangisi görülebilir?

- a) Bitemporal hemianopsi
- b) Homonim hemianopsi
- c) Bir gözde tam körlük
- d) İki gözde tam körlük
- e) Binazal hemianopsi

16. İskelet kası sarkoplazmik retikulum sisternalarında Ca^{2+} ser-bestleşmesiyle ilgili reseptör hangisidir?

- a) Miyomesin
- b) Titin
- c) Ryanodin
- d) Troponin
- e) Dihidropiridin

17. Leptin aşağıdakilerden hangisinin salgılanmasını inhibe eder?

- a) Gonadotropin – serbestletici hormon (GnRH)
- b) Kortikotropin serbestletici hormon
- c) Proopiomelanokortinler
- d) Nöropeptit Y
- e) Alfa-MSH

18. Hemoglobin sentezi aşağıdaki yapılardan hangisinde olur?

- a) Düz endoplazmik retikulum
- b) Golgi cisimciği
- c) Mitokondri
- d) Peroksizom
- e) Serbest ribozom

19. Aşağıdakilerden hangisi distal tübülde K^+ sekresyonunu arttırmaz?

- a) Metabolik alkaloz
- b) Yüksek K^+ diyeti
- c) Hiperaldosteronizm

- d) Spironolakton alınması
- e) Tiazid diüretik alınması

20. Çizgili kasta aktin filamentinin yapısında olmayan aşağıdakilerden hangisidir?

- a) F-aktin sarmalı
- b) G-aktin molekülü
- c) Troponin kompleksi
- d) Tropomyozin molekülü
- e) ATPaz enzimi

21. Aşağıdaki enzimlerden hangisinin defosforile hali inaktiftir?

- a) Glikojen sentaz
- b) Hormona duyarlı lipaz
- c) Fruktoz 1, 6 bifosfataz
- d) Tirozin kinaz
- e) Pirüvat kinaz

22. Kanser hücreleri için aşağıdaki metabolik olayların hangisi yanlıştır?

- a) GTPaz aktivitesi uyarılır
- b) Fetal proteinlerin sentezi artar
- c) Anaerobik glikoliz artar
- d) Oksidatif fosforilasyon azalır
- e) Supressor genlerde kayıp olur

23. Biyokimyasal kusurun propiyonil KoA karboksilaz enzimi ile ilişkili olduğu belirlenen Propiyonik Asidemi, vitamin tedavisine yanıt veren bir sendromdur. Bu sendromda hangi vitaminin yüksek dozlarının uygulanımı yarar sağlar?

- a) Folik asid
- b) Niyasin
- c) Pridoksin
- d) Riboflavin
- e) Biotin

24. Aşağıdaki hormonlardan hangisinin spesifik bir plazma transport proteini yoktur?

- a) Kortizol
- b) Aldosteron
- c) Testosteron
- d) Östradiol
- e) Progesteron

25. Yağ asidi sentezi ile ilgili olarak hangisi doğrudur?

- a) İnsülin, cAMP'yi artırarak lipolizi inhibe eder
- b) Yağ asidi sentaz hız kısıtlayıcı enzimidir
- c) Sitrat, sentez için bir allosterik aktivatördür
- d) Sentez için biyotin ve ADP gerekir
- e) Sentez mitokondride gerçekleşir

26. Aşağıdakilerden hangisi fosfofruktokinaz-1'i aktive etmez?

- a) Fruktoz-6-fosfat
- b) Asetoasetat
- c) AMP
- d) Pi
- e) Fruktoz 2, 6 bifosfat

27. Aşağıdaki hormonal hastalıkların hangisinde idrarda 17-ketosteroid artışı görülmez?

- a) Addison hastalığı
- b) Cushing sendromu
- c) Adrenal tümörler
- d) Testiküler tümörler
- e) Konjenital adrenal hiperplazi (21-hidroksilaz eksikliği)

28. Hangisi yapısal olarak plazminojene benzer?

- a) Seruloplazmin
- b) Lipoprotein (a)
- c) Sfingomiyelin
- d) Hemopeksin
- e) Prostaglandin

29. Kollajen sentezi aşağıdakilerden hangisinde başlar?

- a) Lizozom
- b) Plazma membranı
- c) Mikrotübül
- d) Granüllü endoplazmik retikulum
- e) Mitokondri

30. Aşağıdaki fosfolipidlerden hangisi antijenik özellik gösterir?

- a) Fosfatidil kolin
- b) Kardiyolipin
- c) Fosfatidil etanolamin
- d) Fosfatidil inozitol
- e) Fosfatidil gliserol

31. Karaciğerde kolesterolden sentezlenen primer safra asitleri aşağıdaki aminoasitlerden hangisine bağlanarak safra kanallarına atılırlar?

- a) Glisin
- b) Treonin
- c) Histidin
- d) Valin
- e) Triptofan

32. DNA sentezi sırasında, RNA primerine deoksiribonükleotidleri bağlayarak, uzamayı sağlayan enzim aşağıdakilerden hangisidir?

- a) DNA polimeraz I
- b) DNA polimeraz II
- c) DNA polimeraz III

- d) RNA polimeraz I
- e) RNA polimeraz II

33. Glikojen sentezinde, glikojen sentaz enzimi glukoz rezidülerini bağlayacağı bir primer glikojen parçasına gereksinim duyar. Bu primer yapı yokluğunda glukoz rezidülerinin alıcısı rolünü üstlenen yapı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) UDP-galaktoz
- b) Aglikon
- c) Glukozid
- d) Glukogenin
- e) UDP-glukoz

34. Aşağıdaki reseptörlerden hangisi tirozin-spesifik bir protein kinazdır?

- a) Epinefrin reseptörü
- b) ANF reseptörü
- c) Endotoksin reseptörü
- d) İnsülin reseptörü
- e) Nikotinik asetilkolin reseptörü

35. Otoimmün hastalığı olanlarda aşağıdakilerden hangisine karşı kanda antikör saptanır?

- a) DNA
- b) rRNA
- c) snRNP
- d) Nus A
- e) Rep Protein

36. Aşağıdaki apolipoproteinlerden hangisi lipoprotein lipaz aktivasyonu için gereklidir?

- a) Apolipoprotein B-100
- b) Apolipoprotein B-48
- c) Apolipoprotein E
- d) Apolipoprotein C-II
- e) Apolipoprotein AI

37. Aşağıdakilerden hangisinin eksikliğinde korneal vas-külarizasyon, seboreik dermatit, cheilosis ve glossit görülür?

- a) Folik asit
- b) Niasin
- c) Tiamin
- d) Askorbik asit
- e) Riboflavin

38. Karbonmonoksit solunum zincirini hangi aşamada bloke eder?

- a) Sitokrom b
- b) Ubikinon
- c) Kompleks II
- d) Sitokrom oksidaz
- e) Kompleks I

TEMEL TIP BİLİMLERİ SORULARI

39. Aşağıdakilerden hangisi transaminasyon reaksiyonlarına katılmayan aminoasitlerden biri değildir?

- a) Lizin
- b) Treonin
- c) Prolin
- d) Tirozin
- e) Hidroksiprolin

40. Üre döngüsü ile Sitrik asid döngüsü arasında irtibatı sağlayan molekül aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Fumarik asid
- b) Malik asid
- c) Orotik asid
- d) α -Ketoglutarik asid
- e) Okzaloasetik asid

41. Vankomisin bakteriler üzerine etki mekanizması aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Hücre duvarı sentezini inhibe etmek
- b) Enzimlere bağlanmak
- c) Nükleik asit yapısını bozmak
- d) Metabolizmalarını engellemek
- e) Ribozomlara bağlanmak

42. 39.1°C ateşi, bilinç bulanıklığı, ense sertliği ve alt ekstremitelerde peteşi tarzında döküntüleri bulunan çocuk hastada, peteşilerden yapılan yaymada parçalı çekirdekli lökositler ve az sayıda hücre içi ve dışı gram negatif diplokoklar görülüyor. Aşağıdakilerden hangisi bu bakterinin virülans faktörlerinden birisi değildir?

- a) Pili
- b) Por protein
- c) Polisakkarit kapsül
- d) Lipooligosakkarit
- e) IgA proteaz

43. Aşağıda belirtilen enzimlerden hangisi bakteriyel DNA'nın süpersarmal oluşturup nükleoid içinde kondanse olmasını sağlar?

- a) DNA polimeraz
- b) Ekzonükleaz
- c) DNA topoizomeraz
- d) RNA polimeraz
- e) DNA ligaz

44. Sklerotik (Medlar) cisimcik aşağıdaki infeksiyonların hangisinde enfekte dokuda oluşan karakteristik yapıdır?

- a) Miçetom
- b) Kromoblastomikoz

- c) Sporotrikoz
- d) Kandidoz
- e) Dermatofitoz

45. Aşağıdakilerden hangisi kompleman etkisiyle ortaya çıkan olaylar arasında yer almaz?

- a) Anafilatoksin etkisi ve buna bağlı olaylar
- b) Kemotaksis etkisi
- c) Oponizasyon ve bağışık yapışma etkisi
- d) Nötrofillerin aktivasyonu
- e) Arthus reaksiyonu

46. Granülomatozis infantiseptika klinik formu, aşağıdaki bakterilerden hangisinin yaptığı bir hastalıktır?

- a) Vibrio cholerae
- b) Listeria monocytogenes
- c) Clostridium tetani
- d) Haemophilus parainfluenzae
- e) Bacillus cereus

47. Aşağıdakilerden hangisi hareketle ilişkili değildir?

- a) Flagella
- b) Flagellin
- c) H antijeni
- d) Pilus
- e) Aksiyel filamen

48. Aşağıdaki reseptörlerden hangisi, insan immün yetmezlik virusu tip 1 (HIV-1)'in hücreye girişinde, CD4 molekülü ile birlikte rol oynar?

- a) Nötrofil IgG Fc reseptörleri
- b) B hücre IgM reseptörleri
- c) İnsülin reseptörleri
- d) Kemokin reseptörleri
- e) Kompleman reseptörleri

49. Patogenezinde etiyolojik virusun hematojen yolla yayılmadığı hastalık hangisidir?

- a) Paralitik poliomyelit
- b) Kızamık
- c) EBV'nin neden olduğu infeksiyöz mononükleoz
- d) B hepatiti
- e) Kuduz

50. Aşağıdakilerden hangisinde fırsatçı mantar enfeksiyonlarının komplikasyon potansiyeli daha azdır?

- a) Organ transplantasyonları
- b) 3. derece yanıklar
- c) Nötropeni
- d) Kazanılmış immün yetersizlik
- e) İntraabdominal abseler

51. Aşağıdakilerden hangisi kistleri olmayan, *Enterobius vermicularis* yumurtaları ile bulaşan bir bağırsak protozoonudur?

- a) *Giardia intestinalis*
- b) *Entamoeba histolytica*
- c) *Balantidium coli*
- d) *Entamoeba coli*
- e) *Dientamoeba fragilis*

52. Viral bir enfeksiyona bağlı olarak hücrede sınıf I MHC moleküllerinin ekspresyonu azalırsa, bu hücre aşağıdakilerden hangisinin hedefi haline gelir?

- a) NK hücreleri
- b) Ts lenfositler
- c) Nötrofiller
- d) Makrofajlar
- e) Th lenfositler

53. Vajinal herpes lezyonları aşağıdakilerden hangisi için risk faktörüdür?

- a) Servikal karsinoma
- b) Vajinal karsinoma
- c) Vajinal yoldan doğan bebekler
- d) Papillomavirus süperenfeksiyonu
- e) Pelvik inflamatuvar hastalık

54. Altta yatan hastalığı olanlarda primer olarak bakteriyemi ve bağırsak dışı enfeksiyonlarla ilişkili olan *Campylobacter* türü aşağıdakilerden hangisidir?

- a) *Campylobacter jejuni*
- b) *Campylobacter coli*
- c) *Campylobacter lari*
- d) *Campylobacter fetus*
- e) *Campylobacter upsaliensis*

55. Ateş, tansiyon düşüklüğü, vücudunda yaygın kızarıklık ile Acil Servis'e getirilen hastanın kan kültürlerinde beta-hemolitik, katalaz negatif, basitrasine duyarlı bir bakteri üremiştir. Hastada görülen tablo bu bakterinin virülans faktörlerinden hangisinin etkisine bağlı olabilir?

- a) Hyaluronidaz
- b) Fibrinolizin
- c) Hemolizin
- d) Koagülaz
- e) Pirojenik ekzotoksin

56. Normalde insan florasında bulunan, nadiren enfeksiyon etkeni olabilen ve dokularda artrokonidileri ile tanınan mantar hangisidir?

- a) *Candida albicans*
- b) *Coccidioides immitis*

- c) *Cryptococcus neoformans*
- d) *Geothricum candidum*
- e) *Candida tropicalis*

57. Aşağıdaki protozoalardan hangisi kirpiklidir?

- a) *Balantidium coli*
- b) *Toksoplasma gondii*
- c) *Cryptosporidium parvum*
- d) *Giardia lamblia*
- e) *Plasmodium falciparum*

58. Genital bölgede tekrarlayan ağrılı ülserasyonlar gelişen hastadan yapılan incelemede, lezyonda çok çekirdekli dev hücreler saptanmıştır, en olası etken hangisidir?

- a) Adenovirus
- b) HSV-2
- c) Papillomavirus
- d) *Haemophilus ducreyi*
- e) *Trepanoma pallidum*

59. HIV negatif bir anneden doğan, ağır immün yetmezliği olan ve HIV pozitif bir babaya sahip olan çocuğun aşılama programında aşağıdakilerden hangisi bulunmamalıdır?

- a) İnaktif polio aşısı
- b) Oral polio aşısı
- c) Hepatit B aşısı
- d) Hepatit A aşısı
- e) İnaktif influenza aşısı

60. Giriş bölgesi ile tüm vücuda yayılabilen virus hangisidir?

- a) Norwalk virus
- b) Rhinovirus
- c) Epstein-Barr virus
- d) Rotavirus
- e) İnfluenza virus

61. Primer yara iyileşmesinde kaçınıcı günde neovaskularizasyon maksimumdur?

- a) İlk 24 saat
- b) 3. gün
- c) 5. gün
- d) 2. hafta
- e) 1. ay

62. Aşağıdaki klinik tablolardan hangisinde ödemin patogenezi diğerlerinden farklıdır?

- a) Konjestif kalp yetmezliği
- b) Konstrüktif perikardit
- c) Siroz
- d) Tromboz
- e) Neoplazi

TEMEL TIP BİLİMLERİ SORULARI

63.Özellikle obstetrik komplikasyon sonucunda ya da terminal dönem malignansilerde izlenen, beyin, akciğer, kalp, böbrek gibi organlarda yaygın trombüslerde seyreden klinik tabloya ne ad verilir?

- a) Embolizasyon
- b) Tromboembolizm
- c) Dissemine intravasküler koagülasyon
- d) Amniyon sıvı embolisi
- e) Yağ embolisi

64.Aşağıdakilerden hangisinde lenfoma gelişme riski vardır?

- a) Subakut granüloamatöz tiroidit
- b) Hashimoto tiroiditi
- c) Granüloamatöz tiroidit
- d) Riedell's tiroiditi
- e) Subakut lenfositik tiroidit

65. Diabetes mellitus için hangisi diagnostik değildir?

- a) İnsülitis
- b) Nodüler glomerüloskleroz
- c) Diabetik retinopati
- d) Böbrek efferent arteriollerinde arteriolskleroz
- e) Adacık hücreleri belirgin atrofisi

66.Paranazal sinüslerin en önemli mikotik enfeksiyonu olan ve diabetes mellitusda ketoasidozlu hastalarda sık görülen lezyon hangisidir?

- a) Sinüzit
- b) Sifiliz
- c) Tüberküloz
- d) Wegener granülomatozu
- e) Mukormikozis

67.Yenidoğanda K vitamini eksikliği sonucu oluşan kanama diyatezi en çok nerede görülür?

- a) İntrakraniyal
- b) Deri
- c) Göbek kordonu
- d) Dalak
- e) Dişeti

68.Akciğerleri tuttuğunda klinik ve histopatolojik olarak tüber-küloz ile ayırımı çok güç olan fungal infeksiyon aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Koksidiomikozis
- b) Kandidiyazis
- c) Mukormikozis
- d) Histoplazmozis
- e) Aspergillozis

69.Aşağıdaki beyin tümörlerinin hangisi Psammoma cisim-cikleri içerebilir?

- a) Medulloblastoma
- b) Meningioma
- c) Ependimoma
- d) Oligodendroglioma
- e) Astrojitoma

70.Enkondral kemikleşmenin bozulduğu, fakat intramembranöz kemikleşmenin normal olduğu, otozomal dominant geçişli herediter hastalık hangisidir?

- a) Renal osteodistrofi
- b) Osteoporoz
- c) Kemiğin vonRecklinghausen hastalığı
- d) Akondroplazi
- e) Fibröz displazi

71.A vitamini eksikliğinde ilk görülen hangisidir?

- a) Kseroftalmi
- b) Kserozis
- c) Gece körlüğü
- d) Bitot lekeleri
- e) Keratomalazi

72.En fazla nekroz görülen kemik tümörü hangisidir?

- a) Kondrosarkom
- b) Ewing tümörü
- c) Osteosarkom
- d) Osteoblastom
- e) Osteokondrom

73.Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde epidermal değişiklikler, stratum korneum antijenlerine karşı kompleman aracılı reaksiyona bağlı olarak gelişir?

- a) Liken planus
- b) Allerjik kontakt dermatit
- c) Psöriyazis
- d) Pemfigus
- e) Lupus eritematosus

74.Oral mukozada hangi lokalizasyondaki lökoplakide malignite riski daha fazladır?

- a) Alt dudak-mukoza yüzü
- b) Bukkal mukoza
- c) Ağız tabanı
- d) Sert damak
- e) Alveoler mukoza

75.Böbreğin renal hücreli karsinomu aşağıdakilerin hangisinden köken alır?

- a) Glomerüller
- b) Proksimal tübül
- c) Distal tübül
- d) Renal pelvis
- e) Renal medulla

76.Meme karsinomu gelişiminde aşağıdakilerden hangisi en büyük riski oluşturur?

- a) Ekzojen östrojen kullanımı
- b) İyonizan radyasyon
- c) Kontraseptif kullanımı
- d) Ailesel faktörler
- e) Atipik duktal hiperplazi

77.Hangisinde en ayırt edici bulgu olarak soluk mavi "çengelli iğne" şeklinde Donovan cisimleri görülür?

- a) Lenfogradüloza venerum
- b) Condyloma accuminatum
- c) Granüloza inguinale
- d) Herpes genitalis
- e) Sifiliz

78.Ateroskleroziste ilk görülen lezyon damarın hangi bölü-mündedir?

- a) Lümen
- b) Media
- c) İntima
- d) Adventisya
- e) Periadventisyal doku

79.Alkolik hepatitte aşağıdakilerden hangisi görülmez?

- a) Mallory cisimcikleri
- b) Wire-loop lezyonları
- c) Karaciğer hücrelerinde nekroz
- d) Nötrofilik reaksiyon
- e) Fibrozis

80.Hangi organın amiloidozunda makroskopik incelemede topiaco benzeri granüller ("sago") gelişir?

- a) Böbrek
- b) Karaciğer
- c) Dalak
- d) Kalp
- e) Sürenal bez

81.Aşağıdaki ilaç uygulama yollarından hangisinde tam olarak ilk geçiş eliminasyonu görülmez?

- a) Sublingual
- b) Oral
- c) Transdermal
- d) İntravenöz
- e) Rektal

82.Aşağıdaki enzimlerden hangisi ilaçların biyotransformas-yonunda rol alan mikrozomal enzimlerdendir?

- a) Monoamin oksidaz
- b) Alkol dehidrojenaz
- c) Glutatyon-S-transferaz
- d) Psödokolinesteraz
- e) UDP-glukuronozil transferaz

83.Hipertansiyonu olan gutlu bir hastada kullanılması önerilen diüretik ilaç aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Furosemid
- b) Spiranolakton
- c) Tiazidler
- d) İndopamid
- e) Etakrinikasid

84. Monositler ve makrofajlar içindeki yavaş çoğalan mikobak-teriler üzerinde en etkili tüberkülosis ilaç aşağıdakilerden hangisidir?

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

85.Antitrombotik etkisi olan plazma hacmi genişletici etkili solüsyon hangisidir?

- a) Dekstran 40
- b) Polijelin
- c) Hidroksietil nişasta
- d) Polivinil pirolidin
- e) Kan

86.Neonatal RSV (Respiratuvar Sinsityal Virüs) enfeksiyonunun profilaksisinde kullanılan monoklonal antikor aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Palivizumab
- b) İnfluksimab
- c) Trastuzumab
- d) Muromanab

TEMEL TIP BİLİMLERİ SORULARI

e) Daklizumab

87.FK-bağlayıcı proteine (FKBP) bağlanarak kalsinörin inhibisyonuyla IL-2 sentezini baskılayan immünosupresif ajan aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Takrolimus
- b) Sirolimus
- c) Siklosporin
- d) Leflunomid
- e) Mikofenolat mofetil

88.Metastatik meme kanseri tedavisinde 5-Florourasil'e dönüşerek etki eden pirimidin antagonisti aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Sitarabin
- b) Gemcitabin
- c) Fludarabin
- d) Kladrinin
- e) Kapesitabin

89.Hangi ilaç östrojenin parsiyel agonisti olup osteoporoz tedavisinde kullanılır?

- a) Kalsitonin
- b) Raloksifen
- c) Etidronat
- d) Alendronat
- e) Na₂HPO₄

90.Kolşisin kullanımında aşağıdaki vitaminlerden hangisinin emilimi bozulur?

- a) B₁₂ vitamini
- b) A vitamini
- c) Folik asit
- d) K vitamini
- e) D vitamini

91.Histamin sentezindeki hız kısıtlayıcı enzim olan histidin dekarboksilaz enziminin selektif inhibitörü aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Klorfenilalanin
- b) Tritokalin
- c) Pizotifen
- d) Pepstatin
- e) Zomitriptan

92.Hangisi steroid sentezini inhibe eden antifungal ajandır?

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

93.Aşağıdaki oral hipoglisemik ilaçlardan hangisinin kardiyak toksisitesi yoktur?

- a) Metformin
- b) Tolbutamid
- c) Glipizid

- d) Glimepiridin
- e) Akarboz

94.Uzun etki süreli olduğu için astmanın gece nöbetlerinde tercih edilen selektif β2 mimetik hangisidir?

- a) Adrenalin
- b) İzoproterenol
- c) Salbutamol
- d) Salmoterol
- e) Teofilin

95.Aşağıdaki kolinerjiklerden hangisi hem asetil kolinesteraza dirençli hem de muskarinik reseptörler için seçicidir?

- a) Asetilkolin
- b) Ambenonyum
- c) Karbakol
- d) Betanekol
- e) Metakolin

96.Betahistin aşağıdakilerden hangisi nedeniyle Meniere Hastalığı tedavisinde yararlıdır?

- a) Denge merkezini inhibe eder
- b) Santral sinir sistemine kolay girebilir
- c) Ürik asit reabsorbsiyonunu engeller
- d) Vazodilatör etkilidir
- e) Antikolinerjik etkisi ile pozitif kronotrop etki gösterir

97. Aşağıdaki lokal anestetiklerden hangisi diğerlerinden daha fazla kardiyotoksiktir?

- a) Prilokain
- b) Dibukain
- c) Kokain
- d) Bupivakain
- e) Lidokain

98.Aşağıdakilerden hangisi endotelin-1 (ET-1) sentez ve salınımını arttırıcı yönde rol oynamaz?

- a) Anjiyotensin II
- b) Vazopressin
- c) Atrial natriüretik peptid
- d) Adrenalin
- e) İnterlökin-1

99.Etil alkolün %10'luk derişimi aşağıdaki ilaçlardan hangisinin zehirlenmesinde kullanılır?

- a) Haloperidol
- b) Tiyopental
- c) Metil alkol
- d) Formaldehit
- e) Süksinil kolin

100.Aşağıdaki atipik nöroleptiklerden hangisi EKG'de QT uzamasına neden olur ve tehlikeli aritmi riskini arttırır?

- a) Risperidon
- b) Klozapin

KLİNİK TIP BİLİMLERİ SORULARI

- c) Pimozid
- d) Kuetiapin

1. Hangisi akut ST elevasyonlu miyokard infarktüsünde trombolitik tedavi için kesin kontrendikasyon değildir?

- a) Geçirilmiş hemorajik serebrovasküler olay
- b) İntrakraniyal tümör
- c) Aort diseksiyonu şüphesi
- d) Aktif iç kanama
- e) Aktif peptik ülser

2. Aşağıdakilerden hangisinde bakteriyel endokardit riski yüksek değildir?

- a) Sekundum tipi atriyal septal defekt
- b) Ventriküler septal defekt
- c) Fallot tetralojisi
- d) Romatizmal mitral kapak hastalığı
- e) Dejeneratif kalsifik aort stenozu

3. Akut miyokard infarktüsünde ACE inhibitörleri ile tedaviye ne zaman başlanmalıdır?

- a) İnfarktüsü takiben 3. günde
- b) İnfarktüstten bir hafta sonra
- c) İlk 24 saat içinde
- d) Hasta taburcu olurken
- e) Hastaya PTCA uygulaması yapılır ise

4. Aşağıdakilerden hangisi renovasküler hipertansiyon için klinik bir ipucudur?

- a) Hipertansiyonun 30 ila 50 yaşları arasında başlaması
- b) Ani başlamış hipertansiyon olması
- c) Hiperkaleminin eşlik etmesi
- d) Ailede hipertansiyon öyküsünün bulunması
- e) Hafif derecede bir hipertansiyon olması

5. Aşağıdakilerden hangisi komplikasyon olarak SARS (Şiddetli akut solunum yetmezliği sendromu)'da görülebilir?

- a) Astım
- b) Anafilaksi
- c) Akut bronşit
- d) ARDS
- e) Asfiksi

6. Yetmiş yaşında, bronşektazi olan bir erkek hasta 10 gün önce başlayan öksürük, balgam çıkarma yakınmaları ile bir sağlık kuruluşuna başvuruyor. Yapılan muayene sonucu alt solunum yolu infeksiyonu tanısı konularak beta-laktam grubu bir antibiyotik başlanıyor. Hasta, düzenli tedaviye rağmen genel durumunun bozulması üzerine acil servise getiriliyor. Yapılan muayene ve laboratuvar incelemeleri sonucu, belirgin

- e) Sertindol

solunum yetmezliği olduğu görülüyor ve toplum kökenli pnömoni tanısı konularak yoğun bakım birimine yatırılıyor. Bu hastada ilk akla gelmesi gereken olası etken aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Streptococcus pneumoniae
- b) Haemophilus influenzae
- c) Staphylococcus aureus
- d) Pseudomonas aeruginosa
- e) Legionella pneumophila

7. Asbest'e maruz kalanlarda en sık aşağıdakilerden hangisi oluşur?

- a) Plevral plak
- b) Diffüz plevral kalınlaşma
- c) Round atelektazi
- d) Akciğer kanseri
- e) Benign plevral effüzyon

8. Kronik Hepatit B'de interferon tedavisine cevabı etkileyen olumlu faktörlerden hangisi yanlıştır?

- a) Yüksek ALT düzeyi
- b) Yüksek HBV-DNA düzeyi
- c) Yetişkin hasta
- d) Kadın cinsiyet
- e) Normal immün sistem

9. Helicobacter pylori tanısında kullanılan testlerden hangisi aktif enfeksiyonu göstermez?

- a) Üre nefes testi
- b) Fekal HP antijen testi
- c) Endoskopi + Üreaz bakılması
- d) Serolojik HP antikor testleri
- e) Gaitada parazit bakılması

10. Aşağıdakilerden hangisi Gluten Enteropatisi'nin seyri sırasında görülmez?

- a) İnce bağırsak T-hücreli lenfoma
- b) Dermatit herpetiformis
- c) Karaciğer hastalıkları
- d) Hipernefroma
- e) Hiposplenizm

11. Diffüz otoimmün hipertiroidi (Graves) tanısında en spesifik test hangisidir?

- a) Tiroglobulin antikoru
- b) Tiroglobulin tayini
- c) TSH reseptör antikoru
- d) Tiroid mikrozomal antikoru
- e) Kalsitonin

12. Biguanid grubu antidiyabetik ilaçlar aşağıdakilerin hangi-sinde kullanılmamalıdır?

- a) Obezite

- b) Glikoz İntoleransı
- c) İnsülin Direnci Sendromu
- d) Tip 2 Diabetes Mellitus
- e) Böbrek Yetersizliği

13. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde kanama zamanı nor-maldir?

- a) İdiyopatik trombositopenik purpura
- b) Yaygın damar içi pıhtılaşması
- c) Hemofili A
- d) vonWillebrand hastalığı
- e) Sistemik lupus eritematozus

14. Aşağıdakilerden hangisi akut lenfoblastik lösemi için kötü prognostik kriterdir?

- a) Beyaz küre sayısının 50.000/mm³'den fazla olması
- b) Hastanın remisyona 4 haftadan önce girmesi
- c) Santral sinir sistemi tutulumunun olmaması
- d) FAB sınıflamasına göre L1 morfoloji
- e) Kız cinsiyet

15. Aşağıdaki meme kanseri histopatolojik tiplerinden hangisi-nin daha agresif bir klinik seyir izlemesi beklenir?

- a) Duktal adenokarsinoma
- b) Lobüler adenokarsinoma
- c) Adenokistik karsinoma
- d) İnflamatuvar karsinoma
- e) Komedokarsinoma

16. Litik kemik lezyonları olan meme kanserli bir hastada giderek artan halsizlik, bulantı, kusma, çok idrara çıkma, burun ve ağız kuruluğu şikayeti olduğunda aşağıdakilerden hangi durumun gelişmiş olduğu düşünülmelidir?

- a) Tümör lizis sendromu
- b) Hiperkalsemi
- c) Hiperürisemi
- d) Lökopeni, trombositopeni
- e) Sepsis

17. Dört aydır olan sık idrara gitme ve idrar yaparken yanma nedeniyle başvuran 72 yaşındaki bir erkeğin idrarında izomorfik eritrositler ve 300 mg/gün protein atılımı saptanmıştır. Özgeçmişinde 100 paket/yıl (50 yıl x 2 paket/gün) sigara tüketimi ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı dışında özellik yoktur. Fizik muayenesinde de özellik yoktur. Tanımlanan hasta için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) İlk düşünülmesi ve elenmesi gereken olasılık üst üriner sistem infeksiyonudur.
- b) Hastanın böbreklerinde membranöz glomerülopati olması kuvvetle muhtemeldir.
- c) Hastanın meslek öyküsü, sorununun kökenine ışık tutabilir.
- d) Hastanın sorununun daha önce nefrolitiazis olmasıyla ilişkisi yoktur.
- e) Hastanın cinsel yolla bulaşan bir hastalığının olması kuvvetle muhtemeldir.

18. Sekonder amiloidozu, Primer amiloidozdan ayırt etmede hangi boyama testi kullanılır?

- a) Potasyum permanganat
- b) Kongo kırmızısı
- c) Hematoksilen eozin
- d) Kristal viyole
- e) Periyodik asid schiff

19. Aşağıdaki paraziter hastalıklardan hangisi en sık kor pulmonaleye neden olur?

- a) Askariyazis
- b) Amebiyazis
- c) Şistozomiyazis
- d) Malarya
- e) Toksoplazmozis

20. En sık rastlanan hastane infeksiyonu hangisidir?

- a) Pnömoni
- b) Üriner sistem infeksiyonu
- c) Cerrahi yara infeksiyonu
- d) Bakteriyemi
- e) İntravasküler katater infeksiyonları

21. Yirmiyedi yaşında erkek olgu, 3 aydır özellikle geceleri yük-selen, 39°C'yi bulan ateş yüksekliği nedeniyle başvurmuştur. Ateş yüksekliği ile beraber gövdede basmakla solan eritematöz döküntüler ortaya çıkmakta ve ateş düştükten sonra döküntüleri kaybolmaktadır. Eritrosit sedimentasyon hızı: 110 mm/saat, antinükleer antikor, romatoid faktör ve Brucella Wright testi negatif bulunmuştur. Bu aşamada, düşünülen ön tanıyı desteklemek için aşağıdaki testlerden hangisi en yararlıdır?

- a) Anti-U1RNP
- b) Serum albümini
- c) Serum ferritini
- d) Anti-Jo1
- e) Rose Bengal Brusella aglütinasyon testi

22. Aşağıdakilerden hangisinde spastisite kesinlikle görülmez?

KLİNİK TIP BİLİMLERİ SORULARI

- a) Spinal kord yaralanması
- b) Periferik polinöropati
- c) Strok (inme)
- d) Multipl skleroz
- e) Serebral palsi

23. Otuzdört yaşında kadın hasta, iki kez büyük alışveriş merkezlerinde panik atağı geçirme sonrasında belirli ortamlara girememeye ve belirli durumlardan sakınmaya başlamıştır. Bu durumlar arasında kalabalık çarşılar ve alışveriş merkezleri, belediye otobüsleri, deniz taşıtları, sinema ve konser salonları vardır. Bu ortamlara girememek hastanın işlevselliğini ve sosyal yaşamını olumsuz etkilemektedir. Hastanın yaşadığı fobik duruma ne ad verilir?

- a) Klostrofobi
- b) Sosyal fobi
- c) Akrofobi
- d) Agorafobi
- e) Özgül fobi

24. Aşağıdaki patolojilerden hangisi epileptik nöbetlere neden olmaz?

- a) Anoksi
- b) Karaciğer yetmezliği
- c) Hiperglisemi
- d) Hiperkalemi
- e) Hipoglisemi

25. Aşağıdakilerden hangisi Alzheimer hastalığının tedavisinde yararı kanıtlanmış ilaç gruplarından biridir?

- a) Asetilkolin esteraz inhibitörü
- b) Dopamin agonisti
- c) Glutamat inhibitörü
- d) Kolin + lesitin
- e) İnterferon

26. Aşağıdakilerden hangisi yüzde geçici kızarıklığa (flushing) neden olmaz?

- a) Emosyonel stres
- b) Karsinoid sendrom
- c) Psöriyazis
- d) Mastositozis
- e) Feokromasitoma

27. Aşağıdaki kanser türlerinden hangisi radyoterapiye dirençlidir?

- a) Küçük hücreli akciğer karsinomu
- b) Nazofarenks karsinomu
- c) Seminom
- d) Malign melanoma
- e) Mediastinal lenfoma

28. Hangisi romatoid artrit karakteristیک radyografik bulgularından değildir?

- a) Periartiküler yumuşak doku şişliği
- b) Marjinal erozyonlar
- c) Bilateral simetrik dağılım
- d) Yeni kemik formasyonu
- e) Subluksasyonlar

29. Aşağıdakilerden hangisi bir hastalığın prevalans hızını arttıran faktörlerden değildir?

- a) Hastalığın uzun sürmesi
- b) İnsidansının artması
- c) Duyarlı kişilerin o topluma göç etmesi
- d) Olgu iyileşme hızının yüksek olması
- e) Tanı olanaklarının gelişmesi

30. Epidemiyolojik ölçütlerden "insidans" hangi araştırma tipinde elde edilir?

- a) Vaka-kontrol araştırmaları
- b) Kesitsel araştırmalar
- c) Kohort araştırmaları
- d) Metodolojik araştırmalar
- e) Tanımlayıcı araştırmalar

31. Kronik kolestazlı bir çocuğun beslenmesinde aşağıdaki-lerden hangisi verilmemelidir?

- a) Bakır
- b) Çinko
- c) Karbonhidratlar
- d) Yağda eriyen vitaminler
- e) Orta zincirli yağ asitleri

32. Akut glomerülonefritte hipertansiyon sebebi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Su ve tuz retansiyonu ile beraber plazma volümü artışı
- b) Renin salgılanması
- c) Aldosteron salgılanması
- d) ADH yetersizliği
- e) Hiperparatiroidi

33. Aşağıdaki konjenital enfeksiyonlardan hangisinde intra-kraniyal kalsifikasyonlar tipik olarak periventriküler yerleşimlidir?

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

34. Aşağıdakilerden hangisi bronşiyal astım tanısında en değerlidir?

- a) Serum total IgE
- b) Serum spesifik IgE
- c) Prick deri testi
- d) Reversibilite testi
- e) Akciğer grafisi

35. Oskültasyonda sağ akciğerde solunum seslerinin şiddetinde unilateral azalma saptanan 5 yaşındaki

bir hastada, aşağıdaki tanılardan hangisi en az olasıdır?

- a) Tüberküloz
- b) Pnömoni
- c) Pnömotoraks
- d) Ampiyem
- e) Astım

36.Şubat ayında hastaneye başvuran, perinatal doğum anamnezi normal olan 5 aylık kız hastada, ilk kez geçirilen kısa süren afebril tonik klonik konvülsiyon tarif edilmektedir. Konvülsiyon sonrası hastanın şuur durumu normaldir. Aşağıdakilerden hangisini öncelikle yaparsınız?

- a) Lomber ponksiyon
- b) Serum kalsiyum düzeyi
- c) Kraniyal CT
- d) Aminoasit ve şeker kromatografisi
- e) EEG

37.Aşağıdakilerden hangisi yenidoğan muayenesinde patolojik bulgu olarak kabul edilmelidir?

- a) Harlequin renk değişikliği
- b) Amniyotik band
- c) Ebstein incisi
- d) Mongol lekesi
- e) Toksik eritem

38.Bir gün önce doğduğunu öğrendiğiniz bebek kasıklara dek sararmış görünüyorsa, sarılığın nedeni aşağıdakilerden hangisi olamaz?

- a) Subgrup uygunsuzluğu
- b) ABO uygunsuzluğu
- c) Rh uygunsuzluğu
- d) Fizyolojik sarılık
- e) TORCH enfeksiyonu

39.Aşağıdakilerden hangisi diyabetik anne bebeğinde beklenen komplikasyonlardan değildir?

- a) Polisitemi
- b) Hiperglisemik dehidratasyon
- c) Hipertrofik kardiyomiopati
- d) Konjenital malformasyonlar
- e) Hipomagnezemi

40.Çocuk ve adolesanlarda primer hipotiroidinin tedavisinde en güvenli ve en yararlı ilaç aşağıdakilerden hangisidir?

- a) L-Tiroksin
- b) Tiroid ekstreleri
- c) Kurutulmuş tiroid
- d) Tiroksin + triiyodotironin
- e) Lugol solüsyonu

41.Tetani bulgularıyla acil polikliniğe getirilen çocuk hastanın fizik muayenesinde yaşitlarına göre kısa boylu, tıknaz yapılı, yüzünün yuvarlak, parmaklarının kısa, el parmaklarından işaret

parmağının orta parmandan daha uzun olduğu saptandı. Laboratuvar bulgularında Ca: 6 mg/dl, P: 9 mg/dl, alkalemi fosfataz değeri normal, PTH değeri yüksek olarak bulundu. Bu hastada en uygun tanınız nedir?

- a) Hipoparatiroidi
- b) Hiperparatiroidi
- c) Psödohipoparatiroidi
- d) Psödopsödohipoparatiroidi
- e) Nütrisyonel rikets

42.Yanaklarında deriden kabarık kahverengi-kırmızı dökün-tüleri, vücudunda hipopigmente lekeleri olan ve sık nöbet geçiren, mental retarde erkek hastanın tanısında hangisini düşünürsünüz?

- a) Nörofibromatozis
- b) Giant nevüs sendromu
- c) X-linked mental retardasyon
- d) Tuberosklerozis
- e) Sturge-Weber Sendromu

43.Yenidoğan döneminde şiddetli hiperbilirubinemi geçirmiş ve kan değişimi geçiren bir bebeğin takibinde, kalıcı hasarlanmalar açısından ilk kontrol edilmesi gereken sistem aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Solunum sistemi
- b) Kardiyovasküler sistem
- c) İşitme sistemi
- d) Görme sistemi
- e) Ürogenital sistem

44.Aşağıdakilerden hangisi infektif endokardit tanısında altın standart olarak kullanılmaktadır?

- a) Birden fazla alınan kan kültürü pozitifliği
- b) Ekokardiyografide vegetasyon görülmesi
- c) İmmünolojik bulguların varlığını gösteren hipergamaglobuli-nemi, hipokomplementemi, kriyoglobulinemi, romatoid faktör pozitifliği
- d) Akut faz reaktanlarının pozitifliği
- e) Anemi, sola kayma ve lökositöz gibi hematolojik bulguların varlığı

45.Dört yaşından küçük çocuklardaki sarkoidozis hastalığında aşağıdakilerden hangisini beklemezsiniz?

- a) Sıklıkla akciğer tutulumu
- b) Hiperkalsiüri
- c) Makülopapüler eritem
- d) Üveit
- e) Artrit

46.Aşağıdaki üriner sistem taşlarından hangisi direkt üriner sistem grafisinde ayırt edilememesine

KLİNİK TIP BİLİMLERİ SORULARI

karşın abdomino-pelvik ultrasonografide ayırt edilebilir?

- a) Kalsiyum oksalat taşları
- b) Strüvit taşları
- c) Ürik asit taşları
- d) Magnezyum amonyum fosfat taşları
- e) Kalsiyum fosfat taşları

47.Yirmialtı aylık bir çocuk bakteriyel menenjit nedeniyle serviste izleniyor. BOS ve kan kültüründe Hemophilus influenza üreyen bu çocuğun ailesi anne ve baba dışında bir büyükanne, büyük kardeş ve 5 yaşındaki ablasından oluşmaktadır. Ailede rifampin profilaksisini kimlere önerirsiniz?

- a) Evdeki herkese
- b) Anne, baba dışındaki herkese
- c) Anne, baba ve büyükanne dışındaki kardeşlere
- d) Sadece 5 yaşındaki kardeşe
- e) Profilaksi gerekmez

48.Aşağıdaki doğuştan kalp hastalıklarından hangisi duktusa bağımlı değildir?

- a) Büyük damar transpozisyonu
- b) Arkus aorta kesintisi
- c) Trunkus arteriyozus tip 1
- d) Hipoplastik sol kalp sendromu
- e) Triküspit atrezisi

49.Yedi aylık erkek hasta kliniğe karın şişliği, tekrarlayan akciğer enfeksiyonları ve kilo alamama nedeniyle getirildi. Yenidoğan döneminde uzamış sarılık öyküsü veriyor. Anne ve baba arasında ikinci dereceden akrabalık tespit edildi. Fizik muayenesinde kaşeksi, hipotoni, ileri derecede hepatomegali ve hafif splenomegali saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde, SGOT ve SGPT 3 kat artmış, alkalin fosfataz ve kolesterol yüksek bulundu. En olası tanınız aşağıdaki-lerden hangisidir?

- a) Gaucher hastalığı
- b) Niemann Pick hastalığı
- c) Glikojen depo hastalığı tip II
- d) Galaktozemi
- e) Tay-Sachs hastalığı

50.Aşağıdakilerden hangisi Hepatit B enfeksiyonu ile birlikte olabilen ekstrahepatik bir hastalıktır?

- a) Eritema multiforme
- b) Polimyaljia romatika

- c) Akut tübüler nekroz
- d) Hemolitik üremik sendrom
- e) Sklerozan kolanjit

51.Üç yaşındaki erkek hasta bu yıl dördüncü kez halsizlik, ateş, öksürük nedeniyle başvuruyor ve pnömoni teşhisiyle hastaneye yatırılıyor. Alınan balgam kültüründe gram pozitif, katalaz pozitif mikroorganizma üreyor. Yapılan NBT (nitroblue tetrazolium) testi pozitif bulunan hastada tanınız nedir?

- a) Bruton agamaglobulinemi
- b) Myeloperoksidaz eksikliği
- c) Chediak-Higashi sendromu
- d) Kronik granümatöz hastalık
- e) Hodgkin hastalığı

52.Aşağıdakilerden hangisi yenidoğanlarda hidrops fetalise yol açan fetal nedenlerden değildir?

- a) Trakeoözofajial fistül
- b) Myotonik distrofi
- c) Diafragma hernisi
- d) Konjenital pnömoni
- e) Ensefalosel

53.Sarılık nedeniyle kliniğe getirilen 4 günlük yenidoğanda aşağıdakilerden hangisi nörolojik hasar riskini arttırmaz?

- a) Metabolik asidoz
- b) Sulfisaksazol
- c) Sepsis
- d) Hipoalbuminemi
- e) Gebelikte annenin fenobarbital kullanımı

54.Aşağıdaki durumlardan hangisi hiperinsülinizm yolu ile hipoglisemiye neden olmaz?

- a) Toksemik anne bebeği
- b) Nesidioblastozis
- c) Beckwith-Wiedemann sendromu
- d) Prematürelilik
- e) Diyabetik anne bebeği

55.Kanserli hastalarda gelişen nötropenik enfeksiyonlarda en sık görülen bakteriyel etken aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Pseudomonas aeruginosa
- b) Haemophilus influenza
- c) Campylobacter
- d) Acinetobacter
- e) Mycobacterium spp.

56.Çocukluk çağı tümörleri içinde Vena Kava Süperior Sendromu gelişme riski en yüksek olan tümör aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Beyin tümörleri
- b) Hepatoblastom
- c) Non-Hodgkin lenfoma
- d) Germ hücreli tümör
- e) Rabdomiyosarkom

57.Sekiz yaşında kız çocuğu 1 yıldır devam eden tekrarlayıcı safrsız kusma yakınmasıyla başvurdu. Kusmaların 3-4 haftada bir tekrarladığı, 48 saat kadar devam ettiği ve hastaneye yatırılarak intravenöz sıvı verildiği ifade edildi. Hasta kusma dönemleri dışında tümüyle normaldi. Kan biyokimyası, tam kan sayımı, tam idrar incelemesi, baryumlu üst gastrointestinal sistem incelemesi, üst gastrointestinal sistem endoskopisi, karın tomografisi ve kraniyal manyetik rezonans normaldi. Çocuğun en olası kusma nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Siklik kusma sendromu
- b) Glikojen depo hastalığı tip II
- c) Hidrosefali
- d) Peptik ülser hastalığı
- e) Tekrarlayıcı invajinasyon

58.Yalnızca anne sütüyle beslenen 2.5 aylık erkek bebek kilo alamama yakınmasıyla getirildi. Annenin önceki iki çocuğunun anne sütüyle yeterli şekilde beslendiği ifade edildi. Bebeğin iştahının iyi olduğu, hiç kusmadığı ancak doğumdan beri sık ve sulu dışkılamasının bulunduğu saptandı. Fizik bakıda sakral ve pretibial bölgelerde gode bırakan hafif bir ödem vardı. İlk yapılması gereken test aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Terde sodyum tayini
- b) Laktoz tolerans testi
- c) Dışkıda alfa-1 antitripsin testi
- d) D-ksiloz absorpsiyon testi
- e) Dışkı kültürü

59.Çinko eksikliğinde aşağıdakilerden hangisi olmaz?

- a) Büyüme-gelişme geriliği
- b) Hipogonadizm
- c) Normokrom normositer anemi
- d) Yaralarda geç iyileşme
- e) Konjenital anomaliler

60.Altı haftalık süt çocuğu tıkanma sarılığı nedeniyle kliniğe yatırıldı. Aşağıdakilerden hangisi bu duruma neden olmaz?

- a) Gilbert hastalığı
- b) Alfa-1 Antitripsin eksikliği
- c) Koledok kisti
- d) Biliyer atrezi
- e) Kistik fibrozis

61.Kırksekiz yaşında kadın bir hastaya bilateral subtotal tiroidektomi operasyonu yapılıyor. Postoperatif 6. saatte ajitasyon ve solunum sıkıntısı ortaya çıkıyor. Hastada hipotansiyon, terleme ve taşikardi bulguları saptanıyor. Buna göre yapılması gereken en uygun ilk müdahale aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Nazal kateterle oksijen vermek
- b) Entübe etmek
- c) Süratle oral propil-tiyourasil başlamak
- d) İntravenöz kalsiyum başlamak
- e) Birikmiş olan hematoma ameliyathanede acilen boşaltılması

62.Künt travmalarda hangi organ yaralanmalarında tanıda gecikme olabilir?

- a) Karaciğer yaralanması
- b) Dalak yaralanması
- c) Pankreatiko-duodenal yaralanma
- d) Kolon yaralanması
- e) İnce bağırsak yaralanması

63.Büyük bir travma sonrası pelvis kemik kırığı olan bir hastada; travmadan iki gün sonra göğsünde ve aksiller bölgede peteşiler, siyanoz, konvülsiyon, ateş ve taşikardi meydana geliyor. Yapılan göz dibi muayenesinde eksuda ve peteşiler görülüyor. En olası tanı nedir?

- a) Şok akciğeri
- b) Dissemine intravasküler koagülasyon
- c) Deliryum tremens
- d) Yağ embolisi
- e) Kraniyoserebral travma

64.Aşağıdaki kan gazı analizi sonuçlarından hangisi metabolik bozuklukların en önemli göstergesidir?

- a) pH
- b) HCO₃
- c) pCO₂
- d) Baz fazlalığı (BE)
- e) Hemoglobin-oksijen satürasyonu

65.Aşağıdakilerden hangisi ülseratif kolitisin şiddet kriterle-rinden biri değildir?

- a) Günlük defekasyon sayısı
- b) Kalp atım hızı
- c) Tansiyon arteriyel
- d) Ateş

KLİNİK TIP BİLİMLERİ SORULARI

e) Albumin

66.Aşağıdakilerden hangisi inguinal bölge fıtığı değildir?

- a) Richter fıtığı
- b) Obturatuvar fıtık
- c) Littre fıtığı
- d) Pantolon fıtık
- e) Femoral fıtık

67.Otuziki yaşında meme kanseri tanısı konmuş bayan hastanın sadece sağ üst iç kadranda 2 cm'lik kitlesi mevcut olup, aksiller lenf nodülü tutulumu saptanmamıştır. Bu hastada tedavi yaklaşımı aşağıdakilerden hangisi olmalıdır?

- a) Radikal mastektomi
- b) Neoadjuvan kemoterapi
- c) Radyoterapi
- d) Meme koruyucu cerrahi
- e) Modifiye radikal mastektomi

68.Aşağıdakilerden hangisi kolesistektomi uygulanan hastada safra yollarının değerlendirilmesini gerektiren endikasyon-lardan değildir?

- a) Geçirilmiş pankreatit öyküsü
- b) Bilirubin ve ALP yüksekliği
- c) Safra kesesi içinde milimetrik çok sayıda taş bulunması
- d) Koledok dilatasyonu
- e) Kolesistoenterik fistül varlığı

69.Aşağıdakilerden hangisi primer hiperaldosteronizm tablosu-na eşlik etmez?

- a) Devamlı ve orta dereceli hipertansiyon
- b) Plazma potasyum düzeyinde artış
- c) Plazma renin seviyesinde azalma
- d) Poliüri, polidipsi
- e) Kas güçsüzlüğü ve krampları

70.Tiroid hormon sekresyonu artışı olmaksızın görülen hipertiroid tablosu hangisidir?

- a) Graves hastalığı
- b) Subakut tiroidit
- c) Toksik nodüler guatr
- d) Toksik tiroid adenomu
- e) Jod-Basedow fenomeni

71.Aşağıdaki seçeneklerden hangisi nötrofillerin endotelial hücrelere yapışmasını uyaran mediyatörlerden değildir?

- a) Platelet aktive edici faktör
- b) İnterlökin-1
- c) Nitrik oksit

- d) Tümör nekrozis faktör
- e) Lökotrien B4

72.Hangisi Geç Postgastrektomi Sendromlarından değildir?

- a) Dumping sendromu
- b) Kronik pankreatit
- c) Alkalen reflü gastrit
- d) Nütrisyonel bozukluklar
- e) Marginal ülser

73.Kolon kanserinin en sık yayılma şekli aşağıdakilerden hangi-sidir?

- a) Hematojen yayılım
- b) Lenfatik yayılım
- c) Direkt yayılım
- d) İmplantasyonla yayılım
- e) İntramural yayılım

74.Aşağıdaki organlardan hangisine tüberküloz enfeksiyonu primer olarak yerleşim gösterir?

- a) Mesane
- b) Prostat
- c) Epididim
- d) Üreter
- e) Testis

75.Aşağıdaki vitaminlerden hangisinin kullanılması, yarık dudak-damak oluşma insidansını azaltmaktadır?

- a) Vitamin D
- b) Folik asid
- c) Vitamin C
- d) Vitamin B₁₂
- e) Vitamin E

76.Onüç yaşında erkek hasta, sağ uyluk orta bölümünde lokal ağrı, lokal ısı artışı, şişlik ile polikliniğe başvuruyor. Laboratuvar tetkikinde: lökositoz, sedimantasyon artışı, LDH artışı, röntgende periostal yeni kemik oluşumu izleniyor. En olası tanınız aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Dev hücreli kemik tümörü
- b) Ewing Sarkomu
- c) Osteosarkom
- d) Multipl myelom
- e) Malign mezenkimal tümör

77.Geçirdiği kafa travması sonrasında bir pupilde dilatasyon, karşı tarafta hemiparezisi olan şuuru kapalı bir hastada, aşağıdaki klinik tablolardan hangisi doğrudur?

- a) Posttravmatik epilepsi
- b) Unkal herniasyon
- c) Tonsiller herniasyon

- d) Subfaksial herniasyon
- e) Horner sendromu

78.Otuz yaşında, zar görüntüsü normal, tuba blokajı olmayan, progresif iletim tipi işitme kaybı olan bayan hastada, aşağıdakilerden hangisi düşünülmelidir?

- a) Presbiakuzi
- b) Seröz otitis media
- c) Akustik nörinom
- d) Otoskleroz
- e) Meniere hastalığı

79.Aşağıdakilerden hangisi akut otitis medianın çocuklarda daha sık görülmesinin nedenlerinden değildir?

- a) Viral ÜSVE sıklığının fazla olması
- b) Yuva, kreş gibi ortamlarda yakın temas nedeniyle damlacık enfeksiyonlarının artması
- c) "Eustachian" tüpünün erişkine nazaran daha kısa ve yatay olması
- d) Adenoid dokusunun mikrobiyolojik olarak rezervuar oluşturması
- e) Çocukta orta kulak mukozasının sekretuar özellik taşıması

80.Yirmi yıldır günde 1 paket sigara öyküsü olan 55 yaşındaki erkek hastanın sol akciğer üst lobunda soliter pulmoner nodül saptanmıştır. Videotorakoskopik olarak eksize edilen nodülün ameliyat esnasında yapılan frozen section incelemesi ile tanı "hamartom" olarak konulmuştur. Bir sonraki basamak ne olmalıdır?

- a) Aynı seansta sol üst lobektomi yapılmalıdır.
- b) Aynı seansta sol pnömonektomi yapılmalıdır.
- c) Ameliyata son verilerek hastaya kemoterapi uygulanmalıdır.
- d) Ameliyata son verilmeli, metastaz taramalarını takiben ikinci bir seansta sol üst lobektomi uygulanmalıdır.
- e) Ek bir müdahale yapılmaksızın ameliyata son verilmeli ve hasta poliklinik takibine alınmalıdır.

81.Hangisi akut aort diseksiyonu ile ilişkilendirilemez?

- a) Hemoperikardiyum
- b) Pulmoner emboli
- c) Senkop
- d) Mezenterik iskemi
- e) Akut aort kapak yetersizliği

82.Tek taraflı geçici görme kaybı yakınması ile başvuran hastanın gözdibi muayenesinde retinal arterlerde parlak spotlar saptanıyor. Bu bulgu aşağıdakilerden hangisi ile ilişkili olabilir?

- a) Glukom
- b) Neovaskülerizasyon

- c) Retinal arter ateroskleroza
- d) Retinal arterde kolesterol embolisi
- e) Retinal arter dilatasyonu

83.Growth hormonun büyüme plağındaki etkisi en belirgin olarak hangi katmanda görülür?

- a) Hipertrofik zone
- b) Geçici kalsifikasyon zonu
- c) Proliferatif zon
- d) Tüm büyüme plağı
- e) Metafiz

84.Dört yaşında kız çocuk iki aydır her defekasyon sonrası damlama tarzında taze rektal kanama yakınması ile başvurdu. Rektal tuşede rektum arka duvarında saplı polip saptadınız. Bu polipin tipi için aşağıdakilerden hangisi en yüksek olasılıktır?

- a) Juvenil polip
- b) Adenomatöz polip
- c) Hiperplastik polip
- d) Villöz adenom
- e) Psödopolip

85.Turnike kullanılmasının sakıncalı olması nedeniyle rejyonel intravenöz anestezinin kontrendike olduğu hastalık aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Alzheimer hastalığı
- b) Raynaud fenomeni
- c) Lupus erimatozus
- d) Orak hücreli anemi
- e) Multipl skleroz

86.Aşağıdaki plasental makroskopik lezyonlardan hangisi neonatal sepsis ile ilişkilidir?

- a) Septum kisti
- b) Hidatiform değişiklik
- c) Koryoanjyom
- d) Subkoryal fibrin depozisyonları
- e) Abse

87.Gebelikte mortalite hızı yükselen ekstrauterin komplikasyon hangisidir?

- a) Kolelitiaz
- b) Akut apandisit
- c) Akut pankreatit
- d) Akut intestinal obstrüksiyon
- e) Dalak rüptürü

88.Kırkdokuz yaşındaki bir kadında labia majorda 2 cm çapında sert bir nodül tespit ediliyor. Enflamasyon bulgusu saptanmayan hastada en uygun yaklaşım hangisidir?

- a) Eksizyonel biyopsi
- b) Hastaya önemli bir şey olmadığını açıklamak
- c) Sıcak uygulama
- d) Kortizonlu krem uygulamak

KLİNİK TIP BİLİMLERİ SORULARI

e) Basit vulvektomi

89. Jinekoloji polikliniğine başvuran 16 yaşında bir genç kız adetlerinin başlamadığını belirtiyor. Yapılan fizik muayenede 5-6 yıl önce başlayan meme gelişiminin normal, aksiller ve pubik kıllanmanın var olduğu gözleniyor. Aşağıdaki patolojilerden hangisi düşünülmemelidir?

- a) Gonadal disgenezis
- b) Hymen imperforatus
- c) Rokitansky-Küster-Hauser Sendromu
- d) Transvers vajinal septum
- e) Vajinal agenezi

90. Aşağıdakilerden hangisi hormonal kontrasepsiyon amacıyla kullanılan yöntemlerin etki mekanizmaları arasında yer almaz?

- a) Ovulasyon inhibisyonu sağlamak
- b) Servikal mukusu kalınlaştırmak
- c) Tubal motiliteyi etkilemek
- d) Endometriyumunu inceltmek
- e) Vajinal pH'yı etkilemek

91. Dış gebelik oranı hangi seçenekte daha yüksektir?

- a) Kontraseptif kullanmayanlarda
- b) Bakır T 380 rahim içi araç kullananlarda
- c) Progesteron rahim içi araç kullananlarda
- d) Levonorgestrel rahim içi araç kullananlarda
- e) Norplant kullananlarda

92. Akut enfeksiyonu gebeliğin son üç ayında geçirildiğinde, en yüksek mortaliteye neden olan hepatit virüsü hangisidir?

- a) Hepatit A virüsü
- b) Hepatit B virüsü
- c) Hepatit C virüsü
- d) Hepatit D virüsü
- e) Hepatit E virüsü

93. Aşağıdakilerden hangisi gebelikte en sık rastlanan ve gebeliğin seyrini değiştiren otoimmün hastalıktır?

- a) Romatoid artrit
- b) Skleroderma
- c) Dermatomyozitis
- d) Sistemik lupus eritematozus
- e) Polimiyozit

94. Yirmi yaşında hirsutizm şikayeti ile başvuran kadınlarda en sık hirsutizm nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Leyding hücreli tümörler
- b) Teka lutein kistleri
- c) Konjenital adrenal hiperplazi
- d) Cushing hastalığı

e) Polikistik over hastalığı

95. Aşağıdakilerden hangisi endometrium karsinomundaki prog-nostik faktörlerden değildir?

- a) Myometriyal invazyon
- b) Yaş
- c) Tümör büyüklüğü
- d) Periton sitolojisi
- e) Azalmış onkogen ekspresyonu

96. Aşağıdaki ilaçlardan hangisinin gebelikte antihipertansif olarak kullanılması önerilmemektedir?

- a) α metil dopa
- b) Ca kanal blokerleri
- c) Hidralazin
- d) Tiazid diüretikler
- e) Labetolol

97. Aşağıdakilerden hangisi simetrik IUGR (intrauterin gelişme geriliği) nedenleri arasında yer almaz?

- a) Kromozomal anomaliler
- b) Konjenital enfeksiyonlar
- c) Preeklampsi
- d) Sigara içimi
- e) Kronik maternal beslenme bozukluğu

98. Molar gebelikten sonra tercih edilebilecek en uygun kontraseptif yöntem hangisidir?

- a) Bariyer metodlar
- b) Oral kontraseptifler
- c) RIA
- d) Cerrahi sterilizasyon
- e) Koitus interruptus

99. Otuzbeş yaşında 5 yıllık intrauterin araç kullanan bir kadında unilateral olarak tubo-ovarian abse tanısı konularak unila-teral salpingooferektomi operasyonu yapılmıştır. Aşağıdaki organizmalardan hangisinin abseden yapılan kültürde üreme olasılığı yüksektir?

- a) Mikoplazma
- b) Klamidya
- c) Aktinomiçes
- d) Bakteriodes
- e) Peptokokkus

100. Aşağıdaki genital kanserlerden hangisi klinik olarak evrele-nir?

- a) Servikal kanser
- b) Over kanser
- c) Sarkomlar
- d) Tuba kanseri
- e) Endometrium kanseri

TEMEL TIP BİLİMLERİ CEVAPLARI

- Gl. parotidea tükürük bezlerinin en büyüğüdür. İçinden geçen yapılar; **n. fascialis, v. retromandibularis, a. maksillaris, a. temporalis superficialis, a. carotis eksterna, a. auricularis posterior, n. auricularis magnus, n. auricotemporalis.**
1. B (*April, Anatomy, 2.baskı, 1990, s.363*)
Gastrokinemius ve soleus kaslarının oluşturduğu aşil tendonu, kalkaneus kemiğine insersiyoy yapar. Bunlar ayağa plantar fleksiyon yaptırır. Bunları N. tibialis innerve eder. N. tibialis felci tarif edilen hasara neden olur.
2. B (*April, Anatomy, 3.baskı, s.610-613*)
Fasiyal sinirin stilomastoid foramen'den geçen bölümü, gözün mimik kaslarının innervasyonunu sağlar. Bu nedenle bu bölgedeki hasarlar sadece fasiyal paraliziye neden olur.
3. D (*April, Anatomy, 3.baskı, s.80-85*)
Sistemik venöz dolaşıma giren bir emboli, kalbin sağ tarafından geçerek pulmoner dallara girer ve akciğerlerin küçük damarlarında tıkanıklığa neden olur.
4. E (*April, Anatomy, 2.baskı, s.415-416*)
Karotis kılıfında bulunan yapılar:
N. vagus
A. karotis eksterna
V. jugularis int.
A. karotis com.
N. glossofarengesusun karotid dalı
A. karotis interna
Sempatik zincir kılıfın posteriorunda bulunur.
5. D (*Elhan, Anatomi, 2.cilt, 3.baskı, 2001, s.389*)
Papilla filiformis ve **papilla conicae**'ler mekanik etkiyle gıdaların parçalanmasında görevlidir, tad tomurcukları içermezler.
6. E (*Elhan, Anatomi, 1.cilt, 3.baskı, 2001, s.233*)
7. A (*Elhan, Anatomi, 1.cilt, 3.baskı, 2001, s.13*)
Os scaphoideum; proksimal sıranın en büyük kemiğidir. **El bileği kemikleri arasında en çok kırığı görülen kemiktir.**
Os pisiforme, karpal kemiklerin en küçüğüdür.
Os trapezoideum; distal sıranın en küçük kemiğidir.
Os capitalum; en büyük karpal kemiktir.
8. C (*Snell, Clinical Neuroanatomy for Medical Students, Fourth ed, 1997, s.406-10*)
9. B (*Çimen, Sistemik Anatomi Ders Kitabı, 2003*)
Diğer şıklarda yer alan seçeneklerden; crista terminalis sağ atriumun içinde, fossa ovalis septum interatriale'de, conus arteriosus ve trabecula septomarginalis ise sağ ventrikülün içinde yer alırlar.
- 10.B (*Snell, Clinical Anatomy for Medical Students, 3.baskı, 174*)
Inguinal bölge özellikle erkeklerde klinik açıdan oldukça önemli bir bölgedir, çünkü testis'in karın boşluğu ile bağlantısının sağlandığı ve herniasyon (fıtık) için potansiyel bir bölgedir. Embriyolojik ve fetal gelişim sırasında, **gubernaculum testis** adı verilen mezenşimal yapı, henüz batın içerisinde bulunan testis'ten scrotum'a doğru uzanan bir kanal ve scrotum'un oluştuğu bir merkez görevi üstlenir. Doğumdan hemen önce (7. aydan itibaren) bir periton uzantısı olan processus vaginalis karın boşluğundan scrotum içine canalis inguinalis içerisinden geçecek şekilde iner ve testis'in karın boşluğundan scrotum içine inişi için bir rehber görevi üstlenir. Testis scrotuma ulaşınca, proc. vaginalis'in üst parçası büzülür ve tıkanır (oblitere olur). Alt parça ise testis'i saran kapalı bir kese (**tunica vaginalis testis**) olarak kalır.
- 11.E (*Young, Wheather's Functional Histology, 4.baskı, 2000, s.79, 198, 215*)
Langerhans hücreleri, folliküler dendritik hücreler, makrofajlar ve interdiyasyon yapan hücreler antijen sunan hücre grubuna dahildir. Oysa **M hücreleri bağırsak lümeninden fagositoz yolu ile antijeni alarak taşıyan hücrelerdir** ve antijen sunan hücre grubuna dahil değildir.

TEMEL TIP BİLİMLERİ CEVAPLARI

12.C (Gardner, *Color Textbook of Histology*, 2.baskı, 2001, s.164)

Nebulin alfa-aktinin ile birlikte ince filamentlerin Z çizgisine bağlanmasında rol oynar. **Myomesin** ile C protein kalın filamentleri M çizgisine bağlar. **Distrofin** aktini hücre zarına bağlar. **Titin** kalın filamentlerden Z çizgisine uzanan ve Z çizgisine bağlanan elastik bir proteindir.

13.B (Alberts, *Molecular Biology of The Cell*, 4.baskı, 2002, s.687,740)

Lizozomlar golgi kompleksi tarafından paketlenirler ve asid hidrolazları içerirler. Lizozomlarda nükleaz, proteaz, asid fosfataz, fosfolipaz gibi enzimler bulunurken, katalaz bulunmaz. Katalaz ise peroksizomlarda bulunan ve hidrojen peroksidi su ve oksijene ayıran bir enzimdir.

14.B (Fawcett, *Bloom and Fawcett. A Textbook of Histology*, 11.baskı, s.745-747)

Alveol içindeki hava ile kapiller arasındaki gaz değişiminin yapıldığı **solunum membranı (diffüzyon zonu) şu tabakalardan oluşur;**

- sümfaktan tabakası
- alveol epitel hücreleri
- epitel bazal laminası
- ince bir interstisyum
- kapiller bazal laminası
- kapiller endotel

Tip 2 alveol epitel hücreleri solunum membranının yapısına katılmamakla birlikte alveollerin yüzey gerilimini azaltan sümfaktan adı verilen fosfolipid yapısındaki maddeyi sentezlerler.

15.A (Ganong, 16.baskı, s.177)

Bitemporal hemianopsi; hipofiz adenomları, kraniyofarenjiyomalar, üçüncü ventrikül tümörleri ve sella çevresi meningeomlarında görülür.

Homonim hemianopsi; kiazmadan kortekse kadar olan görme yollarının tek taraflı lezyonu sonucu ortaya çıkar.

16.C (Ganong, *Review of Medical Physiology* 17.baskı, 1995, s.60-61)

Eksitasyon-Kontraksiyon çifti eksitasyonu kontraksiyona götüren olaylar zinciridir. Aksiyon potansiyeli kas lifinin uzunluğu boyunca hızla ilerlerken, kasın içine doğru da T-tübülleri aracılığı ile daha yavaş olarak ilerler. T-tübülleri birer kalsiyum kanalı olan **dihidropiridin reseptörleri** içerirler. Bu reseptörler sarkoplazmik retikulumdaki kalsiyum salınma kanalı olan **ryanodin reseptörlerine** mekanik olarak bağlıdır. Aksiyon potansiyeli kasa ulaştığında, **T-tübül**

kalsiyum kanalları (dihidropiridin reseptörleri) sarkoplazmik retikulum kalsiyum kanallarının (**ryanodin reseptörleri**) mekanik olarak açılmasını sağlar. Bunun sonucu olarak sitozolde artan kalsiyum troponine bağlanarak troponin-tropomyozin kompleksinde konformasyonel bir değişiklik oluşturarak aktin üzerindeki miyozin bağlanma yerlerinin açığa çıkmasına neden olur.

17.D (Guyton, *Tıbbi Fizyoloji*, 10.baskı, 2001, s.807)

Leptin besin alımını azaltmak ve enerji tüketimini artırmak üzere hipotalamusa etki eder. **Hipotalamik Nöropeptit Y, leptin tarafından inhibe edilir.**

18.E (Guyton, *Tıbbi Fizyoloji*, 10.baskı, 2001, s.386)

Serbest ribozomlar, hemoglobin gibi sitoplazmik proteinleri ve peroksizomlar ile mitokondrilerde bulunan proteinleri sentezler.

19.D (Ganong, 19.baskı, 2000, s.764)

Spironolakton, triamteren ve amilorid, bizzat Na⁺-K⁺ değiş-tokuş mekanizmasını etkileyerek K⁺ tutulmasına ve bazı olgularda hafif bir hiperpotasemiye yol açar.

20.E (Guyton, *Tıbbi Fizyoloji*, 10.baskı, 2001, s.71)

21.B (Murray, *Harper's Biochemistry*, 24.baskı, 1996, s.199)

Bazı enzimlerin fosforile halleri, bazılarının ise defosforile halleri aktiftir. Enzimlerin genellikle defosforile halleri aktif olmasına rağmen, **glikojen fosforilaz, hormona duyarlı lipaz ve fruktoz 2, 6, bifosfataz fosforile halde iken aktivite gösterirler.**

22.A (Murray, *Harper's Biochemistry*, 25.baskı, 2002, s.418)

G proteinine benzer p21 proteininin anormal mutanı GTP bağlayarak sürekli aktif kalır. GTPaz aktivitesi kaybolduğundan kontrolsüz hücre çoğalması olur. Kanserli hastalarda enerji metabolizmasında değişiklikler, anaerobik glikolizin artması, oksidatif fosforilasyonun azalmasıdır. CEA gibi, birçok fetal proteinin sentezi artarken, p53 supressor genininde kayıp olur.

23.E (Murray, *Harper's Biochemistry*, 24.baskı, 1996, s.629)

Biyotin, CO₂ fiksasyon reaksiyonlarından sorumlu karboksilazların kofaktörüdür. Biyotin suplementasyonu multi enzim kompleksindeki kusurlu katalitik aktivitenin düzenlenmesine katkıda bulunur.

24.B (Murray, Harper's Biochemistry, 24.baskı, 1996, s.552-572)

Kortizol kortikosteroid bağlayıcı globuline, testosteron seks hormon bağlayıcı globuline, östrojenler de seks hormon bağlayıcı globuline, progesteron kortikosteroid bağlayıcı globuline bağlanır. **Aldosterona ait bir transport proteini yoktur, bu nedenle de plazmadan klirensi çok süratlidir.**

25.C (Murray, Harper's Biochemistry, 24.baskı, 1996, s.216)

Sitrat, lipogenezin hız kısıtlayıcı enzimi olan asetil KoA karboksilazın allosterik aktivatörüdür. Diyet yağ asidi sentez hızını kontrol eden başlıca faktördür. Yüksek karbonhidratlı diyet sentez için gerekli olan asetil KoA düzeyini artırır. İnsülin, cAMP'yi azaltarak, defosforilasyonla kısa sürede ve enzim sentezini uyararak ise daha uzun sürede asetil KoA karboksilaz üzerinden lipogenezi artırır. Yağ asidi sentezi sitoplazmada gerçekleşir ve sentez için kofaktör olarak ATP, biyotin, pantotenik asit, NADPH ve HCO₃⁻ kullanılır.

26.B (Murray, Harper's Biochemistry, 24.baskı, 1996, s.199)

Fosfofruktokinaz-1 glikolizde rol alan en önemli hız kısıtlayıcı enzimdir. ATP, glukagon, sitrat, yağ asitleri ve keton cisimcikleri fosfofruktokinaz-1'i allosterik olarak inhibe eder. Asetoasetat bir keton cisimciğidir ve soruda verilen diğer şıklar fosfofruktokinaz-1'in aktivatörleridir.

27.A (Henry, Clinical Diagnosis and Management by Laboratory Methods, 20.baskı, 2001, s.331-332)

21 C'lu steroidlerin 17. C'unda keto grubu olan metabolitlere **17-ketosteroidler** denilir. 17-ketosteroid-lerin ölçümü, etiokolanolon dışındakilerin androjenik özelliklerinden dolayı önem taşır. Bazı adrenal, testiküler ve ovariyal tümörlüler, Cushing sendromu, konjenital adrenal enzim kusuru (21-hidroksilaz eksikliği gibi) olan hastaların idrarında artmış 17-ketosteroid düzeylerine rastlanılır. Adrenal korteksin bütün bölgelerinin genellikle otoimmün harabiyetine bağlı Addison hastalığında kortikosteroid hormonlar kanda düşüktür, dolayısıyla idrarda 17-ketosteroidlerin atılımı azalmıştır.

28.B (Lippincott's Illustrated Reviews, 2.baskı, 1997, s.222)

29.D (Lippincot Biyokimya, 1997, s.40)

Kollajen normalde hücre dışında fonksiyon gören bir çok proteinden biridir. İhraç edilmek üzere sentezlenen çoğu protein gibi kollajenin

olgunlaşmamış polipeptid zincirleri de N-terminal uçlarında özel bir aminoasit dizesi içerir. Bu sentezlenen polipeptidin hücreyi terk edeceğini gösteren bir işaret gibi davranır. İşaret dizesi ribozomların granülü endoplazmik retikuluma bağlanmasını kolaylaştırır ve polipeptid zincirini granüllü ER'lerin sisternalarına girmek üzere yönlendirir. Endoplazmik retikulumda işaret dizesi hızla ayrılarak pro- α zinciri adı verilen kollajen öncüsünü oluşturur.

30.B (Champe, Lippincott Company, 1994, s.192)

İki molekül fosfaditik asit fosfat gruplarının aracılığıyla ek bir gliserol molekülü ile esterleşirse oluşan molekül kardiyolipindir. **Kardiyolipin antijenik olan tek insan fosfoliserididir.**

31.Cevap A (Laker, Clinical Biochemistry, 1996, s.164)

AÇIKLAMA: Safra asitleri 24 karbonludur ve **kolesterolden sentezlenir.** Karaciğerde, hergün, kolesterolden 0.5 g primer **safra asitleri, kolik asit ve kenodeoksikolik asit** sentez edilir. Bu bileşikler, karaciğerden safra kanallıklarına verilmeden önce, ya **glisin** veya **taurin** ile konjuge edilir, böylece safra asitlerinden safra tuzları oluşur. Konjugasyon safra asitlerinin polaritesini artırarak, suda çözünürlüklerini artırır.

32.C (Nelson, Lehninger Principles of Biochemistry, 3.baskı, 2000, s.944)

DNA polimeraz I primer yapı olan ribodeoksiribonükleotidin karışımının replasmanında ve DNA onarımında görev alır. DNA polimeraz II'nin fonksiyonu henüz bilinmemektedir. **DNA polimeraz III, in vivo DNA sentezi yapan asıl enzimdir, prokaryotlarda DNA zincirinin uzatılmasından sorumludur.**

33.D (Stryer, Biochemistry, 4.baskı, 1995, s.587, Ersoy, Biyokimya Ders Notları, Türkiye Klinikleri, 2003, s.41)

Glikojen sentetaz enzimi (UDP-glukoz transferaz) tarafından glikojenin son glukozunun dördüncü karbon atomu ile UDP-glukoz glukozunun birinci karbonu arasında bir glukozidik bağ kurulur. **Glikojen sentezinde hız sınırlayıcı basamak glikojen sentetazın etkili olduğu bu basamaktır.** Buraya kadar oluşan α -1,4 glikozidik bağ ile oluşan ve dallanmamış yapı olan amilozdur. Glikojenin oluşması için dallanmanın olması gereklidir. Glikojen sentaz enziminin etki gösterebilmesi için, en az dört adet birleşmiş glukoz gerekir. Glikojen parçasının yokluğunda **glukogenin** adlı özel bir protein glukoz kalıntılarının alıcısı olarak rol üstlenebilir.

TEMEL TIP BİLİMLERİ CEVAPLARI

34.D (Lehninger, Principles of Biochemistry, 2.baskı, s.769)

İnsülin reseptörü birbirlerine disülfid köprüleri ile bağlanmış α ve β gibi iki alt birimden oluşan bir heterodimerdir. **β altbiriminin sitoplazmik parçası tirozin kinaz etkinliği ve bir otofosforilasyon noktasına sahiptir.**

35.C (Rawn, Biochemistry, International ed, s.812)

snRNA (=small nuclear RNA) ile proteinlerin birleşerek oluşturdukları yapılar **snRNP (=SNURP=spliceosome)** adı verilir. SnRNP'ler enzim gibi fonksiyon görürler ve mRNA prekürsörleri olan hnRNA'ların olgunlaştırılmasında görev alırlar. **Otoimmün hastalığı olan bireylerin serumunda snRNP'lere karşı üretilmiş otoantikolar bulunur.** Nus A protein, transkripsiyonun sonlanma safhasında hairpin yapıyı stabilize eden, transkripsiyonun uzama safhasında ise RNA polimeraza bağlanarak σ subünitenin yeniden bağlanmasını önleyen proteindir. Rep protein, DNA sarmalını açan bir çeşit helikazdır.

36.D (Nelson, Lehninger Principles of Biochemistry, 3.baskı, 2000, s.601)

Apolipoprotein C-II lipoprotein lipazın aktivatörüdür.

37.E (Harper'ın Biyokimyası, 22.baskı, 1993, s.691)

38.D (Zubay, Biochemistry, 1993, s.390)

Siyanür, asitler, karbonmonoksit ve hidrojen sülfür, sitokrom oksidazı inhibe ederler.

39.D (Bhagavan, Medical Biochemistry, 4.baskı, 2002, s.337)

Birçok aminoasitin yıkımındaki ilk aşama α amino gruplarının α ketoglutarata aktarılmasıdır. **Lizin, treonin, prolin ve hidrokisprolin hariç diğer aminoasitlerin tümü transaminasyon reaksiyonlarına katılır.**

40.A (Zubay, Biochemistry, 3.baskı, 1993, s.518)

Fumarat, üre döngüsüyle TCA siklusu arasındaki bağlantıyı sağlaması ve her iki yolda da oluşması açısından önemlidir.

41.A (Topçu, İnfeksiyon Hastalıkları, 1996, s.172-177)

Bakterisidal bir antibiyotik olan vankomisin, etkisini esas olarak çoğalan mikroorganizmalarda hücre duvarı sentezini inhibe ederek gösterir. Buna ilave

olarak sitoplazmik membran geçirgenliğini değiştirerek protoplast hasarına yol açar. RNA – sentezini geçici olarak önler.

42.B (Murray, Medical Microbiology, 4.baskı, 2002, s.263)

Sıradaki klinik tablodan sorumlu olan bakteri **Neisseria meningitidis** olup, bu bakterinin virulans faktörleri arasında "**Por proteini**" bulunmamaktadır. Bu protein, aynı cinsde ait olup, cinsel temasla geçen bir hastalık olan gonoreenin etkeni Neisseria gonorrhoea'ye ait bir virulans faktörüdür.

43.C (Jawetz, Melnick and Adelberg's Medical Microbiology, 22.baskı, 2001, s.92)

DNA topoizomerazlar, uzun lineer bakteriyel DNA'yı süpersarmal (supercoiling) hale getirip, bu kondanse yapının küçük hacimli nükleoid içine sığmasını sağlarlar.

44.B (Ajello, Topley & Wilson's Microbiology and Microbial Infections – Medical Mycology, 1998, 9.baskı, s.315-336)

Sklerotik (Madler) cisimcik, kromoblastomikozda görülen ve septalı, pigmentli hücre yığınlarından oluşan, bu enfeksiyon için tipik olan bir yapıdır. Bu cisimcikler mantarın üreme şeklidir.

45.E (Bilgehan, Temel Mikrobiyoloji ve Bağışıklık Bilimi, 1999, s.483-518)

Arthus reaksiyonu antijen-antikor kompleksleri temeline dayalı tip 3 aşırı duyarlılık reaksiyonları sonucu ortaya çıkan patolojik reaksiyondur.

46.B (Cengiz, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1999, s.404)

Listeria enfeksiyonu yenidoğanda iki farklı tipte seyreder;

1-Erken tip; Enfeksiyon uterus içinde alınmışsa yenidoğan hastalıklı doğar. En karakteristik ve ciddi tablo **granülomatozis infantiseptica** denilen sendromdur. Özellikle karaciğerde olmak üzere tüm iç organlarda **granülomlar** bulunur.

2-Geç tip; Doğum esnasında veya sonrasında bakterilerin alınmasıyla yenidoğanda geç başlayan listerioz oluşur.

47.D (Murray, Medical Microbiology, 4th ed, 2002, s.40)

Fimbriyaların (Pilus) bakterilerin hareketi ile ilişkileri yoktur. Bunlar bakterilerin konak hücreye yapışmasını ve bazıları da bakteriler arasında genetik alış-verişi sağlar.

48.D (Jawetz, *Medical Microbiology*, 2001, 22.baskı, s.520-521)

Hücre yüzeylerinde ve özellikle de CD4+ T lenfositleri ve makrofaj/monosit hücre yüzeyinde yer alan ve kemoatraktan sitokinler olan kemokinlerin bağlanmasına yarayan kemokin reseptörleri, HIV-1'in hedef hücreye girişinde CD4 molekülü ile birlikte rol oynamaktadır. Virusun gp120 zarf glikoproteini CD4 reseptörüne bağlandıktan sonra koreseptör olan kemokin reseptörüne de bağlanarak konformasyonel değişikliğe uğrar ve gp41 füzyon peptidi aktive olarak membran füzyonu gerçekleşir.

49.E (Levinson, *Medical Microbiology and Immunology*, fifth ed, 1998, s.206-217)

Rabies virusu hematojen yolla yayılmaz. Kuduz hayvanın ısırmasından sonra virus, deri altında aksonal yolla Santral Sinir Sistemi'ne ulaşır ve hastalık gelişir.

50.D (Gorbach, *Infectious Disease*, 1998, s.811- 1234-)

51.E (Unat'ın *Tıp Parazitolojisi*, s.562)

Giardianın dışkıda kist ya da tipik armutumsu şekliyle trofozoitleri görülebilir. **Entamoeba histolytica** amipli dizanteri yapar, kesin tanı eritrositleri fagosite etmiş trofozoitlerin görülmesiyle konulur. Kistleri ile taşıyıcılar belirlenir. **E. coli** bağırsakta bulunabilen saprofit bir amiptir ve kistleri de bulunur. **Balantidium coli** domuzla beslenen bölgelerde belirlenen bir ishal etkenidir. **Siliyalı olarak insanda hastalık yapan tek protozoondur. Dientamoeba fragilis, kist şekli olmayan bir protozoondur.** Çoğu iki nükleuslu olan trofozoitleri ile tanınabilir ve insana **Enterobius vermicularis yumurtaları ile bulaşabilir.**

52.A (Abbas, *Cellular and Molecular Immunology*, 4.baskı, 2000, s.285, 352)

NK hücreleri virüslara karşı doğal bağışık yanıtın önemli bir bileşenidir. Bazı virüsler infekte ettikleri hücrelerde MHC I ekspresyonunda azalmaya neden olur. Sınıf I moleküllerinin azalması NK hücreleri üzerindeki inhibisyonun ortadan kalkmasına neden olur ve infekte hücrenin NK hücreleri tarafından lize edilmesi ile sonuçlanır.

53.C (Levinson, *Medical Microbiology and Immunology*, fifth ed, 1998, s.193-201)

Annede vajinal herpes simleks virus-2 (HSV-2) enfeksiyonu varlığında, vajinal doğum sırasında bebek infekte olur. **HSV-2 neonatal ensefalit ve sepsislerin en önemli nedenlerinden biridir.**

54.D (Murray, *Manual of Clinical Microbiology*, eight ed, 2003, s.903-904)

C. fetus, altta yatan hastalığı olan kişilerde primer olarak bakteriyemi ve bağırsak dışı enfeksiyonlarda etken olan *Campylobacter* türüdür. **C. jejuni ve C. coli Campylobacter türleri içinde gastrointestinal enfeksiyonlardan en sık sorumlu olan türlerdir.** *C. upsulensis* insanlarda diyare ve bakteriyemiye neden olabilir. *C. lari* insanlarda bakteriyemi, gastrointestinal ve üriner sistem enfeksiyonlarında nadir olarak etken olmaktadır.

55.E (Brooks, *Medical Microbiology*, 22.baskı, 2001, s.206-209)

Bu soruda tanımlanan bakteri **Streptococcus pyogenes**'tir. Bu bakteri tarafından salgılanan pirojenik ekzotoksinler (eritrojenik ekzotoksin) kızıl ve ateş, hipotansiyon gibi bulgularla seyreden **streptokokal toksik şok sendromuna** neden olur.

56.D (Unat'ın *Tıp Parazitolojisi*, 1991, s.762-3)

Candidalar florada bulunan ve fırsatçı enfeksiyonlar oluşturabilen etkenlerin başında gelirler. Fakat bunlarla gelişen enfeksiyonlarda maya hücreleri, psödohifler oluşur. Blastokonidiler saptanabilirken artrokonidiler hiç bulunmaz. *C. Neoformans* sadece kapsüllü maya hücreleri olarak görünürler. *Coccidiedes immitis* ise florada pek bulunmayan, doğada artrokonidileri gelişen ve bu konidilerle insana bulaşan bir mantardır. Fakat dokuda artrokonidiler saptanmaz, dokuda **sferül** yapısı görülür.

57.A (Markell, Voge, *John Medical Parasitology*, 1992, s.78-82)

Kirpikli protozoonlar ciliophora şubesinde bulunurlar. **Balantidium coli insanda patojen olan tek kirpikli protozoondur.** Diyare etkenidir. Domuzlar rezervuar görevi görürler. Kolon duvarında yerleşirler ve ekstraintestinal lezyonlara sebep olmazlar. Tedavide tetrasiklinler kullanılır.

58.B (Murray, *Medical Microbiology*, 3.baskı, 1998, s.425-6)

Genital bölgede ülserasyon varlığında başlıca üç etken akla gelmelidir: HSV-2, *T. pallidum*, *H. Ducreyi*. *T. pallidum* karanlık alanda görülebilirken *H. ducreyi* lezyonlarında Gram (-) çomaklar görülebilir. **HSV (özellikle 2) ağırlı, tekrarlayan ülserasyonlara yol açar ve lezyonda çok çekirdekli dev hücreler (Tzanck) görülerek kesin tanı konulabilir.**

TEMEL TIP BİLİMLERİ CEVAPLARI

59.B (Levinson, *Medical Microbiology and Immunology*, fifth ed, 1998, s.218-224)

Oral polio aşısı canlı aşıdır ve aşı virusu çocuğun bağırsaklarında replike olarak dışarı atılmaktadır. Bu virus immün yetmezliği olan babada poliomyelit yapabilir. Bu nedenle çocuğa oral polio aşısı yapılmamalıdır.

60.C (Levinson, *Medical Microbiology and Immunology*, fifth ed, 1998, s.193-201)

Ebstein-Barr virus B lenfositlerini infekte eder ve bu hücrelerin içinde tüm vücuda yayılır. Ürettiği hücrelerde sitopatik etki yapmaz, ancak infekte hücreleri transforme veya immortal hale getirir (T hücre süpresyonunun olmadığı durumlarda). **Konak seçiciliği fazla olan bir virustur.**

61.C (Cotran, *Robbins Pathologic Basis of Disease*, 6.baskı, 1999, s.107)

5. günde insizyonel boşluk granülasyon dokusu ile doludur ve neovaskülarizasyon maksimaldir.

62.E (Cotran, *Robbins Pathologic Basis of Disease*, 6.baskı, 1999, s.114)

İlk 4 şıkta ödem hidrostatik basınç artışına bağlıyken, neoplazide ödemin nedeni lenfatik obstrüksiyondur.

63.C (Cotran, *Robbins Pathologic Basis of Disease*, 6.baskı, 1999, s.129)

64.B (Kumar, *Pathologic Basis of Disease*, 6.baskı, 1999, s.1134-37)

65.E (Robbins, *Pathologic Basis of Disease*, 2000, 918)

66.E (Robbins *Basic Pathology*, 6.baskı, 2000, s.393-435)

67.A (Robbins, 5.baskı, s.252)

68.D (Robbins, *Temel Patoloji*, 5.baskı, s.327-28)

Histoplazmozisle tüberküloz arasında benzerlik çok fazladır. **Tüberküloza benzemeyen yanı histoplazmoziste başlangıç lezyonun sıklıkla multipl olmasıdır.** Ayrıca; histoplazmin deri testi pozitifdir. Ayrıca tanı için PAS veya gümüşleme boyaları ile maya formlarını göstermek gerekir.

69.B (Robbins, *Temel Patoloji*, 5.baskı, 1994, s.1349)

Transizyonel meningiomalar ara özellikler bulundurlar ve sıklıkla kabaca küresel yapıli kalsifiye oluşumlar olan **Psamomma cisimciklerine** sahiptirler. Psammoma cisimcikleri sinsityal ve fibroblastik meningiomalarda da sıklıkla az sayıda bulunabilirler.

70.D (Merck, s.2255)

Akondroplazi otozomal dominant geçişli bir hastalık olup, cüceliğe yol açar. Kemikte fizis hattı displastiktir ve büyüme plağında kıkırdak doku proliferasyonunun azalması cüceliğe yol açmaktadır. Enkondral kemikleşme bozulmuştur, ancak intramembranöz kemikleşme normaldir.

71.C (Robbins, 5.baskı, s.246)

A vitaminin eksikliğinin ilk belirtisi az ışıhta görmenin bozulmasıdır (gece körlüğü). Eksiklik devam ederse kseroftalmi olarak nitelendirilen değişiklikler izlenir.

72.B (Robbins, *Temel Patoloji*)

73.C (Robbins, *Temel Patoloji*)

74.A (Robbins, *Temel Patoloji*)

75.B (Anafarta, *Temel Üroloji*, Ankara, 1998, s.683)

76.E (Rosai, Ackerman's Surgical Pathology, 8.baskı, 1996, s.1588)

Yapılan çok sayıda çalışmalarda meme karsinomlarının gelişme sürecinde öncü prekanseröz lezyonlar bulunmaktadır. Bu lezyonların en önemlisi intraduktal hiperplaziler olup **atipik duktal hiperplazi en fazla risk taşıyandır** ve yaklaşık bu risk normalden 5 kere daha fazladır.

77.C (Robbins, *Temel Patoloji*, 5.baskı, s.605)

Granüloma inguinalde; en ayırt edici bulgu soluk mavi, "çengel iğne" şeklinde **Donovan cisimleri** denen fagosite edilmiş mikroorganizmalar içeren büyük, vakuollü makrofajların görülmesidir.

78.C (Robbins, *Temel Patoloji*)

Ateroskleroziste ilk olarak arterlerin intimalarında fibröz yağlı plaklar ya da ateromlar görülür.

79.B (Robbins, *Temel Patoloji*, 4.baskı, s.199-945)

Alkolik hepatit, alkolik karaciğer hastalığının bir morfolojik tipidir. Bu formda, karaciğer hücre-lerde **akut nekroz** gelişir. Alkolün bırakılmasıyla haftalar aylar içinde geriler ama bazen hepatit ilerler ve **siroz**

gelişebilir. Olay akut olarak karaciğer yetmezliği veya hepatorenal sendrom ile sonuçlanabilir. Morfolojik olarak karaciğer hücrelerinde nekroz, **Mallory cisimcikleri**, inflamasyon, fibrozis ile karakterizedir. **Wire-loop lezyonlar ise SLE'nin böbrek tutulumunda, kapiller duvarın kalınlaşması ile ışık mikroskopuda görülen şekle verilen isimdir.**

80.C (Robbins, Pathology, 5.Baskı, s.169)

Dalak amiloidozisi genellikle orta ve hatta aşırı büyümeye neden olur (200-800 grm). Bilinmeyen nedenlerle, iki tipten biri gelişebilir. Depolanmalar hemen tümüyle splenik folliküllerle sınırlı olabilir, makroskopik incelemede **topiaco benzeri granüller** geliştirir ("**sago dalağı**") veya tutulma başlıca sinüsleri etkileyebilir ve tabaka benzeri depolanmalar geliştirerek ("**lardaceous**") sonunda dalak pulpasına ulaşabilir.

81.A (Kayaalp, Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, 10.baskı, 2002, s.27-28)

Sublingual veya bukkal verilşte ilacın sistemik dolaşıma girebilmesi için karaciğerden geçmesi gerekmediğinden, etkisi çabuk başlar. Rektumdan uygulanan ilacın ortalama %60 oranındaki bir kısmının karaciğere uğramadan sistemik dolaşıma girdiği belirlenmiştir.

82.E (Bökesoy, Farmakoloji Ders Kitabı, 2000, s.37-38)

a) **Monoamin oksidaz (MAO)**, faz I reaksiyonlarından olan oksidasyonda rol alan mikrozomal olmayan mitokondriyel bir enzimdir. MAO A ve MAO B olmak üzere iki izozimi bulunmaktadır.

b) **Alkol dehidrojenaz**, faz I reaksiyonlarından olan oksidasyonda rol alan alkollerle aldehidlere dönüştüren mikrozomal olmayan bir enzimdir.

c) **Glutatyon-S-transferaz**, faz II reaksiyonlarından olan glutatyon ile konjugasyonun oluşmasını sağlayan mikrozomal olmayan bir enzimdir.

d) **Psödokolinesteraz**, faz I reaksiyonlarından olan hidrolizde rol alan mikrozomal olmayan bir enzimdir.

83.B (Kayaalp, Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, 1998, s.658)

Spiranolakton ürik asit itrafini bozmaz, bu yüzden gutlu hastalarda önerilir.

84.Cevap E (Kayaalp, Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, 1998, s.311)

Pirazinamid, tüberkülsid etkilidir. Bu etkisini hem çoğalma halindeki hem de dormant duruma geçmiş mikobakteriler üzerinde gösterir. **Monositler ve**

makrofajlar içindeki yavaş çoğalan mikobakteriler üzerinde en etkili tüberkülsiddir. Kazeöz lezyonlardaki mikobakterilere rifampin kadar, fakat izoniazidden daha fazla etkilidir.

85.A (Kayaalp, Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, 8.baskı, 1998, s.610)

Dekstranlar dallanmış polisakaritlerdir. Şok ve kan kaybı durumlarında plazma hacmini arttırmak için kullanılırlar. Yüksek veya düşük molekül ağırlıklı olsun tüm dekstranlar, trombositlerin adezivitesini azaltmaları ve vasküler stazi önlemeleri nedeniyle **antitrombotik** etki yaparlar.

86.A (Katzung, Basic & Clinical Pharmacology, 2001)

Palivizumab, RSV profilaksisinde kullanılan rekombinant DNA teknolojisi ile elde edilen IgG monoklonal antikor preparatıdır. Hem A hem de B tipinin respiratuvar epitele füzyonunu engeller ve nötralize eder. Yüksek risk grubundakilere salgın mevsiminde aylık olarak ve IM enjeksiyon şeklinde uygulanılır.

87.A (Katzung, Basic & Clinical Pharmacology, 8.baskı, 2001, s.959-983)

Takrolimus, mantardan izole edilmiş bir makroliddir. Etki mekanizması farklı bir immünoprofile (**FKBP**) bağlanması dışında siklosporinle aynıdır. Takrolimus karaciğer ve böbrek transplantasyonlarında rejeksiyonu önlemek için glukokortikoidlerle birlikte verilir.

88.E (Katzung, Basic & Clinical Pharmacology, 8.baskı, 2001, s.923-956)

Kapesitabin oral yolla uygulanan, tümör ile aktive olan ve tümör seçici sitotoksik ajan olan floropirimidin karbamattır. Kapesitabin in vivo olarak birbirini izleyen basamaklarla sitotoksik formu olan 5-florourasile (5-FU) dönüşür. 5-FU tümör bölgesindeki, tümör ile ilişkili anjiyogenik faktör timidin fosforilaz (dThdPase) ile katalizlenir ve böylece sağlıklı vücut dokularının sistemik 5-FU ile karşılaşma olasılığı en aza iner. Lokal ilerlemiş ya da metastatik meme kanseri olan hastaların tedavisinde; antrasiklin içeren sitotoksik tedavinin başarısız olmasından sonra taksan grubu kemoterapötiklerle kombinasyon halinde endikedir.

89.B (Lippincott Farmakoloji, 2001, s.454)

Raloksifen, "Selektif östrojen reseptör modülatörü" olarak bilinir. Östrojen reseptörleri üzerinden hem östrojenik hem de antiöstrojenik etkileri vardır. Klinik kullanımı kemik rezorpsiyonu ve kemik yıkımını azaltma yeteneği üzerine kuruludur. **Menopoz döneminde osteoporozdan korunmada ve**

TEMEL TIP BİLİMLERİ CEVAPLARI

tedavide etkilidir. Östrojene bağlı meme kanseri riskini azaltır. Raloksifen serum total kolesterolü ve LDL seviyelerini azaltırlar fakat HDL ve trigliserid üzerine etkili değildir.

90.A (Kayaalp, Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, 2.cilt, 8.baskı, 1998, s.1532, Tablo 90.1) Kolşisin kullanımı B12 vitamininin absorpsiyonunu azaltır.

91.B (Kayaalp, Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, 10.baskı, 2002, s.1398)

Histamin sentezindeki hız kısıtlayıcı enzim olan histidin dekarboksilaz enziminin selektif inhibitörleri **tritokalin** ve α -fluorometilhistidindir. Tritokalin mevsimsel alerjinin profilaksisinde kullanılmaktadır.

92.B (Kayaalp, Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Tedavi, 10.baskı)

Ketokonazol, mantar hücre zarındaki ergosterol sentezinde sitokrom p450'ye bağımlı 14- α demetilasyon basamağını önleyerek, hücre zarı işlevini bozar. Yüksek dozda ketokonazol steroid metabolizmasını bozarak testosteron azalmasına yol açabilir ve libidoda azalma, oligospermi, kıl dökülmesi, jinekomasti gibi belirtilere yol açabilir.

93.D (Bökesoy, Türk Farmakoloji Derneği Farmakoloji Ders Kitabı, 1.baskı, 2000, s.373)

Çok yeni bir ilaç olan **glimepiridin** kalp ve damarlardaki ATP'ye duyarlı K⁺ kanalları üzerinde bloke edici etkisi olmadığından, miyokard iskemisi ve infarktüs patofizyolojisinde rol oynamaz.

94.D (Kayaalp, Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, 8.baskı, 1998, s.703)

Salmoterol salbutamolün daha uzun lipofilik yan zincir içeren uzun etkili bir türevidir. Uzun etkili olması nedeniyle noktürnal (gece gelen) semptomları olan hastalarda tercih edilir.

95.D (Onaran, The Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics, 9.baskı, s.143)

Betanekol sadece muskarinik etki yapar, nikotinik etki yapmaz ve kolinesterazlara dayanıklıdır. Gastrointestinal düz kaslar ve mesane üzerinde selektif ve güçlü kasıcı etki gösterir.

96.D (Kayaalp, Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Tedavi, 8.baskı, s.1466)

Betahistinin iç kulaktaki vazodilatör etkisiyle Meniere hastalığında vertigoyu düzelttiği bulunmuştur.

97.D (Katzung, Basic & Clinical Pharmacology, 8.baskı, 2001, s.436-444)

En uzun etki süreli iki lokal anestezi birisidir (diğeri etidokain). **Diğer lokal anesteziye göre daha kardiyotoksiktir.** İnfiltrasyon anestezi, sinir bloku, epidural ve kaudal anestezi için kullanılır. Yüzeysel anestezi için kullanılmaz. Duyusal sinir liflerine motor sinir liflerine oranla daha selektif etki yapar, bu nedenle obstetrikte epidural anestezi için tercih edilir. **İntratekal ve epidural uygulandığında lokal anestezi için motor sinir iletimini en az bozan ilaçtır.**

98.C (Kayaalp, Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, 10.baskı, 2002, s.1433)

Atrial natriüretik peptid, prostasiklin ve nitrik oksid endotelin-1 sentez ve salınımını azaltıcı yönde rol oynamaktadır. Anjiyotensin II, vazopressin, adrenalın ve interlökin-1 ise artırıcı yönde rol oynamaktadırlar.

99.C (Bökesoy, Farmakoloji Ders Kitabı, 2000, s.270)

Metil alkol, vücuda metabolize olurken etil alkol ile aynı metabolik yolları kullanarak, önce formaldehide sonra formik aside oksidlenir. Etil alkol, metil alkolü metabolize eden sistemleri işgal ederek metil alkolün metabolizmasını yavaşlatır ve reaktif metabolitlerinin oluşumunu azaltır.

100.E (Katzung, Basic & Clinical Pharmacology, 8.baskı, 2001, s.478-495)

Sertindol EKG'de QT uzamasına neden olarak, aritmi riskini artırır, bu yüzden kullanılmadan önce EKG çekilmelidir ve tedavi sırasında EKG izlenmelidir. QT aralığını uzatan yada hipopotasemiye neden olan ilaçlarla birlikte kullanılmamalıdır.

KLİNİK TIP BİLİMLERİ CEVAPLARI

1. E (*Marso, Manual of Cardiovascular Medicine, 2000, s.15*)
Geçirilmiş hemorajik serebrovasküler olay, intrakranial tümör, aort diseksiyonu şüphesi, mens dışı aktif iç organ kanaması mutlak kontrendikasyonlar içerisinde değerlendirilirken, **aktif peptik ülser hastalığı relatif bir kontrendikasyondur.**
2. A (*Fuster, Infective Endocarditis, 10.baskı, 2001, s.2087*)
Konjenital kalp hastalıklarının birçoğunda infektif endokardit riski yüksektir. Özellikle hızlı akım jetlerine neden olan (ventriküler septal defekt gibi) anomalilerde risk artmıştır. **Atriyal septal defekte ise atriyumlar arası geçişte hızlı akım jeti bulunmadığından infektif endokardit riski yüksek değildir.**
3. C (*Alexander, Hurst Kalp Hastalıkları, 2001, s.195*)
4. B (*Kaplan, Clinical Hypertension, 7.baskı, 1998, s.306*)
Renovasküler nedenli hipertansif hastalarda hipertansiyonun başlangıcı 30 yaş öncesi ya da 50 yaş sonrasıdır. Bu hastalarda hipertansiyon ani bir başlangıç gösterir. Bazı olgularda ciddi sekonder aldosteronizm ve hipokalemi bulunur. Ailede hipertansiyon öyküsünün bulunmaması renovasküler hipertansiyon için bir klinik ipucu oluşturur. Renovasküler hipertansiyon ciddi derecede hipertansiyona neden olup tedaviye dirençli bir özellik taşır.
5. D (*SARS.www.toraks.org.tr.. Data last accessed: October 21, 2003*)
SARS'lı olguların %10-20'sinde akut respiratuar distres sendromu (ARDS) geliştiği bildirilmiştir.
6. D (*Erişkinlerde Toplum Kökenli Pnömoni Tanı ve Tedavi Rehberi, Toraks Dergisi, 3.cilt, 2002; Ekim, Solunum Sistemi İnfeksiyonları, 2001*)
Soruda toplum kökenli pnömonisi olan bir hasta tanımlanmıştır. Hastanın yapısal bir akciğer hastalığının (bronşektazi) bulunması, son 10 gün içerisinde antibiyotik kullanım öyküsü olması ve yoğun bakıma yatırılma kriterlerine sahip bulunması etken olarak **Pseudomonas aeruginosa'yı** akla getirmelidir.
7. A (*Fishman, Pulmonary Diseases and Disorders, 1998, s.877-892*)
Asbest temasına bağlı olarak birçok hastalık oluşabilir. Bunlar içinde **en sık oluşan ise plevral plaklardır.**
8. B (*Balık, Viral Hepatit, 1.baskı, 2003, s.141*)
9. D (*Fendrick, Peptic Ulcer Disease, 1999*)
- 10.D (*Tadaka Yamada, Textbook of Gastroenterology, 3.baskı, s.1672-1673*)
Hipernefroma ile Gluten enteropatisi arasında ilişki saptanamamıştır. Diğerleri hastalığın seyri sırasında görülebilir.
- 11.C (*Greenspan, Basic & Clinical Endocrinology, 5.baskı, 1997, s.237*)
a ve d'deki antikorlar otoimmün hastalıklarda artabilir, b papiller kansere medüller kanser takibinde kullanılır.
- 12.E (*Greenspan, Basic & Clinical Endocrinology, 5.baskı, 1997, s.625-626*)
Glikozun anaerobik yakılmasını sağladığı için, oluşan laktik asitlerin atılımı böbrek yetersizliğinde azalacağı için, laktik asidozise neden olabileceğinden kullanılmamalıdır, diğer tüm durumlarda insülin direnci vardır ve biguanidler insülin direncini azaltabilen ilaçlardandır.
- 13.C (*Lee, Wintrobe's Clinical Hematology, 10.baskı, 1999, s.1562*)
Küçük yüzeyel kesilerin hemostazını sağlayan stabil trombosit tıkaçıdır. Bu tıkaçın kanamayı kontrol altına alabilmesi için gerekli olan oranda meydana

KLİNİK TIP BİLİMLERİ CEVAPLARI

gelebilmesi ise vasküler faktörün ve trombositlerin sayı ve fonksiyon açısından normal olması gerekir. Kanama zamanı hemostazın vasküler ve trombosit fazını gösterir. İdiyopatik trombositopenik purpurada trombositlere karşı gelişmiş otoantikorlar veya trombosit membranları üzerinde immün komplekslerin toplanması sonucu oluşan bir trombosit destrüksiyonu ve trombositopeni meydana gelir. Kanama zamanı uzar. Yaygın damar içi pıhtılaşması sendromu birçok patolojik durumda karşımıza çıkan bir tüketim koagülopatisidir. Mikrosirkülasyonda oluşan multipl trombüsler içerisinde pıhtılaşma faktörleri ve trombositler tüketilir sonuçta hem pıhtılaşmanın bozulduğu hem de trombositopeninin sebep olduğu kanamalar ortaya çıkar. Bu hastalarda hem pıhtılaşma testleri bozulur hem de kanama zamanı uzar. Sistemik lupus eritematosuslu hastaların %5-15'inde trombositlere spesifik otoantikorlar gelişebilir veya trombositler üzerinde immün kompleksler toplanabilir ve sekonder bir immün trombositopeni gelişebilir ve kanama zamanı uzar. Von Willebrand hastalığı (VWH)'nda defekt von Willebrand Faktörü (VWF)'ndedir. VWF'ü eksik veya anormal yapıda olabilir. VWF'nın en sık görülen tipinde (tip 1) trombosit sayısı normal olduğu halde VWF'ünde kısmi eksiklik olduğu, diğer tiplerinde VWF'nün fonksiyonu bozuk olduğu için trombositlerin endotele adezyonunda bozukluk gelişir ve kanama zamanı uzar. Hemofili de ise pıhtılaşma faktörlerinden VIII ve IX'un eksikliği kanama diyatezine sebep olur. Bu hastalarda hemostazın koagülasyon fazı bozulur, vasküler ve trombosit fazı normal olduğu için kanama zamanı uzamaz.

14.A (Whitlock, Wintrobe's Clinical Hematology, 10.baskı, 1999, s.2246)

Akut lenfoblastik lösemide lökosit sayısının yüksek olması, hastanın 1 yaşından küçük, 10 yaşından büyük yaşta olması, erkek cinsiyet, siyah ırk, remisyona 28 günden sonra girmesi, lenf bezi, dalak, karaciğer büyüklüğü, santral sinir sistemi tutulumu, FAB L2, L3 morfoloji, hemogloblin düzeyinin 10 gr/dl'nin üzerinde olması, trombosit sayısının düşük olması, T cell, B cell, miks lineae olması, pseudodiploidi, t(9;22), t(8;14), t(4;11), t(14q+) olması kötü prognoz belirteçleridir.

15.D (Haskell, Manual of Oncology, 2000, s.220)

16.B (Vincent T. Devita, 5th, Lippincott-Raven, New York, Cancer Principle and Practice of Oncology, 1997, p.2486)

17.C (Braunwald, Harrison's Principles of Internal Medicine, 2001, s.262-267, 604-606)

Sorunun doğru yanıtı, meslek öyküsünün sorununun kökenine ışık tutabileceğidir. Örneğin, boya ya da lastik üretiminde çalışmış olduğunun öğrenilmesi halinde, başta 2-naftilamin olmak üzere aromatik aminlere maruz kaldığı ve özellikle sigara içmiş olmasının da etkisiyle değişici epitel-kökenli mesane kanseri riskinin arttığı düşünülecektir. Diğer yandan, Mısır gibi şistozomiyazisin endemik olduğu bir ülkede nehirlerde köprü yapımında çalıştığına öğrenilmesi halinde, skuamöz tipte mesane kanseri akla getirilecektir.

Diğer şıklar yanlıştır.

Bu sorunun hazırlanmasında en önemli amacı, erkekte idrar akımını engelleyen bir sorun ya da immün yetersizlik olmadıkça üriner infeksiyonun çok nadir olduğunu ve bu ilke bilinmeyince çok daha ciddi sorunların üriner infeksiyonla karıştırılabileceğini hatırlatmaktır. Daha önce hiç üriner infeksiyon geçirmemiş ve geçirmesi için hazırlayıcı nedeni de olmayan yaşlı bir erkekte üriner infeksiyonu çağırıtıran belirti ve bulgularda lütfen mesane ve prostat kanserini düşünün!

Hastanın böbreklerinde membranöz glomerülopati olması kuvvetle muhtemel değildir çünkü idrarındaki izomorfik eritrositler renal parenkimal değil, toplayıcı sistem kaynaklı hematüriyle uyumludur. Ayrıca membranöz nefropati sıklıkla önemli düzeyde proteinüriyle kendini gösterir. Hastada varolan 300 mg/gün proteinüri, normalin üst sınırı olan günde 150 mg'ı geçtiği için patolojik düzeyde olmakla birlikte, mutlaka glomerülopati olduğunu göstermez. Bu seviyedeki proteinüri, kanser ya da infeksiyon gibi durumlarda dokulardan dökülerek idrara eklenen hücrelerin içerdiği protein anlamına gelen "doku proteinürisi" ile de görülebilir.

Hastanın sorununun daha önce nefrolitiazis olmasıyla ilişkisinin olmadığı da yanlıştır. Mesane kanseri daha önce tekrarlayan nefrolitiazisi olanlarda daha sık görülür.

Hastanın cinsel yolla bulaşan bir hastalığının olmasının kuvvetle muhtemel olduğu da yanlıştır çünkü cinsel yolla bulaşan hastalıklar erkeklerde genelde asemptomatik seyrederek ve hastanın yaş grubunda daha nadir olarak görülürler.

18.A (Massry, Textbook of Nephrology, 2001, s.824-828; Kelley, Textbook of Rheumatology, 1997, s.1409-1417)

Amiloid birikimi ışık mikroskobu ile homojen amorf bir madde olarak görünür, hematoksilen eozin ile pembe, kristal viyole ile metakromatik boyanır. Kongo kırmızısı ile polarize mikroskopta yeşil renkte çift kırma özelliği gösterir. Elektron mikroskopta fibriller bir yapı gösterir. İdiyopatik (primer veya immünositik) amiloidoz, multipl myeloma (MM) eşlik eden

amiloidoz, sekonder veya reaktif amiloidoz (kronik inflamatuvar hastalıklarda görülen) ve heredofamiliyal amiloidoz, lokal amiloidoz, serebral amiloidoz ve endokrin sistem amiloidozu olarak sınıflandırılır. **Amiloid tipini belirlemede, potasyum permanganat testi yardımcıdır.** AA (Sekonder amiloidoz) ve AH (diyaliz amiloidozu) amiloidi potasyum permanganat ile kaybolur ve kongo kırmızısı ile boyanmazken, AL (Primer amiloidoz) ve AF (Hereditör amiloidoz) amiloidi potasyum permanganat ile kaybolmaz ve kongo kırmızısı boyanma özelliğini devam ettirir.

19.C (Murray, *Textbook of Respiratory Medicine*, 1994, s.1653-1682)

Kor pulmonaleye etyolojisinde birçok durum suçlanır. Bazı endemik bölgelerde (Mısır vs.) şistozomiazis kor pulmonaleye sık neden olan etkidir.

20.B (Mandell, *Principles and Practice of Infectious Diseases*, 5.baskı, 2000, s.3028-3039)

21.C (Gümüşi, *Erişkin Still Hastalığı, Klinik Romatoloji*, 1999, s.281-6)

Erişkin Still Hastalığı, nedeni bilinmeyen, başka nedene bağlanamayan ateş, deri döküntüsü, artralji ve myalji, lenfadenopati ve boğaz ağrısı gibi bulgularla seyreden nadir bir hastalıktır. Tanıda ve tedaviye yanıtta serum ferritini kullanılacak parametrelerden biridir.

22.B (De Lisa, *Rehabilitation Medicine Principles and Practice*, 1998, s.997-1014)

Periferik polinöropati değişik etiyolojik sebeplere bağlı olarak oluşan ve 2. motor nöron hastalığı grubunda yer alan bir bozukluktur. Diğer şıklarda belirtilen hastalıklar çoğu zaman kas tonusunda artma (spastisite) ile birliktedir.

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

Panik ataklarına sıklıkla eşlik eden fobi tipi agorafobidir. Başlangıçta "açık alan korkusu" anlamına gelen agorafobi kavramının içeriği sonradan "kaçıp kurtulmanın ve yardıma ulaşmanın zor olacağı öngörülen durumlarda yaşanan korku" olarak genişletilmiştir. Klostrofobi yalnızca kapalı yerlerde, akrofobi ise yüksek yerlerde duyulan korkudur. Sosyal ortamlarda ya da performans gerektiren durumlarda yaşanan korku sosyal fobi, her türlü nesne ve duruma karşı duyulan korkular özgül fobi olarak adlandırılmaktadır.

24.D (Brass, *Handbook of Neurological Lists*, 1.baskı, 1991, s.253-260)

Epileptik nöbetler idiyopatik olarak ortaya çıkabildiği gibi çeşitli iç ve dış etkenlere bağlı olarak asemptomatik epilepsi tarzında da olabilir. Bunlar arasında travma, beyin damar hastalığı, tümörler, enfeksiyon, kalıtsal faktörler, perinatal faktörler ve metabolik etiyolojiler sayılabilir. Popülasyonun yaklaşık %1'inde epilepsi vardır. Metabolik nöbet nedenleri arasında hipokalsemi, hiponatremi, hipoglisemi, karaciğer yetmezliği, böbrek hastalıkları, anoksi, nonketotik hiperglisemik hastalıklar, kalıtsal metabolik bozukluklar sayılabilir.

25.A (Victor's *Principles of Neurology*, 7.baskı, 2001, s.1117)

a) Alzheimer hastalığının tedavisinde yararı kanıtlanmış ilaç gruplarından biri asetilkolin esteraz inhibitörleridir.

b) Dopamin agonistlerinin Alzheimer hastalığında yararı yoktur.

c) Bu grup ilaçların Alzheimer hastalığının tedavisinde yerleri yoktur, bu ilaçlar amyotrofik lateral sklerozun tedavisinde kullanılırlar.

d) Bu maddelerin Alzheimer hastalığının tedavisinde hiçbir yararı olmadığı gösterilmiştir.

e) Bu grup ilaçların Alzheimer hastalığının tedavisinde yerleri yoktur, bu ilaçlar multipl sklerozun tedavisinde kullanılır.

26.C (Odom, *Andrew's Diseases of the Skin*, 9.baskı, 2000, s.146-171)

Yüzde geçici kızarıklık yapan nedenler: 1) İlaçlar: niasin, kalsiyum kanal blokörleri, siklosporin, kemoterapötik ajanlar, vankomisin, bromokriptin, intravenöz kontrast materyaller ve yüksek doz metilprednizolon, 2) Yiyeceklerle alınan maddeler (kapsaisin -kırmızı biber-, sodyum nitrat, sülfiter) ve alkol, 3) Karsinoid sendrom, 4) Mastositozis, 5) Feokromasitoma 6) Kadınlarda menopoza, erkeklerde klimakteryum. Ayrıca psöriasis eritemli skuamli bir hastalıktır. Halbuki, flushing'te skuam olmaz.

27.D (Carlos, *Principles and Practice of Radiation Oncology*, 3.baskı, 1998, s.739)

Malign melanom radyoterapiye dirençli bir tümördür, diğer şıklardaki tümörler ise radyoterapiye duyarlıdır.

28.D (Katz, *Radiology Secrets*, 1998, s.272)

29.D (Bilgel, *Temel Epidemiyoloji*, 1997, s.19)

KLİNİK TIP BİLİMLERİ CEVAPLARI

Sağlık sorunlarına toplumsal yaklaşımda da tanı olasılıklarının değerlendirilmesinde de prevalans hızı önemli bir kavramdır. Prevalans hızının bilinmesi hastalığın seçeneklerde sayılan özelliklerini ortaya çıkarabildiği gibi tersi de doğrudur. Prevalans hızı olgu iyileşme hızı arttığında doğal olarak hasta popülasyonunun azalması nedeniyle azalacaktır.

30.C (Tezcan, *Epidemiyoloji: Tıp Araştırmalarının Yöntem Bilimi*, 1992, s.81)

31.A (Talusán, *Malabsorption in Childhood, Pediatrics in Review*, 1996, s.135-42)

Kronik kolestazda safra ile bakır atılımı bozulduğundan organizmada bakır birikimi vardır. Bu nedenle ayrıca bakır verilmemelidir. Kronik kolestazda safra asitlerinin yetersizliğine bağlı olarak yağ emilimi bozulmuştur. Kolestaz durumlarında safra asitlerine gerek duymadan emilen orta zincirli yağ asitlerinin verilmesi, yağda eriyen vitaminlerin desteklenmesi özellikle çok önemlidir. Sitoprotektif etkisi olan çinko ise hepatositleri safra asitlerinin toksik etkilerinden korur.

32.A (Rudolph's *Pediatrics*, 20.baskı, 1996, s.1353)

Akut glomerülofritli hastalarda GFR'de azalmaya ve tuz ve su atılımı kapasitesinde azalma olur, bu da ekstrasellüler sıvı artışına yol açar. Ekstrasellüler sıvı artışı ödem, hipertansiyon, anemi, dolaşım konjesyonu ve ensefalopatiye sorumludur.

33.B (Avery's *Diseases of the Newborn*, 7.baskı, 1998, s.473)

Konjenital CMV enfeksiyonlarında beyin içerisinde subependimal ve periventriküler bölgede ağır kalsiyum depolanması içeren nekrotik alan ve glial artışı görülür. Konjenital CMV enfeksiyonlarında çekilen kafa grafisinde genellikle periventriküler kalsifikasyon görülür.

34.D (Behrman, *Nelson Textbook of Pediatrics*, 16.baskı, 2000, s.664)

Reversibilite testi, bronkodilatör sonrası solunum fonksiyon testi parametrelerinde artma olarak saptanan bulguları gösterir (Bronkodilatör sonrası PEF için %15, FEV 1 için %12 artış astma lehine anlamlıdır).

35.E (Behrman, *Nelson Textbook of Pediatrics*, 16.baskı, 2000, s.664)

Astımda havayollarında diffüz reversibl bir obstrüksiyon vardır. Oskültasyonda obstrüktif bulgular (sibilan ral, ekspiryum uzaması) ön plandadır.

36.B (Behrman, *Nelson Textbook of Pediatrics*, 16.baskı, 2000, s.184)

Hastanın kış ayında görülen bir bebek olması, perinatal anamnezde travma, asfiksi öyküsü gibi nedenlerin olmaması ilk planda daha sık görülen ve daha basit nedenlerin ekarte edilmesini gerektirir. Riket'e bağlı olarak küçük bebekler sıklıkla hipokalsemik konvülsiyon ile başvururlar.

37.B (Behrman, *Nelson Textbook of Pediatrics*, 17.baskı, s.524-526)

Harlequin renk değişikliğinde (palyaço bebek) verteks-simfizis pubis hattının tam ortasından geçen bir sınırla vücut ortadan ikiye ayrıldığında vücudun bir yarısı hiperemiye bağlı pembe, diğer yarısı ise soluk görülür. Özellikle prematüre bebeklerde santral vazomotor merkezlerin immatüresine bağlı olarak kısa süreli ve zararsız bir durumdur.

Amniyotik bantlar deri, ekstremiteler (amputasyon, sindaktili), yüz (yarıklar) veya gövdede (abdominal ya da toraks duvar deformiteleri) önemli sorunlara yol açabilir. Nedeni belli değildir, amniyotik membran rüptürü ya da fibröz band oluşumuna bağlı **vasküler yetmezlikle ilişkili olabilir**. Derinin aşırı frajilitesi ve eklemlerin hipermobilitesi kollajen sentezi bozukluklarını düşündürür.

Ebstein incileri sert damak üzerinde geçici epiteliyal hücre birikimi ile ortaya çıkar. Benzer benign retansiyon kistleri diş etleri üzerinde de ortaya çıkabilir ve doğumdan sonra birkaç haftada kendiliğinden geriler.

Mongol lekesi isminin aksine herhangi bir antropolojik anlamı olmayan hayatın ilk yıllarında kendiliğinden gerileyen ve tedavi gerektirmeyen bir geçici doğum lekesidir. Kalça, sırt ve nadiren vücudun diğer bölgelerinde iyi sınırlı mavi-mor renk değişikliği gözlenir. Siyah ve Asya'lı bebeklerin yarısından çoğunda gözlenirken beyaz ırkta daha az orandadır. Tedavi gerektirmez.

Toksik eritem yenidoğanların çoğunda yaşamın ilk 1-3 günü içinde ortaya çıkar. Eritematöz zeminde küçük beyaz bazen vezikülopüstüler papüllerdir. Eozinofil içeren döküntüler genellikle yüz, gövde ekstremitelerde bir hafta kadar sürebilir ve kendiliğinden iz bırakmadan kaybolur, tedavi gerektirmez.

38.D (Behrman, *Nelson Textbook of Pediatrics*, 17.baskı, s.592-595)

Normal koşullarda umbilikal korda serum bilirubin düzeyi 1-3 mg/dl'dir ve günde 5 mg/dl'den daha az artışlarla 2-3. günlerde sarılık görünür hale gelir, 2-4. günlerde pik yapar (5-6 mg/dl) ve 5-7. günlerde azalır. Fizyolojik sarılık olarak tanımlanan bu durum bilirubin

fetal eritrositlerin yıkımına bağlı artmış üretimi ve karaciğerdeki yetersiz konjugasyonuna bağlıdır. Sarılık genellikle yüzdenden başlar ve serum bilirubin düzeyi arttıkça batin ve ayaklara doğru yayılır. Serum bilirubin düzeyi yalnızca yüzü sarı görünen bir bebekte yaklaşık olarak 5 mg/dl, göbük dolaylarında 15 mg/dl ve ayaklara dek ise 20 mg/dl dolaylarındadır. Bu nedenle kasıklara dek sarılığın ilerlemesi sarılığın fizyolojik olmadığının açık bir bulgusudur. Diğer şıklardaki nedenler yenidoğanlarda hayatın ilk gününden itibaren sarılığa yol açabilecek patolojik sarılık nedenleridir.

39.B (Gomella, Neonatology. Lange Clinical Manual Management, Procedures, On-Call Problems, Diseases and Drugs, 4.baskı, 1999, s.393-398)

Diyabetik anne bebeklerinde, maternal hiperglisemi ve fetal pankreatik yanıt, fetusta hiperinsülinizme yol açar. Fetal hiperinsülinemi ve hiperglisemi karaciğere glikoz alınımını ve glikojen sentezini, lipogenez ve protein sentezini artırır. Pankreas beta hücrelerinde hiperplazi ve hipertrofi ile ilişkili olarak yenidoğanda hipoglisemi olur. Hiperglisemi görülmez.

40.A (Lifshitz, Pediatric Endocrinology, 4.baskı, 2003, s.366)

Çocuklarda ve adolosanlarda hipotiroidinin tedavisinde en güvenilir ve en yararlı ilaç L-tiroksindir.

41.C (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1718)

Psödohipoparatiroidide parathormona hedef hücre yanıtı yoktur. Serum kalsiyum düzeyi düşük veya normal olmasına rağmen, parathormon düzeyleri yüksektir.

42.D (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 17.baskı, 2004, s.2017)

Yanıtlarda a, b, şıklarında cilddeki döküntüler sütlü kahverenginde, e'de ise porto şarabı renginde (mor-kırmızı)'dır. Ayrıca X-linked mental retardasyonda da sadece mental retardasyon olup tarif edilen cilt bulgularına rastlanmamaktadır.

43.C (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 17.baskı, 2004, s.596)

Bilirubin beyinde seviyesi toksik seviyelere eriştiğinde ilk zedelenmesini 8. sinir üzerinde gösterir. Bu nedenle hastalar takiplerinde işitme açısından yakın takip edilmelidirler.

44.A (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 17.baskı, 2004, s.1565-69)

Önceden antimikrobiyal tedavi verilmemiş ise hastaların %90'dan fazlasında kan kültürü pozitifliği saptanır. **Tanıda en kıymetli esas bulgu kan kültürü pozitifliğidir.** İstisnai durumlar (kan kültürünün negatif olduğu haller): Daha önce antibiyotik uygulanmış olması, anaerobik enfeksiyonlar, mural (cidar) endokarditler, nonbakteriyel trombotik endokarditler.

45.A (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.2144)

Küçük çocuklarda sarkoidoz hastalığında makülopapüler eritem, üveit, artrit sıklıkla karşılaşılan bulguları oluşturur. Akciğer tutulumu yoktur veya son derece minimal düzeydedir.

46.C (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.1655-1658)

Ürik asit, ksantin, dihidroksi adenin taşları radyolüsent özelliktedir. Sistin taşları da kalsiyum konsantrasyonuna bağlı olarak opasite gösterirler. Sistin taşlarının radyoopasite gücü düşüktür. Abdominopelvik ultrasonografide ürik asit taşları ayırt edilebilir.

47.E (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.762-768)

Haemophilus influenzae tip b enfeksiyonlarının %90'dan fazlası 5 yaşın altındaki çocuklarda görülür. İnflüenza H. influenzae tip b enfeksiyonlarının %70-85'i ise 2 yaşın altında görülmektedir. Bu nedenle rifampin profilaksisi 2 yaşın altındaki çocuklara önerilmektedir.

48.C (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.1310-1335)

Trunkus arteriyozusda kalpten tek arteriyel damar (trunkus) çıkar, sistemik, pulmoner ve koroner dolaşım bu damardan sağlanır. Daima bir VSD bulunur. Duktusa bağımlı bir durum bulunmamaktadır.

Duktusa bağımlı hastalıklar ise şunlardır:

- Büyük damar transpozisyonu
- Hipoplastik sol kalp sendromu
- Triküspit atrezi
- VSD siz pulmoner atrezi
- Ebstein anomalisi

49.B (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, 1996, s.370-377)

Niemann-Pick hastalığı, otozomal resesif geçişli bir hastalık olup, sfingomyelinaz eksikliği vardır.

KLİNİK TIP BİLİMLERİ CEVAPLARI

Karaciğer, dalak, kemik iliği ve beyinde sfingomyelin ve kolesterol depolanması olur. Yenidoğan döneminde sarılık görülür. 3-4 aylık iken beslenememe, kilo alamama, gelişim basamaklarında gerilik görülür. **Fizik muayenede en dikkat çekici bulgu, hepatosplenomegalidir.** Kas gücü azalır, hipotoni gelişir. Duyma ve görme bozuklukları, körlük gelişebilir. %50 vakada göz dibi muayenesinde Japon bayrağı görünümü olabilir. Kemik iliğinde köpük hücrelerinin görülmesi, deri fibroblast kültürlerinde sfingomyelinaz enzim eksikliğinin gösterilmesi ile tanı konur.

50.B (Katki, Hepatitler)

Hepatit B enfeksiyonunda Polimyaljia romatika, artralji, eritema nodosum, miks kriyoglobülinemi, Gianotti krosti sendromu gibi ekstrahepatik bulgular eşlik edebilir.

51.D (Neyzi, Pediatri, 3.baskı, 2002, s.467-8)

Kronik granülomatöz hastalıkta nötrofil ve monositler bakterileri normal olarak fagosite eder, ancak öldüremez. Bu hastalarda stafilokok gibi katalaz pozitif bakteri enfeksiyonları ve mantar enfeksiyonları sık görülür. Kronik granülomatöz hastaların lökositlerinde anormal NADPH redüktaz vardır. Peroksid oluşumundaki yetersizlik nedeniyle katalaz pozitif bakteriler öldürülemez. Klinik bulguların ağırlık derecesi değişken olmakla birlikte hastalık, yaşamın ilk yıllarında tekrarlayan enfeksiyonlarla ortaya çıkar. Selülit siktir ve o bölgenin drene olduğu lenf bezlerinde süpürasyon görülür. Güç iyileşen, tekrarlayan boyun abseleri, el ve ayağın küçük parmaklarını tutan osteomyelit, akciğer ve karaciğer abseleri sık görülür. Tanı **nitroblue tetrazolium (NBT) testi** ile konur.

52.D (Dağoğlu, Neonatoloji, 1.baskı, 2000, s.465-7)

Hidrops fetalis fetus veya yenidoğanda yaygın deri altı ödemi, assit, plevral effüzyonlar ve polihidroamniyoz ile karakterize olan tablodur. Hidrops fetalise yol açan çeşitli immün ve nonimmün olaylar vardır. Gastrointestinal sistemde trakeoözofagial fistül, duodenal atrezi ve stenoz, jejunal atrezi, volvulus, mekonyum peritoniti, kloaka malformasyonu, akciğerlerde şilotoraks, diafragma hernisi, lenfatik displazi, kistik adenomatoid malformasyon, akciğer hipoplazisi, sekestrasyon, lenfanjektazi, merkezi sinir sisteminde Arnold-Chiari malformasyonu, ensefalosel, korpus kalozum agenezisi, myotonik distrofi, hemangiom, holoprozensefali sonucu gelişebilmektedir.

53.E (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, s.477-478)

Belirli düzeydeki indirekt bilirubin artışı bilirubin beyin dokusuna geçişine ve nörolojik hasara neden olabilir. Sulfisaksazol gibi ilaçlar bilirubin albümindeki bağlanma yerleri için yarışır. Bu nedenle bu ilaçlar bilirubin dokulara dislokasyonuna neden olabilir. Metabolik asidoz da bilirubin albumine bağlanmasını engeller. Sepsiste kan beyin bariyeri bozulur. Fenobarbital kullanımı ise yenidoğanlarda glikuronil transferazı indüklemek için kullanılır ve bilakis yenidoğan sarılığını azaltır.

54.D (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 17.baskı, 2004, s.508)

Prematürelde hipogliseminin nedeni yetersiz substrat alımı veya immatür enzim fonksiyonları ile ilgilidir.

55.A (Pizzo, Principles and Practice of Pediatric Oncology, 3.baskı, 1997, s.1069)

Nötropenik hastalarda bakteriyel sepsis gelişme riski yüksektir. Ayrıca bu hasta grubunda uzamış nötropeni sistemik mantar enfeksiyonlarına zemin hazırlayabilmektedir. Bu nedenle nötropenik ateş vakalarında ayrıntılı fizik muayene yapılarak enfeksiyon odağı araştırılmalı, idrar kültürü, periferik kan kültürü ve santral venöz kateteri olan vakalarda kateterden kan kültürü alınmalı, hemen geniş spektrumlu Pseudomonas türleri ve stafilokoklara etkili antibiyotikler kullanılmalıdır. Santral venöz kateteri ya da ventrikülo-peritoneal şantı olan vakalarda koagülaz-negatif stafilokok enfeksiyonu riski artmaktadır.

56.C (Pizzo, Principles and Practice of Pediatric Oncology, 3.baskı, 1997, s.1025)

Çocukluk çağında vena kava süperior sendromuna yol açan malign hastalıklar içinde en sık görülen Non-Hodgkin lenfomalardır. Daha az görülen malign hastalıklar Hodgkin hastalığı, nöroblastom ve sarkomlardır. Malign hastalıklardan daha az sıklıkla görülen infeksiyöz nedenler histoplazmoz ve tüberkülozudur. Çocuklarda en sık vena kava süperior sendromu nedeni konjenital kalp hastalıklarında uygulanan cerrahi girişimler, hidrocefali vakalarında şant takılması, venöz kateter takılması gibi girişimlere bağlı trombozlardır.

57.A (Murray, Vomiting, Pediatrics in Review, 1998, s.337-41)

Siklik kusma sendromu altta yatan organik bir neden olmaksızın ortaya çıkan tekrarlayıcı bulantı ve kusma dönemleri ile karakterize olan bir hastalıktır. Kusma dönemleri şiddetli sıvı-elektrolit kaybına neden

olabilir. Hastalığın ayırıcı tanısı organik nedenlerin ekarte edilmesine dayanır.

58.C (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 14.baskı, 1992, s.982)

İntestinal lenfakjektazi lenfatik sistemin konjenital bir defektidir ve ince bağırsakları yaygın olarak tutarak steatore, protein kaybettirici enteropati, ödem ve lenfopeniye neden olur. Genellikle dışkılama sayısında hafif artış ve ödem ana klinik belirtilerdir. Protein kaybettirici enteropati tanısı dışkıda alfa-1-antitripsin düzeylerinin tayin edilmesine dayanır. Protein kaybettirici enteropatinin diğer nedenleri arasında çölyak hastalığı, kistik fibrozis, allerjik enteropatiler, inflamatuvar bağırsak hastalıkları, vaskülitler, intestinal lenfoma, kalp yetmezliği, konstrüktif perikardit, skleroderma, intestinal tüberküloz, tripsinojen ve enterokinaz eksiklikleri ve bazı parazitler sayılabilir. Bu hastada sık dışkılama ve ödem gibi belirtilerin olması protein kaybettirici enteropati yönünden dışkıda alfa-1-antitripsin testinin öncelikle yapılmasını gerektirmektedir. D-ksiloz absorpsiyon testi ise proksimal intestinal mukoza lezyonlarında pozitif olur. Ancak yalancı negatif ve pozitif sonuçlar sık görülür.

59.C (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.2053)

60.A (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 15.baskı, s.1129-1133)

61.E (Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.1692)

Postoperatif 24. saatten önce bu komplikasyon görüldüğünden hipokalsemi olamaz. Tiroid krizinde hipertermi olması beklenir. Ameliyat lojunda biriken hematoma optimal şartlarda boşaltılması en uygun yoldur.

62.C (Engin, Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri, 2000, s.189)

Pankreatiko-duodenal yaralanmalarda tanı, çoğu kez beraberindeki yaralanmalar nedeniyle yapılan laparotomiler sırasında konur.

63.D (Şahinoğlu, Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri, 2003, s.195)

Yağ embolisi büyük bir travma veya ameliyat sonrası genelde 1-2 gün içerisinde görülür. Klasik olarak pulmoner, serebral ve cilt bulgularıyla kendini gösterir.

64.D (Özkan, Cerrahi Hastalarda Asit-Baz Dengesi Bozuklukları ve Tedavisi, 1996, s.33)

Baz fazlalığı, tam oksijene kanın 37°C ve 40 mmHg CO₂ basıncında kan pH'sını 40 yapmak için ilave edilmesi gereken asit veya baz miktarını gösterir. **Metabolik bozuklukların en önemli göstergesidir.**

65.C (Kodner, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.1320)

Ülseratif kolitin şiddet kriterleri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

	Hafif	Orta	Şiddetli
Günlük defekasyon sayısı	<4	4-6	>6
Kalp atım hızı (dk)	<90	90-100	>100
Hematokrit (%)	Normal	30-40	<30
Kilo kaybı (%)	Yok	1-10	>10
Isı (C°)	Normal	37.2-38.1	>38.1
Sedimantasyon (mm/saat)	Normal	20-30	>30
Albumin (g/litre)	Normal	30-35	<30

66.B (Kalaycı, Genel Cerrahi, 1.baskı, 2002, s.686)

Obturatuar fıtık inguinal bölge fıtığı değildir. Obturatuar foramene inen fıtık kesesinin obturatuar membrandaki defekten obturatuar kanala girmesiyle oluşur. Richter fıtığı, Fıtık kesesi içinde ince bağırsakların sadece antimezenterik duvarının sıkışması ve beslenmesinin bozulmasıdır. Littre fıtığı, fıtık kesesi içinde meckel divertikülünün bulunmasıdır. Pantolon fıtık, direk ve indirek fıtığının beraber bulunmasıdır. Femoral fıtık, fıtık kesesi femoral kanaldan çıkar ve kasık bölgesi fıtıklarındandır.

67.D (Kalaycı, Genel Cerrahi, 1.baskı, 2002, s.602)

Meme kanserlerinde gelişen antikanser ilaç ve radyoterapi kullanma yaygınlığının artması cerrahi uygulanan alanı azaltmıştır. Yalnız meme koruyucu cerrahi yapmak için bazı endikasyonlar gereklidir:

*Tümör boyutunun 3 cm'den küçük olması

*Evre 1-2'li meme Ca

*Sonrasında radyoterapi uygulanabilecek hastalar

*Tümörün multisentrik olmaması

*Memeye daha önce radyoterapi uygulanmamış olması

*Tümörün santral yerleşimli olmaması gerekir.

68.E (Ergün, Genel Cerrahi Tedavi (Current Surgical Therapy), 1.baskı, 2001, s.146)

Laparotomi yapılmış hastada safra yollarının değerlendirilme endikasyonları:

-Safra kesesi içinde taş olması ve sistik kanalın 3 mm büyük olması

-Koledoğun 1 cm'den geniş olması

-Geçirilmiş pankreatit öyküsü

KLİNİK TIP BİLİMLERİ CEVAPLARI

- Preoperatif bilirubin ve ALP yüksekliği
- Primer koledok taşının bulunması
- ERC/ES'nin yapılmasının mümkün olmaması

69.B (Couldwell, Principles of Surgery, 2.cilt, 7.baskı, 1999, s.1640-1642)

Primer hiperaldosteronizm reninden bağımsız olarak aşırı aldosteron salınımı, hipokalemi ve ödem olmaksızın hipertansiyon ile karakterize olan bir adrenal korteks hastalığıdır. Özellikle diastolik hipertansiyon belirgindir, orta dereceli ve devamlı bir kan basıncı yüksekliği söz konusudur. Olguların büyük çoğunluğunu adrenal korteks adenomu (aldosteronoma), %15-27'ni bilateral zona glomeruloza hiperplazisi (idiopatik hiperaldosteronizm) ve nadiren nodüler adrenal hiperplazi veya korteks karsinomu oluşturur. Kan potasyum düzeyindeki düşmeye (<3.9 mEq/l) bağlı olarak kas güçsüzlüğü, kas krampları, poliüri ve polidipsi gibi semptomlar ortaya çıkar.

70.B (Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.1670)

Graves hastalığı diffüz guatr ve tiroid hormon salgısının arttığı en sık rastlanan tirotoksikoz şeklidir. Toksik nodüler guatr, soliter veya multinodüler (Plummer hastalığı) olabilir. Toksik tiroid adenomunda da tiroid hormon sekresyonunu artışı söz konusudur. Jod Basedow fenomeni ise ilaç veya kontrastlı grafi çekilmesi için alınan iyot içerikli ajanın etkisiyle tiroid hormonun aşırı salınması sonucu ortaya çıkan bir tablodur. Subakut tiroiditte inflame olan tiroid dokusundan hormonların açığa çıkması sonucudur. Sekresyon artışı gibi bir durum söz konusu değildir.

71.Cevap C (Engin, Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri, 2000, s.132-144)

Nitrit oksit lökosit adezyonunu engellerken, diğerleri uyarıcı etki gösterirler.

72.B (Sabiston, Textbook of Surgery, 1991, s.778, 1394)

73.B (Sabiston, Textbook of Surgery, 14.baskı, 1991, s.948)

Kolon kanserinde bölgesel mezenterik lenf nodlarına en sık yayılım lenfatik yoldur. Bu yol cerrahi olarak çok önemlidir. Küratif cerrahi işlemde rezeksiyonun genişliğini belirler. Hematojenik yayılım portal dolaşım ile karaciğere doğrudur. Eğer tümör hücreleri bu etkili filtreden kaçarsa akciğer ve beyne yayılır. Rektal kanserde Batson pleksusu yoluyla omurgalara yayılım olabilir. Direkt yayılımda komşu organlar uzak metastaz olsun veya olmasın tutulurlar.

Eğer gerekirse bu komşu organlarla birlikte tümörler çıkartılmaya çalışılır. Tümör bağırsak serozasına kadar ilerlemişse periton yüzeyine lokal veya geniş olarak yayılırlar. Bunların sonucu rektovaginal pošta (Blumer rafı) göbeğin altındaki peritonda (Sister Joseph Nodülü) overlerde (orijinal olarak mide tümörlerinin overial metastazı olarak tarif edilen krukensberg tümörü) diye adlandırılan metatazistik tümör kitleleri oluşur. İntramural longitudinal olarak oluşan yayılımlarda tümörün distal kısmından mümkünse en aşağı beş santimetrelik kısmına rezeksiyon uygulanmalıdır.

74.B (Smith, Genel Üroloji, 14.baskı, 1999, s.245)

Ürogenital yolda tüberküloz enfeksiyonunun primer yerleşim bölgesi böbrek ve olasılıkla prostattır. Diğer ürogenital organların tümü asendan (prostattan mesaneye) veya desendan (böbrekten üretere veya mesaneye veya prostattan epididime ve epididimden de testise) yayılımla tutulur. Cevaplarda böbrek bulunmadığı için diğer primer olarak tutulan organ prostat doğru yanıtıdır.

75.B (Wyszynski, Genetics of Nonsyndromic Oral Clefts Revisited, 1996, s.406; Murray, Genes, Environment and Clefts, 1995, s.227)

Hamilelik öncesi 2 ay ve hamilelik başlangıcından sonraki 3 ay boyunca 0.4 mg/gün folik asid kullanan annelerin çocuklarında oral yarıklık gelişme riski %25-50 arasında azalmaktadır. Folik asidin etki mekanizması tam olarak anlaşılacak kadarıyla beraber, bu bulgu yarıkların bir kısmının engellenebilir olduğunu göstermektedir.

76.B (Çakmak, Ortopedi, 1998, s.102)

77.B (Greenberg, Handbook of Neurosurgery, 2001, s.125-126)

Beyin herniasyonları mutlaka bilinç kaybıyla birlikte olur.

Subfalksial herniasyonda aynı tarafta piramidal traktın gerilmesine bağlı kontralateral hemiparezi ve mesane kontrolü kaybı vardır.

Tentorial (uncus, temporal, hipokampal) herniasyon en sık herniasyondur. 3. KS basısıyla aynı tarafta pupil dilatasyonu olur. Kontrolateral hemiparezi gelişir ancak %25 hastada ipsilateral hemiparezi vardır (Kernohan notch fenomeni).

Tonsiller (posterior fossa: foramen magnum) herniasyonunda ana belirti solunum yetmezliğidir. En erken belirtiler ense sertliği, intermitan opustotonus, öğürme ve öksürük refleksi kaybıdır. Medüller bası sonucu Cushing triadı gelişir (hipertansiyon, bradikardi, apne).

78.D (Akyıldız, Kulak Hastalıkları ve Mikrocerrahisi, s.447-458)

Bu bulgular otosklerozda görülür. Presbiakuzi ve akustik nörinom sensörinöral tip işitme kaybı yapar. Otosklerozda odyogramda 2000 Hz'de kemik yolu çentiği tipiktir (Carhart çentiği). Seröz otitis media iletim tipi bozukluk yapar fakat zar görünümü normal değildir.

79.E (Cummings, Otolaryngolog Head & Neck Surgery, 3.baskı, 1998, s.461-4)

Orta kulak mukozal yapısı çocukta ve erişkinde farklılık göstermez. Yukarıda sayılan diğer nedenler akut otitis medianın çocuklarda sık görülmesi ile ilişkilidir.

80.E (Shields, Genel Thoracic Surgery, 5.baskı, 2000, s.1129-50; Pearson, Thoracic Surgery, 2.baskı, 2002, s.753-62)

Hamartom akciğerde en sık görülen benign neoplastik tümördür. Çoğunlukla başka bir gerekçeyle çekilen akciğer grafilerinde soliter pulmoner nodül olarak karşımıza çıkar. Soliter pulmoner nodüllerin %80'inden fazlası malign karakterde olduğundan, malignite riski altındaki bir hastada histolojik tanı konulamamış bir soliter pulmoner nodül cerrahi olarak eksize edilmeli (uygun vakalarda video yardımcı torakoskopik cerrahi ile) ve ameliyat esnasında yapılacak frozen section incelemesi ile malign/benign tümör ayırıcı tanısına gidilmelidir. Soliter pulmoner nodülün malign karakterde primer bir tümör olduğu anlaşılırsa genellikle kitlenin rezeksiyonu yeterli olmadığından lobektomi gibi bir anatomik rezeksiyon gerekecektir. Ancak rezekte edilen tümörün hamartom gibi benign karakterde bir tümör olduğu anlaşılırsa çoğunlukla ek bir rezeksiyona gerek kalmaz. Ameliyat sonrası hasta rutin poliklinik takibine alınır.

81.B (Eren, Aort Cerrahisi, 2003, s.84)

Diseksiyonun retrograd ilerleyerek aort kapak anülüsüne ulaşması aort kapağında akut yetersizliğe neden olur. Diseksiyon perikarda açılabilir. Yalancı lümen karotis, renal arter, visseral arter ağızlarını daraltarak veya tıkayarak ilgili organların perfüzyonunu bozar ve iskemi semptomlarını ortaya çıkarır.

82.D (Hallet, Handbook of Patient Care in Vascular Surgery, 3.baskı, 1995, s.19)

Tek taraflı geçici görme kaybı (**amorozis fugaks**) ipsilateral karotis arter hastalığında retinal arterin

kolesterol parçacıkları ile embolize olmasına bağlı olarak ortaya çıkabilir. Retinal arterdeki kolesterol kristalleri muayenede parlak refle veren noktalar olarak görülürler.

83.C (Tachjian, Pediatric Orthopedics, 2.cilt, s.1020)

84.A (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 1992, s.992)

Rektal polipi olan çocuklar genellikle dört yaşında semptomatik hale gelirler. **Çocuklarda en sık karşılaşılan bağırsak tümörü juvenil poliptir ve bunların çoğu tektir.** Diğer polip türleri hem nadirdir hem de başka sendromlar ile birlikte görülürler.

85.D (Barash, Klinik Anestezi El Kitabı, 1999, s.178-179; Kayhan, Klinik Anestezi, 2.baskı, 1997, s.456)

86.E (Yüksel, Obstetrik ve Jinekolojide Sonografi, s.178) Abseler neonatal sepsis ve listeriyozisde preterm travayla ilişkilidir.

87.C (DeCherney, Current Obstetric & Gynecology Diagnosis & Treatment, 2003, s.456)

Gebelikte akut pankreatite bağlı mortalite artar çünkü tanıda gecikir.

88.Cevap A (Daniel, Comprehensive Gynecology, 3.baskı, 1997, s.948-949)

89.Cevap A (Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 6.baskı, 1999, s.404)

Pubertenin telarş, pubarş gibi belirtilerinin varlığı, fonksiyon gören over varlığı lehinedir. Gonadal disgeneziste gonadlar afonksiyoneldir.

90.E (Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility 6.baskı, 1999, s.867-945)

Vajinal pH üzerine etki, hormonal kontraseptiflerin etki mekanizmaları arasında yer almaz. Diğer seçeneklerde belirtilenler hormonal kontraseptiflerin etki mekanizmaları arasında yer alır.

91.C (Gordon, Handbook for Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 2002, s.479)

Kadın yılı için dış gebelik oranları; kontraseptif kullanmayanlarda 3, bakır T 380 rahim içi araç için 0.2, **progesteron rahim içi araç için 6.8**, levonorgestrel rahim içi araç için 0.2 ve norplant için 0.28'dir.

KLİNİK TIP BİLİMLERİ CEVAPLARI

92.E (Smith JL. A review of Hepatitis E virus. *Journal of Food Protection* 2001; 64:572-586; Kumar MR, Uduman S, Rana S, Kochiyil JK, Usmani A, Thomas L. Sero-prevalance and mother-to-infant transmission of hepatitis E virus among pregnant women in the United Arab Emirates. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 100:9-15)

Gebeliğin son trimestirinde geçirilen akut HEV enfeksiyonunu mortalitesinin %20'ye ulaşabildiği söylenmektedir.

Hepatit E Virüs (HEV) enfeksiyonu fekal-oral yolla bulaşan bir RNA virüsüdür. Genellikle gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerde endemik (ortalama %15) iken, gelişmiş ülkelerde nadir (%0-3) görülmektedir. Enfeksiyonun endemik olduğu ülkelerde 15-40 yaş grubundaki akut viral hepatitlerin %50'sinden HEV sorumludur. Normal toplumda akut enfeksiyonu geçiren bireylerde mortalite %0.5 ile 3 arasında iken, özellikle 3. trimesterdeki gebelerde bu oran %20 civarına ulaşmaktadır.

93.D (De Cherney, *Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment*, 8.baskı, 1994, s.488-489)

Romatoid artrit gebelik üzerine bir etkisi yoktur. Sadece tedavi için verilen antiprostoglandinler gebelik süresini uzatabilir. Skleroderma üreme çağındaki kadınlarda nadir rastlanır. Dermatomyozitisin gebelik seyrini değiştiren etkisi yoktur. SLE; en sık görülen otoimmün kollajen hastalıktır. Bu hastalıkta Preeklampsi preterm doğum intrauterin gelişme geriliği fetal kayıp hızı oldukça yüksektir.

94.E (De Cherney, *Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment*, 8.baskı, 1994, s.1016-1017)

Overlerin leyding hücreli tümörleri, sertoli leyding hücreli tümörleri, teka lutein kistleri ile cushing hastalığı ve konjenital adrenal hiperplazi hirsutizme yol açabilir. Ancak 20 yaş popülasyonun da hirsutizmin en sık nedeni polikistik over hastalığıdır.

95.E (Jonathan, *Novak's Gynecology*, 12.baskı, 1996, s.1077)

Endometrium karsinomunda K-ras onkogeninde ve HER-2 / neu onkogenlerinde aşırı ekspresyona metastatik hastalığı olan kadınlarda daha sık rastlanmakta ve aşırı ekspresyon varlığında progresyonsuz sağ kalım oranları azalmaktadır. Tümör supresör gen p53'de değişiklik meydana gelmesi papiller seröz tip, ileri evre ve kötü prognoz ile bağlantılı bulunmuştur.

Endometrial karsinomda prognostik değişkenler

Yaş	Lenf nodu metastazi
Histolojik tip	Intraperitoneal tümör

Myometriyal invazyon	Tümör büyüklüğü
Lenfo-vasküler alan invazyonu	Periton sitolojisi
İstmus-serviks yayılımı	Hormon reseptör yapısı
Adneksiyal tutulum	DNA ploidi/proliferatif index
Histolojik grade	Onkogen çokluğu/Ekspresyon

96.D (De Cherney, *Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment*, 2003, s.350)

Tiazid grubu diüretiklerin gebelerdeki hipertansiyonun tedavisinde kullanımı tartışmalıdır. Diüretik olan gebe kadınlardaki plazma volümünün diüretik almayan kontrol grubuna göre belirgin olarak azaldığı, plasental perfüzyonun bozulduğu ve bunun da fetusun büyümesinde olumsuz etki ettiği görülmüştür. Bu grup antihipertansifler yenidoğanda trombositopeni, hiperglisemi, hiponatremi ve hiperürisemi gibi yan etkilere sahiptirler. Bu nedenle kronik hipertansif gebelerde kullanımı pek çok yazar tarafından önerilmez. Eğer hipertansif gebe bu ilaçlardan herhangi birini kullanıyorsa ilk vizitte kesilmesi önerilir.

Loop diüretiklerin gebelikte kısa süreli kullanımına ait özel endikasyonlar; pulmoner ödem, kalp yetmezliği, renal yetmezlik ve aşırı sıvı retansiyonu olan durumlardır.

97.C (Lambrou, *The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics*, 2001, s.63)

IUGR (İntrauterin growth restriction) tanımlanmasında en sık kullanılan ifade, doğum ağırlığının %10 persentilin altında olmasıdır. IUGR insidansı, araştırılan popülasyonun özelliğine göre değişmekte olup, gelişmiş ülkelerde %4-8 ve gelişmekte olan ülkelerde %6-30 arasında bildirilmektedir. IUGR simetrik ve asimetrik olarak sınıflandırılır.

Simetrik IUGR, asimetrik forma göre daha önce başlamakta olup, tüm vücut organları, birbiri ile uyumlu olarak küçük kalmaktadır. Simetrik IUGR ile birliktelik gösteren durumlar; kromozomal anomaliler, anatomik (özellikle kardiyak) malformasyonlar, rubella, sitomegalovirus veya toksoplazma gibi konjenital enfeksiyonlar, ciddi kronik maternal beslenme bozukluğu ve sigara içimidir.

Asimetrik IUGR, geç başlamakta ve bazı vücut organları diğerlerine göre daha fazla etkilenmektedir. Kafa büyüklüğü en son etkilenen parametre olup, eğer etkilenmişse tüm diğer parametrelerde de etkilenim olmuştur. Asimetrik IUGR gebelikteki çeşitli hipertansif komplikasyonlar veya ileri evre diabetes mellitus gibi sebeplerle uteroplasental perfüzyonunun etkilenmesi sonucudur.

98.B (Jonathan, *Novak's Gynecology*, 12.baskı, 1996, s.1269)

TEMEL TIP BİLİMLERİ SORULARI

Genellikle kabul edilen molar gebelik sonrası veya trofoblastik hastalıkların diğer şekillerin tedavisinden sonra bir yıl gebe kalınmamasıdır. Molar gebelik sonrası rahim içi aracın kontraseptif yöntem olarak kullanılması tavsiye edilmemektedir. Bunun iki nedeni vardır. Birincisi invazif lezyon olan subinvolüsyon halindeki uterusu perforasyona neden olabilmesi, ikincisi ise rahim içi araca bağlı gelişebilecek anormal kanamanın trofoblastik sekelin gelişmesi ile karışabilmesidir.

99.C (*Jonathan, Novak's Gynecology, 12.baskı*)

Aktinomyces intrauterine araç kullanan kadınlarda %15 oranında rastlanmaktadır. Özellikle abse unilateral ise aktinomiçes olması ihtimali artar. Mikroskopta sülfür granülleri, monosit infiltrasyonu ve dev hücreler görülür. İntrauterin araç kullanmayan kadınlarda çok nadiren aktinomiçes bulunur.

100.A (*DeCherney, Current Obstetrics & Gynecologic Diagnosis & Treatment, 2003, s.907*)

Servikal kanserler, vajinal kanserler ve vulvar kanserler klinik olarak evrenirler.

PEDİATRİ

1. Aşağıdakilerden hangisi Akut Romatizmal Ateşin tanısında yanlıştır?

- Akut Romatizmal Ateşin klinik bulguları olan hastada geçirilmiş A grubu Beta Hemolitik streptokok enfeksiyonu kanıtının gösterilmesi gerekir.
- Poliartrit ve kardit akut tanı için yeterlidir.
- Kore, akut dönemde görülmeyen bulgudur.
- Poliartrit en fazla tedavisiz 5 hafta sürer.
- Anti streptolizin O titresinin yükselmesi tanıyı kesinleştirir.

AÇIKLAMA:

- Akut Romatizmal Ateş Tanısı için hastanın A grubu Beta Hemolitik streptokok enfeksiyonunu geçirmesi mutlaka gereklidir.
- Poliartrit ve kardit major Jones kriterlerindedir.
- Kore akut dönem dışında ortaya çıkar
- Poliartrit tedavisiz en fazla 5 hafta sürer.
- Anti streptolizin O titresinin yükselmesi A grubu Beta Hemolitik streptokok enfeksiyonunun kanıtıdır. Akut Romatizmal Ateşin tanısında klinik bulgular gereklidir.

Cevap E (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, s. 806-7)

2. Folik asit eksikliği anemisinin tanı kriterleri içinde aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- Makrositer hipokrom aneminin yanısıra trombositoz vardır.
- Makrositer hiperkrom aneminin yanında nötrofili vardır.
- Mikrositer hiperkrom aneminin yanında retikülositoz vardır.
- Makrositer hiperkrom anemi ile retikülositoz vardır.
- Makrositer anemi ile birlikte retikülositler azalmış, nötropeni ve trombositopeni vardır.

AÇIKLAMA: Folik asit, eritrositer ve myelositer serinin olgunlaşması ve yapımı için mutlaka alınması gereken prekürsör bir maddedir ve folik asit eksik alındığı takdirde megaloblastik değişikliklerin yanısıra kemik iliğinde tüm ana hücrelerden eritrositlere, nötrofillere ve trombositlere kadar olan değişim olamamakta; bu nedenle makrositer anemi, retikülositopeni, nötropeni ve trombositopeni gelişmektedir.

Cevap E (Behrman, Textbook of Pediatrics 16. Baskı, WB 2000, s 1467)

3. Aşağıdakilerden hangisi nöroblastoma için iyi prognoz kriteridir?

- İdrarda vanil asetik asit varlığı
- İdrarda sistasyon düzeylerinin yüksekliği
- Evre IVS
- VMA/HVA oranının düşüklüğü
- Büyük yaşlarda tümör varlığı

AÇIKLAMA: Nöroblastoma için iyi prognoz kriterleri:

- 1 yaş altı
- Kız hasta olması
- İyi diferansiye olmuş tip
- Evre IVS olması

Cevap C (Behrman, Textbook of Pediatrics 16. Baskı, WB 2000, s1552-3.)

4. Nöroblastom için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Çocukluk çağında en sık görülen ekstrakraniyal solid tümördür.
- Nöral krest postgangliyonik sempatik hücrelerden kökenlidirler.
- Bir yaşından küçük tüm vakalarda prognoz iyidir.
- Vakaların %65'i abdominal yerleşim gösterir. Bu tümörlerin yarısı surrenal bölgeden kökenlidir.
- Nöron spesifik enolaz tanı ve izlemde en önemli tümör belirleyicisidir.

AÇIKLAMA: MYCN amplifikasyonu olması kötü prognoz kriterlerindedir. Genellikle bir yaş altındaki vakalarda erken evre hastalık görülmektedir. Bir yaşından küçük, ancak MYCN amplifikasyonu olan vakalarda prognoz kötüdür.

Cevap C (Brodeur, Principles and Practice of Pediatric Oncology, Lippincott-Raven Publishers, 1997, s.761)

5. Çocukluk çağında en sık görülen malign testis tümörü aşağıdakilerden hangisidir?

- Teratom
- Endodermal sinüs tümörü
- Rabdomiyosarkom
- Lösemi
- Hodgkin dışı lenfoma

AÇIKLAMA: Germ hücreli tümörler, primordiyal germ hücrelerinin benign ya da malign tümörleridir. Vakaların 2/3'ünde gonad dışı yerleşim görülür. **Bir yaşından küçük vakalarda en sık gonad dışı yerleşim sakrokoksigal bölgede görülür.** Alfafetoprotein endodermal sinüs tümörü tedavi ve izleminde kullanılan tümör belirleyicisidir. İnmemiş testiste ve disgenetik gonadlarda germ hücreli tümör gelişme riski artmıştır.

Cevap B (*Castleberry, Germ Cell Tumors. Principles and Practice of Pediatric Oncology, 3. baskı, Lippincott-Daven Publishers, 1997, s.921*)

6. Çocukluk çağında tümör lizis sendromu gelişme riski en yüksek olan tümör aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Beyin tümörleri
- b) Endodermal sinüs tümörü
- c) Rabdomiyosarkom
- d) Burkitt lenfoma
- e) Osteosarkom

AÇIKLAMA: Tümör lizis sendromunun tanı koydurucu üç bulgusu hiperürisemi, hiperpotasemi ve hiperfosfatemidir. Bu metabolik komplikasyon, özellikle Burkitt lenfoma ve T-hücreli lösemi/lenfoma gibi, büyük tümör yükünün hızla yıkılması sonucu gelişmektedir. Bu vakalarda ikincil böbrek yetmezliği ve semptomatik hipokalsemi gelişebilmektedir. Tümör lizis sendromu az sayıda vakada tedaviye başlamadan görülebilir. Ancak sıklıkla kemoterapiye başladıktan sonra ilk 24 saat içinde gelişir ve 4-5 gün sürebilir. Bu sendrom hiperkalemi ya da hipokalsemi sonucu ölümcül olabilir. Allopürinol, alkalinizasyon ve günlük gereksinimin 2-4 katı olacak şekilde yoğun hidrasyon ile bu sendromun bulguları hafifletilebilir ya da önlenir.

Cevap D (*Lange, Oncologic Emergencies, Principles and Practice of Pediatric Oncology, 3. baskı, 1997, s. 1025*)

7. Astım bronşiale tanısıyla izlenen 13 yaşında kız hastanın, son 2 aydır öksürük ve hırıltılı solunum yakınması izlenmektedir. Hastanın aynı zamanda sık burun tıkanıklığı, gece öksürüğü ve baş ağrısı yakınması vardır. Bu süre içinde aldığı anti-astmatik tedavide ve çevresel ortamda bir değişiklik olmamasına rağmen bu yakınmalarının nedeni ne olabilir?

- a) Gastroözofageal reflü
- b) Maksiller sinüzit
- c) Vokal kord disfonksiyonu
- d) Pubertal stres

e) Atipik etkenlerle oluşabilen alt solunum yolu enfeksiyonu

AÇIKLAMA: Astım bronşiale tanısıyla izlenen çocuklarda klinik stabilite devam ederken eğer semptomlarda artış gözlenirse buna neden olan çevresel irritan faktörlerde artış (sigara dumanı, kirli hava...), tedavide aksama veya tedavide kullanılan ilaçlara ait kullanım tekniği problemi aranmalıdır. Ancak bu hastada bu olası faktörlere ait bir risk yoktur. Bu nedenle astım bulgularını alevlendirecek başka bir neden aranmalıdır. **Burun tıkanıklığı, gece öksürüğü ve baş ağrısı yakınmasının olması bu duruma en sık yol açan maksiller sinüziti akla getirmektedir.** Bu tür olgularda sinüzitin tedavisi semptom alevlenmelerinin azalmasıyla birlikte hastanın anti-astmatik ilaç kullanım miktarını azaltmaktadır.

Cevap B (*Pediatric Respiratory Disease. Hilman BC, s.621-627*)

8. Yirmibeş yaşındaki sağlıklı bir annenin ikinci gebeliğinden doğan term bir bebekte 1. gün tüm vücutta peteşiyel döküntüler gözlenmektedir. Diğer sistem bakıları normal olarak değerlendiriliyor. Yapılan hemogramda trombosit sayısı 5000/mm³, lökosit sayısı 20000/mm³, Hb 18 mg/dl saptanıyor. Annenin hemogramı ise normal bulunuyor. Öyküden birinci gebeliğin intrakraniyal kanama nedeni ile kaybedilmiş olduğu öğreniliyor. En olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Otoimmüntrombositopeni
- b) Sepsis
- c) DIC
- d) İzimmüntrombositopeni
- e) İntrauterin enfeksiyon

Cevap A (*Avery, Neonatology, Pathophysiology and Management of the Newborn, 1994, 952-99.*)

9. Çocukluk çağında virilizasyona neden olan çocukluk çağı malign tümörü aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Adrenokortikal karsinom
- b) Rabdomiyosarkom
- c) Hodgkin Hastalığı
- d) Germ hücreli tümör
- e) Non-Hodgkin lenfoma

AÇIKLAMA: Virilizasyona neden olan tümörlerin büyük bölümü çok miktarda bir 17-ketosteroid olan dehidroepiandrosteron (DHEA) üretirler. Testosteron üreten tümörler de virilizasyona neden olurlar. Bu tümörlerin büyük bölümü benign adrenal tümörlerdir.

Bu tümörler nadiren malign olabilirler. Nadiren primer karaciğer tümörleri olan erkeklerde tümörün ürettiği androjenler nedeniyle virilizasyon gelişebilir.

Cevap A (*Stratakis, Principles and Practice of Pediatric Oncology, 3. baskı, 1997, s.947*)

10.Çocukluk çağı tümörleri içinde hemihipertrofi ile ilişkili olan malign tümör aşağıdakilerden hangisidir?

- Medulloblastom
- Rabdomiyosarkom
- Non-hodgkin lenfoma
- Germ hücreli tümör
- Wilms tümörü

AÇIKLAMA: Hemihipertrofi ile ilişkili malign hastalıklar Wilms tümörü, hepatoblastom ve adrenal kortikal karsinomdur. Beckwith-Wiedemann Sendro-mu'nun bir parçası olarak ya da izole olarak hemihipertrofi ile ilişkilidir. Wilms tümörü olan hastaların %1-3'ünde hemihipertrofi bulunmaktadır.

Cevap E (*Green, Principles and Practice of Pediatric Oncology, 3. baskı, Lippincott-Raven Publisher, 1997, s. 733*)

11.Aşağıdakilerden hangisinde akut miyeloblastik lösemi görülme riski artmamıştır?

- Down sendromu
- Glukojen depo hastalığı
- Fankoni sendromu
- Ataksi-telanjiyektazi
- Bloom sendromu

AÇIKLAMA: AML görülme sıklığı Down sendromu, Fankoni anemisi, Bloom sendromu, Kostmann sendromu, Diamond-Blackfan anemisi, iyonizon radyasyon, miyelodisplastik sendrom, aplastik anemi, benzene maruz kalma, alkilleyici ilaçların kullanılmasıyla artmaktadır.

Cevap B (*Golub, Acute Myelogenous Leukemia, Principles and Practice of Pediatric Oncology, 1997, s.463*)

12.Aşağıdakilerden hangisinde alfa-fetoprotein tedavi ve izlemde kullanılan en önemli tümör belirleyicisidir?

- Osteosarkom
- Wilms tümörü
- Hepatoblastom
- Nöroblastom
- Medulloblastom

AÇIKLAMA: Artmış alfa-fetoprotein düzeyleri overin endodermal sinüs tümörü, testiküler yolk-sak karsinomu gibi germ hücreli tümörler ve

hepatoblastom ile ilişkilidir. Normal olarak alfa-fetoprotein düzeyleri en sık olarak malign olmayan karaciğer hastalıklarında saptanır. Tümörün cerrahi olarak çıkarılmasından sonra alfa-fetoprotein düzeyi 5-7 hafta yüksek kalır. Ancak bu durum daha uzun sürerse rezidüel hastalığı düşündürür.

Cevap C (*Greenberg, Principles and Practice of Pediatric Oncology, 1997,s. 717*)

13.Aşağıdaki çocukluk çağı tümörlerinden hangisinde kemik iliği tutulumu görülebilir?

- Osteosarkom
- Wilms tümörü
- Hepatoblastom
- Nöroblastom
- Astrositom

AÇIKLAMA: Lösemi dışında kemik iliği tutulumu görülebilen çocukluk çağı malign tümörleri nöroblastoma, rabdomiyosarkoma, retinoblastoma ve non-Hodgkin lenfoma'dır.

Cevap D (*Brodeur, Principles and Practice of Pediatric Oncology, 1997, s.761*)

14.Aşağıdakilerden hangisi şokun klinik bulgularından değildir?

- Periferik nabız kaybı
- Bilinç kaybı
- Kapiller dönüş zamanının azalması
- Taşikardi
- Ayak parmağı ve gövde arasındaki ısı farkının artması

AÇIKLAMA: Şoktaki hastada dolaşım bozulduğundan kapiller dönüş zamanı uzamıştır.

Cevap C (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 2000, 263*)

15.Aşağıdakilerden hangisi Giardiyazisin tanısında altın standarttır?

- Gaita incelemesinde trofozoid görülmesi
- Giardia antijeninin kanda saptanması
- Duodenal aspirasyon sıvısında giardia görülmesi
- Gaita incelemesinde kistlerin varlığı
- Duodenal biyopsi materyalinde giardianın saptanması

AÇIKLAMA: Giardiyazisin tanısında duodenal biyopsi materyalinde giardianın saptanması kesin tanı kriteridir.

Cevap E (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 2000, 970*)

16. Aşağıdakilerden hangisi vitamin K eksikliğinde beklenen bir laboratuvar bulgusu değildir?

- a) PT'nin uzaması
- b) PTT'nin uzaması
- c) Kanama zamanının uzaması
- d) Trombosit agregasyon testlerinin normal olması
- e) Faktör 8 seviyesinin normal olması

AÇIKLAMA: Vitamin K eksikliğinde PT ve PTT uzar, kanama zamanı normal olarak bulunur.

Cevap C (*Lissauer, Pediatrics, 1997*)

17. Aşağıdakilerden hangisi Kleinfelter Sendromu'nda beklenen klinik bir özellik değildir?

- a) Hipogonadizm
- b) İnfertilite
- c) Puberte prekoks
- d) Jinekomasti
- e) Uzun boy

AÇIKLAMA: Kleinfelter sendromunda hipogonadizm, infertilite, uzun boy ve ekstremitelerde, jinekomasti, gecikmiş puberte görülür.

Cevap C (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatric, 2000, 1630*)

18. Wilms tümörünün en sık hangi klinik bulguyla karşımıza çıkar?

- a) Hematüri
- b) Hipertansiyon
- c) Karında kitle
- d) Cilt altı nodülleri
- e) Kemik ağrısı

AÇIKLAMA: Wilms tümörü çocukluk çağıının en sık görülen renal neoplazmlarındandır. En sık asemptomatik karında kitle olarak karşımıza çıkar.

Cevap C (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 2000, 1464*)

19. Aşağıdakilerden hangisi sık aralıklarla kan transfüzyonu yapılan hastada karşılaşılabilecek bir komplikasyon değildir?

- a) Kardiyomiyopati
- b) Hiperpigmentasyon
- c) Hemofili A
- d) Siroz
- e) Diabetes Mellitus

AÇIKLAMA: Sık kan transfüzyonu yapılan hastalarda demir birikimine bağlı olarak kardiyomiyopati, ciltte pigmentasyon, siroz ve diabetes mellitus gibi komplikasyonlar görülebilir.

Cevap C (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 2000, 1420*)

20. Aşağıdakilerden hangi ilaç Glukoz-6 fosfat dehidrogenaz (G-6PD) eksikliğinde hemoliz yapmaz?

- a) Sulbaktam ampisilin
- b) Nalidiksik asit
- c) Nitrofurantoin
- d) Primakin
- e) Dapson

AÇIKLAMA: Glukoz-6 fosfat dehidrogenaz (G-6PD) eksikliğinde hemoliz yapan ilaçlar: Nitrofurantoin, nalidiksik asit, kloramfenikol, antimalarial ilaçlar, vitamin K analogları ve benzen, naftalin gibi kimyasallardır.

Cevap A (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 2000, 1406*)

21. Aşağıdaki hastalıkların hangisine eritema nodosum eşlik etmez?

- a) Tüberküloz
- b) A grubu beta hemolitik streptokok
- c) İnflamatuvar bağırsak hastalığı
- d) Sarkoidoz
- e) Kawasaki hastalığı

AÇIKLAMA: Eritema nodosum Sarkoidoz, tüberküloz, Ebshtein Barr enfeksiyonu, tularemi, histoplazmozis, İnflamatuvar bağırsak hastalığı, A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonlarında görülebilen, genellikle 1-3 cm çapında ağrılı cilt altı nodülleridir.

Cevap E (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 2000, 685*)

22. Aşağıdakilerden hangi laboratuvar bulgusu fulminan hepatitin geliştiğini gösteren bir bulgu değildir?

- a) Transaminazlarda artış
- b) Karaciğer boyutlarında küçülme
- c) Bilirubin seviyesinde azalma
- d) Protrombin zamanında uzama
- e) Ensefalopati gelişmesi

AÇIKLAMA: Fulminan hepatit gelişimi sırasında karaciğer yetmezliğine bağlı olarak transaminazlarda azalma olur.

Cevap A (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 2000, 685*)

23. Aşağıdakilerden hangisi hepatit B ile birlikte görülebilen ekstrahepatik bir immun kompleks hastalığıdır?

- a) Polimyaljia romatika
- b) Miks kriyoglobülinemi
- c) Eritema nodosum
- d) Guillain-Barre sendromu
- e) Osler nodülleri

AÇIKLAMA: Hepatit B enfeksiyonuna Miks kriyoglobülinemi gibi immünkompleks hastalıklar eşlik edebilir.

Cevap B (Katki, Hepatitler)

24. Aşağıdaki ilaçlardan hangisi hipertansif krizde kullanılmaz?

- a) Na-nitroprussid
- b) Furosemid
- c) Diazoksid
- d) Hidralazin
- e) Nifedipin

AÇIKLAMA: Hipertansif krizde öncelikle Na-nitroprussid, diazoksid, hidralazin, nifedipin kullanılır.

Cevap B (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 2000, 1372)

25. Dokuz yaşındaki erkek hasta, geceleri olan alt ekstremite ağrısı ve görmeye azalma şikayetleriyle hastaneye getiriliyor. Hastanın fizik muayenesinde gözde korneal opasite, abdomenin alt kısmında, kalçasında, penisinde ve skrotumunda küçük, koyu kırmızı renkte, keratinize deri lezyonları saptanıyor. Laboratuvar incelemesinde serum üre ve kreatininde yükselme ve idrarda proteinürisi saptanan hastada aşağıdakilerden hangisi düşünülmelidir?

- a) Tay-Sachs hastalığı
- b) Gaucher hastalığı
- c) Fabry hastalığı
- d) Niemann-Pick hastalığı
- e) Farber hastalığı

AÇIKLAMA: Bkz. bir sonraki sorunun açıklaması.

Cevap C (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 2000, 402)

26. Bu hastada aşağıdaki hangi enzimin eksiliği söz konusudur?

- a) Arilsülfataz A
- b) Sfingomyelinaz
- c) α -galaktozidaz A
- d) β -glukozidaz
- e) β -galaktozidaz

AÇIKLAMA: Fabry hastalığı glikosfingolipid metabolizmasının konjenital bir bozukluğudur. Telenjektazik deri lezyonları, hipohidrozis, korneal ve

lentiküler opasiteler, akroparestezi ve böbrek, kalp, beyini veya bu organların kombinasyonunu tutan vasküler bir hastalıktır. X-resessif geçiş gösterir. α -galaktozidaz A eksikliği olup, bu lizozomal enzim Xq 22 lokalize gen tarafından kodlanır. Bu enzim eksikliği nötral glikosfingolipidlerin sistemik birikimine neden olur. Primer olarak globotrioolosylseramid birikimi olup özellikle plazma, vasküler endotelial lizozomlar ve düz kas hücrelerinde birikim olur.

Cevap C (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 2000, 402)

27. Aşağıdakilerden hangisi sağ kalp yetmezliği nedenlerinden değildir?

- a) Kronik akciğer hastalıkları
- b) Mitral kapak hastalıkları
- c) Fallot tetralojisi
- d) Sistemik hipertansiyon
- e) Pulmoner arteriyel hipertansiyon

AÇIKLAMA: Sistemik hipertansiyon sol ventrikül hipertrofisi ile sonuçlanır. Sağ ventrikül hipertrofisi sıklıkla pulmoner hipertansiyon (kronik akciğer hastalıkları), artmış sol atrium basıncı (mitral kapak hastalıkları) veya konjenital kalp hastalıkları (Fallot tetralojisi) sonucu gelişir.

Cevap D (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 2000, 1440-5)

28. Aşağıdakilerden hangisi Kwashiorkor tipi malnutrisyonun özelliklerinden değildir?

- a) Yaygın ödem
- b) Azalmış cilt altı yağ dokusu
- c) Kaslarda zayıflık
- d) Büyüme geriliği
- e) Yağlı karaciğer

AÇIKLAMA: Kwashiorkor; özellikle proteinden yoksun, buna karşın kalori içeriği normale yakın bir diyetle beslenen çocuklarda oluşan beslenme bozukluğu şeklindedir. **En belirgin klinik bulguları;** ruhsal durgunluk, iştahsızlık, büyümede gerilik ve en fazla el ve ayaklarda, bazen de yüzde görülen ödemdir. Karaciğer daima büyüktür ve histolojik olarak yağlanma saptanır.

Cevap B (Neyzi, Pediatri, 3. baskı, 2002, 216-7)

29. Aşağıda Rh ve ABO uyumsuzluğuna bağlı hemolitik hastalık gelişebilecek anne ve bebek kan grupları verilmiştir. Hangi şıkta anne-bebek kan grupları arasında uyumsuzluk yoktur?

- a) Anne cDe, A; bebek cDe, O
- b) Anne Cde, AB; bebek cdE, O
- c) Anne cde, O; bebek Cde, A
- d) Anne CDE, O; bebek Cde, A

e) Anne Cde, B; bebek cDe, B

AÇIKLAMA: Rh uyuşmazlığına bağlı hemolitik hastalık anne kan grubu Rh (-) iken bebek kan grubu Rh (+) ise oluşurken, ABO uyuşmazlığına bağlı hemolitik hastalık anne kan grubu O, bebek kan grubu A,B, AB olduğunda görülebilir. Rh pozitif fetüsle olan ilk gebelikte, anne önceden sensitize olmamışsa, Rh uyuşmazlığına bağlı hemolitik hastalık ender olup daha sonraki gebeliklerde bu olasılık artar. ABO hastalığının klinik gidişi Rh hemolitik hastalığa göre daha hafif olup ilk gebelikte de görülme olasılığı mevcuttur.

Cevap B (Neyzi, Pediatri, 3. baskı, 2002, 408-9)

30.Beş yaşındaki erkek hasta büyüme geriliği ve bacak ağırları nedeniyle getiriliyor. Fizik muayenesinde kısa boy, yuvarlak yüz ve brakidaktili saptanıyor. El radyografisinde 4. ve 5. metatarsal ve metakarpal kemiklerde anormallik saptanıyor. Serum kalsiyumu düşük, paratiroid hormonu yüksek saptanıyor. Bu hastalığın etiolojisinde rol oynayan faktör hangisidir?

- Anormal kollajen çaprazlanması
- Paratiroid glandın gelişim defekti
- Vitamin D'nin diyetle yetersiz alımı
- Paratiroid hormona end organ cevapsızlığı
- Anormal osteoblastik aktivite

AÇIKLAMA: Psödohipoparatiroidi grubu bozukluklarda PTH'ya hedef hücre yanıtı sızlığı söz konusudur. Paratiroid bezleri normal veya hiperplazik olabilir. Serum PTH düzeyleri yüksek, kalsiyum düzeyleri düşüktür. Tip I'de PTH'ya cAMP yanıtı yoktur. Tip II'de ise PTH'ya cAMP yanıtı vardır ancak cAMP'nin tübülüs hücreleri üzerindeki biyolojik etkisi eksiktir. Tip Ia grubu hastalarda Albrih'ın tanımladığı kalıtsal osteodistrofi bulguları vardır. Bu bulgular arasında boy kısalığı, yuvarlak, yüz, brakidaktili, zeka geriliği, kısa ve künt parmaklar sayılabilir. Ayrıca bazal gangliyonlarda kalsifikasyonlar, katarakt geç bulgular olarak ortaya çıkar.

Cevap D (Neyzi, Pediatri, 2002, 1252)

31.Makroskopik hematüri nedeniyle getirilen 12 yaşındaki erkek hastada ayrıca sağırılık ve lentikonus saptanıyor. Bu hastada olası tanınız aşağıdakilerden hangisidir?

- Marfan Sendromu
- Osteogenesis imperfekta
- Homosistinüri
- Alport Sendromu
- Lesch-Nyhan sendromu

AÇIKLAMA: Bkz. Bir sonraki sorunun açıklaması.

Cevap D (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 2000, 1580)

32.Bir önceki soruda tanımlanan hastalıktaki konjenital defekt aşağıdakilerden hangisindedir?

- Fibronektin
- Tip I kollajen
- Tip II kollajen
- Tip IV kollajen
- İntegrin

AÇIKLAMA: Alport Sendromu herediter nefritin en sık görülen ağır seyirli tipidir. Hastalarda en sık asemptomatik mikroskopik hematüri olmakla birlikte, tekrarlayan makroskopik hematüri atakları da görülebilmektedir. Böbrek tutulumu yanında sensörinöral işitme kaybı, göz anormallikleri (özellikle katarakt, anterior lentikonus ve maküler lezyonlar) görülebilir. X-dominant geçiş gözlenir. **Tip 4 kollajeni** kodlayan gende mutasyon söz konusudur.

Cevap D (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 2000, 1580)

33.Dört yaşında kız hasta yedi gündür devam eden, antibiyotiğe cevap vermeyen ateş nedeniyle getirildi. Fizik muayenesinde bilateral pürülan konjonktivit, servikal lenfadenopati, özellikle gövdede belirgin makülopapüler döküntü, el ve ayak tabanlarında soyulma, ağız kenarlarında çatlaklar ve kırmızı çilek dili saptanan hastada olası tanı hangisidir?

- Kızıl
- Kızamık
- Kızamıkçık
- Kawasaki hastalığı
- Riketsiya enfeksiyonu

AÇIKLAMA: Kawasaki hastalığı, bir diğer adı da mukokutanöz lenf düğümü sendromu olarak bilinen orta ve küçük arterler, venler ve venülleri tutan bir vaskülitir. Kesin etiyojisi bilinmemekle birlikte, infeksiyöz bir ajanın rol oynadığı düşünülmektedir.

Hastalığın tanı kriterleri:

-Beş günden uzun süren ateş

-Bilateral bulbar non süpüratif konjonktivit

-Servikal, akut, non pürülan >1.5cm lenfadenopati

-Polimorf döküntü (vezikül ve kabuklu olmayan)

-Orofaringeal eritem, çilek dili, kırmızı kuru çatlak dudaklar

-Ekstremiteler; başlangıçta- avuç içleri ve ayak tabanlarında eritem, el ve ayaklarda endürasyon sonra parmak uçlarından başlayan soyulma

Tanı: 6 kriterden 5'i veya 4 kriter-koroner anevriza

Cevap D (Onat, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, 1. baskı, 1996- 989-91)

34.Yirmisekiz yaşındaki annenin birinci gebeliğinden, miadında doğan bebekte mikrognati, yumuşak damakta yarık, glossopitozis ve solunum sıkıntısı ile birlikte siyanoz tespit ediliyor. Bu hastadaki olası tanınız aşağıdakilerden hangisidir?

- Yarık damak-dudak yarığı
- Pierre-Robin sendromu
- Robinow sendromu
- Rubinstein-Taybi sendromu
- Down sendromu

AÇIKLAMA: Pierre-Robin sendromunda mikrognati, yumuşak damakta yarık ve glossopitozis mevcut olup değişik derecelerde solunum sıkıntısı, siyanoz, beslenme güçlüğü ve büyüme geriliği görülür. Siyanoz genellikle beslenme sırasında sırt üstü yatırıldığında veya uyku sırasında ortaya çıkar.

Cevap B (Dağoğlu, Neonatoloji, 1. baskı, 2000, 331)

35.Hepatit B virus sıklıkla aşağıdaki hastalıklardan hangisi ile ilişkilidir?

- Temporal arteritis
- Poliarteritis nodosa
- Takayasu artriti
- Henoch-Schönlein purpurası
- Wegener granülomatozu

AÇIKLAMA: Poliarteritis nodosa küçük ve orta boydaki arterleri tutan nekrotizan bir vaskülitir. Nedeni bilinmemekle birlikte üs solunum yolu, streptokokal enfeksiyonları takiben ve kronik hepatit B enfeksiyonu olan duyarlı vakalarda postenfeksiyöz otoimmün cevap sonucu oluştuğu düşünülmektedir.

Cevap B (Behrman, Textbook of Pediatrics, 2000, 730-1)

36.Böcek ilacı (organofosfat) içme şikayeti ile acil servise getirilen 3 yaşındaki erkek hastanın fizik muayenesinde aşağıdaki bulgulardan hangisi görülmez?

- Bradikardi
- Kas fasikülasyonları
- Miyozis
- Ağız kuruluğu
- Wheezing

AÇIKLAMA: Miyozis, bradikardi, kas fasikülasyonları, nörolojik semptomlar ve solunum sistemine ait bulguların yanı sıra diyare ve sekresyonlarda artış organofosfat zehirlenmesini akla getirmelidir. **Organofosfatlar asetilkolinesteraz ve psödokolinesteraz**

gibi karboksilik esteraz enzimlerini inhibe eder. Toksikite primer olarak asetilkolinesterazın inhibisyonu ya da inaktivasyonuna bağlıdır.

Cevap D (Rudolph, 20. baskı, s. 842-3)

37.Yirmi aylık kız hasta acil servise ateş, irritabilite ve sağ alt ekstremitisini hareket ettirememeye şikayeti ile getirildi. Fizik muayenede sağ dizde şişlik ve pasif hareketle ortaya çıkan hassasiyet saptandı. Aşağıdakilerden hangisi septik artriti kanıtlayan en önemli testtir?

- Eklem sıvısının incelenmesi
- Diz grafisi
- Sedimentasyon
- Tam kan sayımı
- Kan kültürü

AÇIKLAMA: Eklem sıvısının incelenmesi tanıda anahtar role sahiptir. Eklem ponksiyonunda polimorfonükleer lökositlerin baskın olduğu hücreler görülür. Gram boyamada etken mikroorganizma kolayca saptanabilir. Eklem sıvısı ve kan kültürü de genellikle pozitifdir.

Cevap A (Behrman, 15. baskı, s. 728-33)

38.Özellikle beslenme sırasında gözlenen siyanoz ve apne atakları olan, ancak ağlarken daha iyi görünen bir yenidoğanda en olası tanı nedir?

- Ventrikül septum defekti
- Primer alveolar hipoventilasyon sendromu
- Floppy palate sendromu
- Orak hücreli anemi
- Koanal atrezisi

AÇIKLAMA: Koanal atreziyi erken dönemde tanımak önemlidir. Çünkü tanınmaz ve tedavi edilmezse ölümcül olabilir. Yenidoğanların çoğu burun solunumu yapar. **Koanal atrezili infantlar özellikle beslenme sırasında solunum güçlüğü yaşarlar. Ağlarken solunum sıkıntısı gözlenmez.**

Cevap E (Behrman, 15. baskı, s. 471,1186)

39.Doğum tartısı 1600 gram olan 36 haftalık preterm yenidoğanda aşağıdakilerden hangisi beklenmez?

- Konjenital malformasyonlar
- Düşük hematokrit
- Semptomatik hipoglisemi
- Mekonyum aspirasyonu
- İleri yaşlarda büyüme geriliği

AÇIKLAMA: Düşük doğum tartılı yenidoğanlarda majör konjenital anomaliler daha sık görülür. Bu bebeklerde ileriki yıllarda boy ve baş çevresi ve ayrıca tartıda gerilik beklenir. Ayrıca perinatal asfiksi ve pnömotoraks, pnömomediastinum ve pulmoner

PEDİATRİ

hemorajiye neden olabilen mekonyum aspirasyon sendromu da görülür. Semptomatik hipoglisemi beklenen bir bulgu olduğu için kan şekerinin yakın izlenmesi gerekir. Bu bebeklerde **yükselmiş hematokrit** değerleri daha sık görülür.

Cevap B (*Behrman, 15. baskı, s. 441-4*)

40. Doğumdan 6 saat sonra göz kapaklarında şişlik, konjonktivalarda kızarıklık ve gözlerde berrak akıntısı olan yenidoğanda en olası tanı nedir?

- a) Klamidyal konjonktivit
- b) Pnömonik oftalmi
- c) Gonokokal oftalmi
- d) Dakriyosistit
- e) Kimyasal konjonktivit

AÇIKLAMA: Oftalmiya neonatarumun tanısında semptomların başlama zamanı tanıda önemlidir. Kimyasal konjonktivit doğumdan sonraki 6-12 saat sonra gözlenen ve profilaktik gümüş nitrat uygulamasına cevap veren selim bir durumdur. **Gonokokal konjonktivit** ise doğumdan sonraki 2-5 gün içinde başlayan en ciddi bakteriyel enfeksiyondur. Uygun ve agresif topikal tedavi ve sistemik antibiyotik tedavisi başlanmalıdır. Klamidyal konjonktivit doğumdan 5-14 gün sonra başlar ve gümüş nitrat profilaksisi bunlarda etkisizdir.

Cevap E (*Behrman, 15. baskı, s. 17779-80*)

41. Doğumdan hemen sonra solunum sıkıntısı gelişen yenidoğanın karnı skafoid şekilde olup, akciğerlerin oskültasyonunda sol akciğerde solunum sesleri alınmazken, sağ akciğerde solunum sesleri normaldi. Entübe edilen hastanın kliniğinde belirgin düzelme gözlenmedi. Bu hastada en olası tanı nedir?

- a) Pnömotoraks
- b) Pnömoni
- c) Siyanotik kalp hastalığı
- d) Koana atrezisi
- e) Diyafragmatik herni

AÇIKLAMA: Konjenital diyafragmatik herni diyafragmadaki konjenital veya travmatik bir defekt nedeniyle ortaya çıkar. Bu defekt yenidoğanda ciddi solunum sıkıntısı ve anlamlı mortaliteye sahiptir. Prenatal tanı mümkündür. Yenidoğan döneminde ilk saatlerde skafoid karın, solunum yetersizliği ve toraksta bağırsak seslerinin duyulması yaygın bulgulardır. Mortalite oranı agresif tedavilere rağmen %50'dir.

Cevap E (*Behrman, 15. baskı, 1161-3*)

42. Siyanotik bir yenidoğanın EKG'sinde sol aks deviasyonu ve sol ventrikül hipertrofi saptandı. En olası tanı nedir?

- a) Trunkus arteriyozus
- b) Triküs pit atrezisi
- c) Fallot tetralojisi
- d) Persistan fetal dolaşım
- e) Büyük arterlerin transpozisyonu

AÇIKLAMA: Triküs pit atrezisinde hipoplastik sağ ventrikül vardır. Bu nedenle EKG'de sol aks deviasyonu ve sol ventrikül hipertrofisi görülür.

Cevap B (*Behrman, 15. baskı, S. 1316-7*)

43. Üç günlük yenidoğanda sıçrayıcı nabız ve doğumdan itibaren artan siyanozu mevcuttu. Solunum sıkıntısı gözlenmeyen hastanın telegrafisinde kardiyomegali yoktu ve akciğer damarlanması normaldi. EKG'de 120 derece lik aks ve sağ ventrikül dominansı gözlendi. Bu siyanotik yenidoğandaki en olası kardiyak lezyon hangisidir?

- a) Triküs pit atrezisi
- b) Sağlam ventrikül septumlu pulmoner atrezi
- c) Fallot tetralojisi
- d) Total pulmoner venöz dönüş anomalisi
- e) Büyük arterlerin transpozisyonu

AÇIKLAMA: İntakt ventrikül septumlu büyük damarların transpozisyonunda erken dönemde siyanoz, normal kalp büyüklüğü, normal ya da artmış akciğer damarlanması, EKG'de sağ aks deviasyonu ve sağ ventrikül hipertrofisi gözlenir.

Cevap E (*Behrman, 15. baskı, s. 1311-24*)

44. Ondört aylık süt çocuğu kısa bağırsak sendromu nedeniyle total parenteral nütrisyon ile beslenmektedir. Aşağıdaki komplikasyonlardan hangisi bu hastada beklenmez?

- a) Sepsis
- b) Karaciğer hastalığı
- c) Hava embolisi
- d) Akciğer embolisi
- e) İnce bağırsakta irreversible mukoza atrofisi

AÇIKLAMA: Parenteral beslenme özellikle santral yolla verildiği zaman yüksek komplikasyon riskine sahiptir. Bu yüzden endikasyon iyi konmalıdır. Diğer şıklardaki komplikasyonlar görülebilirken ince bağırsak mukoza atrofisi oral beslenme ile geri dönüşümlüdür.

Cevap A (*Rudolph, 20. baskı, 1176-80*)

45.Yedi yaşındaki erkek hastada kramp tarzında karın ağrısı, bacaklarda ekstansör yüzeylerde ve kalçalarda palpable purpurik döküntü saptandı. Laboratuvar incelemelerinde proteinüri ve hematüri saptandı. En olası tanı nedir?

- a) Takayasu arteriti
- b) Dermatomiyozit
- c) Poststreptokokkal glomerülonefrit
- d) Sistemik lupus eritematozus
- e) Henoch Schönlein purpurası

AÇIKLAMA: Anafilaktoid purpura en sık ekstremitelerin ekstansör yüzeylerini tutar. Yüz, ayak tabanları, avuç içleri ve gövde nadiren etkilenir. Lupus'ta yüzde kelebek tarzında döküntü, dermatomiyozitte ise heliotropik lekeler gözlenir. Takayasu arteritinde genellikle döküntü olmaz.

Cevap E (Behrman, 15. Baskı, s. 677-8)

46.Ülkemiz için Hepatit B aşılmasından önce, tarama testi olarak aşağıdaki testlerden hangisinin yapılması uygundur?

- a) HBsAg
- b) Anti-HBs
- c) Anti-HBc IgG
- d) Hbe Ag
- e) Anti-Hbe

AÇIKLAMA: Rutin test için, sadece bir antikor testi (anti-HBc veya Anti-HBs) gereklidir. **Anti-HBc** daha önce enfekte olan tüm enfekte kişileri saptar ancak taşıyıcıları ve taşıyıcı olmayanları ayırt etmez. **Anti-HBs** taşıyıcılar hariç daha önce enfekte olanları saptar. Sağlık çalışanları gibi taşıyıcı oranının %2'nin altında olan gruplar için testlerin biri diğerine karşı avantaj sağlamaz. Taşıyıcı oranın yüksek olduğu popülasyonlarda taşıyıcıların gereksiz yere aşılmasını önlemek için Anti-HBc bakılması tercih edilir.

Cevap B (Mıstık, Türkiye'de Viral Hepatitlerin Etyolojik Analizi, Viral Hepatit, 2001; 10-55)

47.Aşağıdakilerden hangisi septik şokun erken kompanse dönemi bulgularından değildir?

- a) Vasküler rezistansın azalması
- b) Kardiyak outputun artması
- c) Ilık ekstremiteler
- d) Bradikardi
- e) Yeterli idrar çıkımı

AÇIKLAMA: Şokun erken döneminde, vasküler rezistans azalırken geç dönemlerde artar. Kapiller dolum zamanı gecikmiştir. Başlangıçta ekstremiteler ılık iken geç dönemlerde soğuktur. Şokun erken dönemlerinde idrar çıkışı yeterlidir, ancak şok derinleştikçe idrar miktarı azalır. Hastada bradikardi

değil taşikardi beklenir, böylelikle kardiyak output artırılmaya çalışılır.

Cevap D (Behrman, Nelson Textbook of pediatrics, 15. baskı, 1996, s. 704-5)

48.Kompense şoku, kompanse olmayan şoktan ayıran en önemli parametre hangisidir?

- a) Kapiller dolum zamanı
- b) Kan pH
- c) İdrar çıkışı
- d) Kan basıncı
- e) Taşikardi

AÇIKLAMA: Şokun erken döneminde, vasküler rezistans azalırken geç dönemlerde artar. Kapiller dolum zamanı gecikmiştir. Başlangıçta ekstremiteler ılık iken, geç dönemlerde soğuktur. Şokun erken dönemlerinde idrar çıkışı yeterlidir ancak şok derinleştikçe idrar miktarı azalır. Taşikardi erken dönem şok bulgularındandır. **Kompense dönemde organizma normotansiyonu sağlayabilirken kompanse olmayan dönemde hipotansiyon vardır.**

Cevap D (Behrman, Nelson Textbook of pediatrics, 15. baskı, 1996, s. 704-5)

49.Sinyanotik bir yenidoğanda EKG'de sol QRS aksı varlığında öncelikle hangi tanıyı düşünürsünüz?

- a) Aort koarktasyonu
- b) Triküspit atrezi
- c) Büyük damar transpozisyonu
- d) Total pulmoner venöz dönüş anomalisi
- e) Hipoplastik sol kalp sendromu

AÇIKLAMA: Şıklarda verilen hastalıklardan Aort koarktasyonunda siyanoz olmazken, diğer hastalıklarda siyanoz vardır. Triküspit atrezisinde EKG'de sol aks deviasyonu ve sol ventrikül hipertrofi bulguları mevcuttur. Büyük damar transpozisyonunda, EKG'de sağ aks deviasyonu, sağ ve sol ventrikül hipertrofisi ve bazen sivri, yüksek P dalgası bulunabilir. Total pulmoner venöz dönüş anomalisinde, EKG'de sağ ventrikül hipertrofi bulguları mevcuttur. Hipoplastik sol kalp sendromunda ise, EKG'de sağ ventrikül hipertrofi bulguları izlenir.

Cevap B (Behrman, Nelson Textbook of pediatrics, 15. baskı, 1996, s. 1310-35)

50.Aşağıdakilerden hangisi nefrotik sendromlu bir çocuk hastada olursa, minimal lezyon hastalığı dışında bir glomerülonefrit düşündürülebilir?

- a) 6 aylıktan daha önce başlayan hastalık
- b) Mikroskopik hematüri varlığı
- c) Erkek çocuk olması
- d) Steroide iyi yanıt

e) Normal kompleman düzeyleri

AÇIKLAMA: Minimal lezyon hastalığı çocukluk çağında nefrotik sendromun en sık nedenidir. En sık 2-6 yaş arasında görülür. Erkek çocuklarda 2 kat daha fazladır. Mikroskopik hematüri olabilir. Protein ekskresyonu 2 gr/24 saat'in üzerindedir. Serum kolesterol ve trigliserid seviyesi artmıştır. Serum albumini 2 gr/dl'nin altındadır. C3 seviyesi normaldir. **Steroide çok iyi yanıt alınır.** Eğer hasta 1 yaşın altında veya 8 yaşın üzerinde ise diğer glomerülo nefritler akla gelmeli ve tedavi öncesinde mutlaka böbrek biyopsisi yapılmalıdır.

Cevap A (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 15. baskı, 1996, 1500-3)

51. Aşağıda kompleks parsiyel nöbetlerin özellikleri verilmiştir. Yanlış olanı işaretleyiniz?

- a) Aura vardır
- b) Otomatizm vardır
- c) Bir noktaya bakma vardır
- d) Bilinç bozulmaz
- e) Postikal konfüzyon vardır

AÇIKLAMA: Parsiyel nöbetler, nöbetin lokalize bir kaynağı olduğunu gösteren epileptik hastalıklardır. **Parsiyel nöbetler, şuur kaybı olmadığı zaman basit, şuur kaybı olduğu zaman kompleks pasiyel epilepsi olarak adlandırılırlar.**

Cevap D (Turanlı, Parsiyel Epilepsiler, Katkı Pediatri Dergisi, 1994 (5), s. 476-86)

52. Aşağıdakilerden hangisi çocukluk çağında ilaca bağlı deri döküntülerinden değildir?

- a) Serum hastalığı
- b) Eritema marginatum
- c) Makülopapüler döküntü
- d) Steven-Johnson sendromu
- e) Ürtiker

AÇIKLAMA: İlaça bağlı oldukça geniş yelpazede deri döküntüleri olup, **en sık makülopapüler döküntüler görülmektedir.** Ayrıca, ürtiker, anjiyoödem, sabit ilaç döküntüleri, vaskülit, serum hastalığı, hipersensitivite sendromları, eritema multiforme, Stevens-Johnson sendromu, toksik epidermal nekroliz, ekfoliyatif dermatit, psödolenfomatöz erüpsiyonlar, akneiform döküntüler, likenoid ilaç reaksiyonları, pigmentasyon, fotosensitivite, pruritis, hipertrikozis, fotoonikolizis, büllöz döküntüler, alopesi, eritema nodosum, allerjik egzematöz dermatit, sistemik egzematöz (kontakt tip) dermatit, pitriazis rozea benzeri döküntüler, purpuralar ve lupus eritematöz benzeri döküntüler görülebilir. Eritema marginatum ise, akut romatizmal ateşte görülür.

Cevap B (Erbey, Çocuk servisinde yatan hastalarda ilaç erüpsiyonlarının değerlendirilmesi, Türkiye Klinikleri Allerji – Astım Dergisi, 2003,5 : s7-10)

53. Beş yaşında erkek hasta sol dizde şişlik ile başvuruyor. Öyküsünde ateşinin yada döküntüsünün olmadığı, ormanlık bir alanda yaşadıkları ve sıklıkla kene ısırığına maruz kaldığı öğrenildi. Hastada olası tanınız nedir?

- a) Reaktif artrit
- b) Lyme hastalığı
- c) Q ateşi
- d) Kayalık dağlar humması
- e) Brussella

AÇIKLAMA: Hastada deri döküntüsü tariflenmemekte ancak sık kene ısırığına maruz kaldığı ve artriti olduğu belirtilmektedir. Lyme hastalığı, kene ısırığı sonrasında gelişen deri döküntüsü (eritema kronikum migrans), kardit, menenjit, artrit ile karakterizedir. Etken bir spiroket olan **Borrellia burgdorferi**'dir. Öncelikle hastada **Lyme hastalığı** düşünülmelidir.

Cevap B (Pickering, American Acedemy of pediatrics, Lyme disease, Elk Grove Village, 111: 2000: 345: 115-25; Stere, Lyme Disease. 2001; 345: 115-25)

54. Aşağıdakilerden hangisi lökositoklastik vaskülit değildir?

- a) Henoch-Schönlein purpura
- b) Hipokomplementemik ürtikeriyal vaskülit
- c) Kriyoglobulinemik vaskülit
- d) Wegener granütomatozisi
- e) Serum hastalığı

AÇIKLAMA: Wegener granülo-matozisi, granülo-matöz bir vaskülit olup, Henoch-Schönlein purpura hipokomplementemik ürtikeriyal vaskülit, kriyoglobulinemik vaskülit, serum hastalığı lökositoklastik vaskülit özelliği gösterir.

Cevap D (Mittler, The Pediatric Clinics of North America Pediatric Rheumatolog Saunder Company, 42 (5) 1995, s. 1247-8)

55. Hızla ilerleyen glomerülo nefrit, normokomplementemik ve ANCA pozitifliği olan çocukta aşağıdakilerden hangisini öncelikle düşünürsünüz?

- a) Henoch-Schönlein purpura
- b) Sistemik lupus eritematozis
- c) Good-Pasture sendromu
- d) Kriyoglobulinemik vaskülit
- e) Mikroskopik polianjitis

AÇIKLAMA: ANCA pozitifliği ile birlikte hızlı ilerleyen glomerülo nefrit ve normokomplementemi varlığında öncelikle Wegener granülomatozisi, mikroskopik polianjitis ve idiyopatik pauci-immün kresentik glomerülo nefrit düşünülmelidir. Sistemiz lupus eritematozis ve kriyoglobulinemik vaskülit hipokomplementemi ile seyrederek Henoch-Schönlein pururasında ANCA varlığı sıklıkla beklenmez.

Cevap E (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics. 16. baskı, 2000, s. 1581-6)

56. Aşağıdakilerden hangisinde "mevalonat kinaz" aktivitesi yetersizdir?

- a) Ailesel Akdeniz Ateşi
- b) Hiperimmünglobulin D sendromu
- c) TNF reseptör ilişkili periyodik sendrom
- d) Mucle Welis sendromu
- e) Periyodik ateş, attöz stomatit, farenjit, adenopati (PFAPA)

AÇIKLAMA: Hiperimmünglobulin D sendromunda "mevalonat kinaz" enziminde defekt mevcuttur. Buna bağlı olarak kolesterol düzeyi azalmaktadır. Diğerler de periyodik ateş sendromları olarak bilinir ancak söz konusu enzim aktivitesi onlarda normal düzeydedir.

Cevap B (Drenth, Herediatry Periodic Fever. 2001, 345 (24))

57. Antinükleer antikor (ANA) pozitifliği aşağıdakilerden hangisinde beklenmez?

- a) Kronik aktif hepatit
- b) İnfeksiyöz mononükleozis
- c) İlaçlarla bağlı lupus
- d) Sistemik lupus eritematozis
- e) Chalasia

AÇIKLAMA: Chalasia süt çocuklarında görülen gastroözofajial sfinkterin fonksiyonel yetersizliği olup, ANA pozitifliği bu olgularda beklenmemektedir. Diğer hastalıklarda ANA pozitifliği bulunur.

Cevap E (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics. 16. baskı, 2000, s. 715)

58. Sistemik lupus eritematoziste aşağıdaki otoantikordardan hangisi "lupus cerebritis" bulgusunu düşündürür?

- a) Coombs antikorları
- b) Antifosfolipid antikorlar
- c) Lupus antikoagülanları
- d) Antitiroid antikorlar

e) Antiribozomal P antikorları

AÇIKLAMA: Coombs antikorları hemolitik anemi, antifosfolipid antikorlar antifosfolipid antikor sendromu, lupus antikoagülanları koagülopati, antitiroid antikorlar hipotiroidi ve antiribozomal P antikorları "lupus cerebritis" ile ilişkilidir.

Cevap E (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000, s. 715)

59. Konjenital nefrotik sendrom (Fin Tipi) geninin bulunduğu kromozom aşağıdakilerden hangisidir?

- a) 1
- b) 3
- c) 9
- d) 19
- e) X

AÇIKLAMA: Konjenital nefrotik sendrom (Fin Tipi) geni kromozom 19'un uzun kolu üzerindedir.

Cevap D (Behrman, 16. baskı, Nelson Textbook of pediatrics, 2000, s. 1596)

60. Aşağıdakilerden hangisi Bartter sendromunda gözlenmez?

- a) Hipokalemi
- b) Hipertansiyon
- c) Hipokloremi
- d) Artmış renin düzeyi
- e) Artmış prostaglandin düzeyi

AÇIKLAMA: Bartter sendromu renal potasyum kaybı ile giden, hipokalemi, hipokloremi, normal kan basıncı, renin, aldosteron ve prostaglandin artışı ile karışımıza çıkan tubulopatilerdendir.

Cevap B (Behrman, Nelson Textbook of pediatrics, 16. baskı, 2000, 1601)

61. Aşağıdakilerden hangisi sekonder nefrojenik diabetes insipidus nedeni değildir?

- a) Lityum entoksikasyonu
- b) Uygunsuz ADH salınım sendromu
- c) Kistik hastalıklar
- d) Hipokalemi
- e) Hiperkalsemi

AÇIKLAMA: Lityum entoksikasyonu, böbreğin kistik hastalıkları, hipokalemi, hiperkalsemi, nefrokalsinozis ve obstrüktif üropatilerde sekonder nefrojenik diabetes insipidus meydana gelebilir. Uygunsuz ADH salınımı sendromunda diabetes insipidus meydana gelmemektedir.

Cevap B (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000, s. 1600)

62.Çocukluk çağında telekardiyografinin doğru yorumlanmasında aşağıdakilerden hangisinin katkısı olumlu değildir?

- Hasta dikey konumda ve 180 cm uzaklıktayken (tele mesafesinden) çekim yapılması
- Filmin hasta inspiryumda iken çekilmesi
- Işın penetrasyonunun (sertliğinin) uygun olması
- Simetrik çekim yapılması (Trakea ve mediasten orta hatta, klavikuların simetrik olması)
- Filmin hasta ekspiryumda iken çekilmesi

AÇIKLAMA: Standardizasyon inspiryuma göre yapıldığı için filmin hasta inspiryumda iken çekilmesi gerekir. Ekspiryumda çekilen filmlerde diyafragma yukarı doğru yer değiştirerek kalbi de yukarı kaldırıp, yatay pozisyona getirir ve kalp gölgesini normalden büyük gösterir.

Cevap E (Singleton, The Science and Practice of Pediatric Cardiology, 1998, p. 715-34)

63.Akut romatizmal ateş(ARA) ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Artralji güncelleştirilmiş Johnes kriterlerinin minörlerinden biri olup, artrit varlığında minör bir kriter olarak hesaba katılmamalıdır.
- PR aralığı uzaması minör kriterler içerisinde dahil edilir ancak kardit varlığında uzamış PR intervali minör kriter olarak dikkate alınmaz.
- Kore dışındaki hastaların çoğunda görülen bir bulgu olan ateş ARA'nın minör bulgularından birisidir.
- Eritrosit sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein gibi akut faz reaktanlarının yükselmesi minör bulgular arasında yer almamasına rağmen tanıya katkısı vardır.
- Renkli doppler ekokardiyografi bulgusu olan "sessiz valvüler yetersizlik" tanı ve ayırıcı tanıda önemli katkıda bulunmasına rağmen henüz Johnes kriterlerine dahil edilmemiştir.

AÇIKLAMA: En son 1992 yılında güncelleştirilen Johnes kriterleri ARA'nın tanısında sistematik bir yaklaşım getirmiştir. ARA'nın patognomonik tek bir bulgusu olmadığı için özellikle benzer bulgular gösterebilen kollajen doku hastalıklarından ve diğer birçok hastalıktan bu kriterler sayesinde ayırım kolaylaşmıştır. Akut faz reaktanlarının pozitif (yüksek) bulunması minör Johnes kriterlerinden birisidir.

Cevap D (Ayoub, In Moss Heart Disease in infants, children and adolescents. 1995, p. 1400-16)

64.Perikarditlerle ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- 2 yaşın altında en sık görülen perikardit türü septik (pürülan) perikardittir.
- Septik (pürülan) perikarditler içinde en sık görülen ajan Hemofilus influenza'dır.
- Akut romatizmal ateşte perikardit ile birlikte miyokardit olabileceği için kalp tamponadı gelişme riski olabilir ancak bu hastalarda konstrüktif perikardit pek görülmez.
- Üremik perikardit terminal böbrek yetmezliğinde tek başına diyaliz endikasyonudur.
- Geç tanı konulan veya yetersiz tedavi edilen tüberküloz perikarditlerde, kronik konstrüktif perikardit gelişebilir.

AÇIKLAMA: Pürülan perikarditlerin en sık sebebi stafilokokkus aureustur. Bu mikroorganizmanın alt solunum yolu ya da kemik enfeksiyonlarından perikarda ulaşması direkt olarak veya hematogen yolla olabilir.

Cevap B (Rheuban, Diseases of the Pericardium, Children and Adolescents, 1995, p. 1531-41)

65.Supraventriküler taşikardilerde tedavide en etkili antiaritmik ilaç aşağıdakilerden hangisidir?

- Adenozin
- Meksiletin
- Lidokain
- Verapamil
- Propranolol

AÇIKLAMA: Adenozin supraventriküler taşikardilerde hem tanı hem de tedavi amacıyla kullanılan etkin ilaçtır. Ancak bu ilacın kalp monitorizasyonunun yapıldığı resusitasyon koşullarında yapılması gerekir. Çünkü dispne, bronkospazm gibi yan etkileri olabilmektedir.

Cevap A (Park, Pediatric Cardiology for Practitioners, Year book 1996, p. 338-41)

66.Ventriküler aritmilerle ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Aksi ispatlanmadığı takdirde geniş QRS'li taşikardiler ventriküler taşikardi kabul edilmelidir.
- Etiyolojide uzun QT sendromu, hasta sinus sendromu, aritmojenik sağ ventrikül displazisi yada organofosfat entoksikasyonu rol oynayabilir.

- c) Büyük arter transpozisyonu, Fallot tetralojisi, Aort stenozu, tek ventrikül veya VSD gibi konjenital hastalığı olanlarda pre veya postoperatif ventriküler taşikardi görülebilir.
- d) Dilate veya hipertrofik kardiyomiopati hastalarda ventriküler taşikardi görülebilir.
- e) Acil tedavide hasta stabil yada kardiyoversiyon imkanı yoksa verapamil puşe ve ardından infüzyonla devam edilmesi hayat kurtarıcı olabilir.

AÇIKLAMA: Ventriküler taşikardilerde hemodinamik bozukluğu olan hastaya hemen DC-kardiyoversiyon yapılmalıdır. Eğer hasta stabil yada kardiyoversiyon imkanı yoksa İV lidokain puşe edilmeli, ardından infüzyonla devam edilmelidir.

Cevap E (Park, Pediatric Cardiology for Practitioner, Year Book 1996, p. 347-9)

67. Aşağıdaki patolojilerden hangisinde sistolodiyastolik (kontinü) üfürüm duyulmaz?

- a) Patent duktus arteriyozus
b) Aortiko-pulmoner pencere
c) Sinus valsalva fistülü veya rüptürü
d) Venöz hum (uçultu)
e) Aort yetersizliği

AÇIKLAMA: Aort yetersizliğinde maksimum noktası 2-3. interkostal aralıkta 2. sesle başlayan diyastolik dekresendo tarzında üfürüm duyulur. Diğer şıklardaki nedenler, hem sistolde hem de diyastolde devamlı olarak duyulan üfürümlerdir.

Cevap E (Bernstein, Nelson Textbook of Pediatrics, 2004, p. 1485-8)

68. Çocuklarda en sık görülen miyokardit nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Bakteriyel infeksiyonlar
b) Viral infeksiyonlar
c) Fungal infeksiyonlar
d) Aşırı duyarlılık ve otoimmünite (Romatizmal ateş, SLE gibi)
e) Siklofosamid, indometazin gibi ilaçlar

AÇIKLAMA: Çocuklarda en sık görülen miyokardit nedeni viruslardır. Viruslar içerisinde de en sık görüleni Koksaki B ve adenoviruslardır.

Cevap B (Bernstein, Nelson Textbook of Pediatrics, 2004, p. 1576-7)

69. Konjenital siyanotik kalp hastalıkları içerisinde aşağıdakilerden hangisi en sık görülür?

- a) Triküspid atrezi
b) Ebstein anomalisi
c) Büyük arter transpozisyonu (d transpozisyon)

- d) Total pulmoner ven dönüş anomalisi
e) Trunkus arteriyozus

AÇIKLAMA: Doğuştan siyanotik kalp hastalıkları içerisinde en sık görülenleri; Fallot tetralojisi ve büyük arter transpozisyonudur. Şıklar içinde Fallot tetralojisi olmadığı için büyük arter transpozisyonu doğru cevaptır.

Cevap C (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 2004, p. 1524-44)

70. Masum üfürümler ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Kardiyak veya ekstrakardiyak bir patoloji saptanmadan kalpte duyulan üfürümlerdir.
b) Şiddetleri genellikle 2-3/6 dereceyi geçmez.
c) Çoğunlukla midsistolik olup yayılım göstermezler.
d) Pozisyonla ve egzersizle üfürümün niteliği ve şiddeti değişebilir.
e) Anemi ve hipertiroidi gibi durumlarda duyulan üfürümlerdir.

AÇIKLAMA: Anemi, ateş, hipotiroidi gibi hemodinamiyi arttıran nedenlerle duyulan üfürümler fonksiyonel üfürümlerdir. Oysa masum üfürümlerde kalpte bir patoloji olmadığı gibi ekstrakardiyak bir patoloji de söz konusu değildir.

Cevap E (Bernstein, Nelson Textbook of Pediatrics, 2004, p. 1481-8)

71. Yenidoğan döneminde gözlenmesi beklenmeyen nöbet tipi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Subtle nöbetler
b) Tonik tip nöbetler
c) Klonik nöbetler
d) Tonik-klonik nöbetler
e) Myoklonik nöbetler

AÇIKLAMA: Yenidoğan döneminde henüz miyelinizasyon tamamlanmadığı için tonik-klonik nöbet gözlenmez. Diğer nöbet tiplerinde miyelinizasyonunun tamamlanması şart olmadığından gözlenebilirler.

Cevap D (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 2004, s. 560)

72. Kurbağa pozisyonunda yatan 2 aylık bir bebeğin sesi kısık, dilinde fasikülasyonu gözleniyor, annesi karnında iken hareketlerinin az olduğunu söylüyor, aşağıdakilerden hangisi hastanın tanısı olabilir?

- a) Konjenital musküler distrofi
b) Konjenital myasteni
c) Spinal musküler atrofi Tip I

- d) Spinal muskuler atrofi Tip II
e) Spinal Muskuler atrofi Tip III

AÇIKLAMA: Burada dilinde fasikülasyon olması bir **denervasyon** bulgusudur. Yukarıdakiler içinde denervasyon bulgusu veren şıklar c, d, e'dir. Hastanın anne karnında da hareketlerinin az olması hastalığın klinik bulgularının fütal hayatta başladığını gösterir ki bu da spinal muskuler atrofi Tip I yada diğer adı ile Werding-Hoffmanı işaret eder.

Cevap C (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 2004, s. 2075*)

73. Ailesinde yanidoğan dönemde nöbet öyküsü olan iki günlük erkek bebek tonik tarzda nöbet geçiriyor. Aşağıdakilerden hangisi hastanın tanısı olabilir?

- a) Benign familiyal neonatal konvülsiyon
b) Benign idiyopatik neonatal konvülsiyon
c) Tuberosklerozis
d) Holoproensefali
e) Fenilketonüri

AÇIKLAMA: Bu yanıtta en önemli ipucu hastanın tonik nöbet geçirmesidir. B şikkından ayırımından en önemli delil budur. C, d, e yanıtlarındaki tanılara sahip hastalar bu kadar erken dönemde nöbete başvurmazlar.

Cevap A (*Roger, Epileptic Syndromes in Infancy, Childhood and Adolescence, 2002, s. 3*)

74. Alopesi, nöbet, etrafla ilgisizlik ve diaper dermatit yakınmaları ve anne-baba akrabalığı olan 3 aylık hastada aşağıdakilerden hangisi tanınız olabilir?

- a) Çinko eksikliği
b) Tay-Sachs Hastalığı
c) Biotinidaz eksikliği
d) B₁₂ eksikliği
e) Chediak-Higashi sendromu

AÇIKLAMA: Biotinidaz enzimi biotin oluşumu için gerekliliğinden diğer holokarboksilaz eksiklikleri ile birlikte kendini cilt, göz, santral sinir sistemi bulguları ile gösterir. Otozomal ressesif geçişli bir hastalıktır.

Cevap C (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 2004, s. 412*)

75. Aşağıdaki antiepileptik ilaçlardan hangisinin Febril konvülsiyonun profilaktik tedavisinde yeri yoktur?

- a) Karbamazepin
b) Fenobarbital
c) Na-valproat

- d) Diazepam
e) Klonazepam

AÇIKLAMA: Febril konvülsiyon profilaktik tedavisinde kısa etkili diazepam gurubu (diazepam, klonazepam) Fenobarbital ve Na-valproatın klinik olarak yararı saptandığı halde karbamazepinin yararı saptanmamıştır.

Cevap A (*Behrman, Nelson, Textbook of Pediatrics, 2004, s. 1994*)

76. Dört yaşında, erkek hasta sallanarak yürüme ve sık akciğer enfeksiyonu geçirme nedeni ile getiriliyor. Muayenesinde ataksi ve konjonktivalarında ince damarsal kızarıklıklar saptanıyor. Ön tanınız ne olabilir?

- a) Chediak-Higashi sendromu
b) Kseroderma pigmentosum
c) Nörofibromatozis Tip II
d) Gricelli sendromu
e) Ataksi-telenjektazi

AÇIKLAMA: Yukarıdaki yanıtlardan ataksi ve birlikte immün yetmezlik bulguları nedeni ile sık enfeksiyon olacak hastalıklar Gricelli (serebellar tutulumunda ataksi olur) ve ataksi telenjektazidir. Diğer hastalıklarda ya immün yetmezliği yada farklı cilt bulguları gözlenir. Gözlerdeki kızarıklıktan tarif edilen telenjektazi olup, bu bulgular sadece ataksi-telenjektaziye uymaktadır.

Cevap E (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, s.555-556*)

77. Yukarıda tarif edilen hastanızın tanısını kesinleştirmek için hangi testi yaparsınız?

- a) Total kan sayımı
b) Bilgisayarlı beyin tomografisi
c) Saç telinin mikroskopta incelenmesi
d) Alfa-fetoprotein düzeyi
e) Cilt biyopsisi

AÇIKLAMA: Ataksi telenjektazi de alfa fetoprotein seviyesi belirgin yüksektir ayrıca immunglobulin değerleri içinde immun globulin A düşük saptanması da tanıya yardımcıdır.

Cevap D (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, s. 555-556*)

78. İki yaşında inguinal herni ameliyatına kadar tamamen normal olduğu söylenen hasta, operasyon sırasında malign hipertermi tablosuna giriyor. Hastanın muhtemel tanısı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Duchenne muskuler distrofi
- b) Spinal muskuler atrofi tip I
- c) Spinal muskuler atrofi tip II
- d) Epilepsi (antiepileptik tedavi alıyor)
- e) Tuberosklerosis

AÇIKLAMA: Maling hipertermi anestetik maddelere karşı miyopatik kas liflerinde oluşan lizisdir ve kendini çok yüksek ateş ve kreatin fosfokinaz seviyeleri ile gösterir. Tedavisi çok acil **dantrolen sodyum** verilmesidir. Yukarıdaki yanıt şıklarından sadece a şığında miyopatik kas lifi vardır. Bu nedenle doğru şık budur.

Cevap A (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, s. 2070)

79. Somatostatin analogu olan ocreotid hangi tümörlerin tedavisinde yararlı olabilir?

- a) Wilms tümörü
- b) Gastrointestinal lenfoma
- c) Nöroblastoma
- d) Medullablastoma
- e) Glukagonoma

AÇIKLAMA: Somatostatin hipotalamustan salgılanarak hipofiz ön lobundan salgılanan büyüme hormonu (GH) üzerinde inhibe edici etkiye sahiptir. İnhibe edici etkisi GH ile sınırlı değildir. Gastrointestinal sistem, pankreas langerhans adacıkları üzerinde parakrin ve otokrin etkileri de bulunmaktadır. İnsülin, glukagon, sekretin, gastrin, Vazoaktif intestinal peptid (VIP) ve tirotropin (TSH) hormonlarını inhibe eder. Somatostatin analogu olan uzun etkili ocreotid, büyüme hormonu (GH) sekrete eden tümörleri tedavi eder. Aynı zamanda gastrinoma, insülinoma, glukagonoma, VIPoma ve karsinoid tümörlerin tedavisinde yararlıdır.

Cevap E (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı. 2000, s. 1674)

80. Prolaktin ön hipofizden salgılanan 199 aminoasitten oluşan bir hormondur. Prolaktin salgılanmasını inhibe eden faktör aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Dopamin reseptör antagonistleri
- b) Dopamin
- c) Antihipertansif ilaçlar
- d) Östrojenler
- e) Verapamil

AÇIKLAMA: Prolaktin ön hipofiz hormonudur. 199 aminoasitten oluşur. Geni 6. kormozomda bulunur. **Prolaktini inhibe eden faktör dopamindir.**

Hiperprolaktinemi nedenleri:

1-Hipotalamik nedenler: Tümör (Kraniyofarangioma, germinom, gliom vb)

İnfiltratif hastalıkları (tüberküloz, histiyositoz, vb)

Psödötümör serebri

Kraniyal radyasyon

2-Hipofizer nedenler

Prolaktinoma

Akromegali

Cushing hastalığı

Hipofiz sapı baskısı

Boş sella

Tümör ve infiltratif hastalıklar

3-İlaçlar

Dopamin reseptör antagonistleri

Diğer ilaçlar (antihipertansif ilaçlar, verapamil, östrojenler, opiat, simetidin)

4-Diğer Nedenler:

Primer hipertiroidi

Kronik böbrek yetersizliği

Siroz

Nörojenik

Stres

İdiyopatik

Cevap B (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı 2000, s. 1674; Neyzi, 2002, s. 1217)

81. Aşağıdaki ifadelerden santral diabetes insipitus için yanlış olanı seçiniz.

- a) Santral diabetes insipitus poliüri, polidipsi, aşırı susuzluk ile karakterize bir hastalıktır.
- b) Santral diabetes insipitus arginin-vazopressin (AVP; antidiüretik hormon) in sentez veya sekresyonundaki yetersizlik sonucu oluşur.
- c) Santral diabetes insipitus AVP' ye duyarlı böbrek tübülüs hücrelerinin AVP' ye yanıt verme yeteneklerinin bozukluğuna bağlı olarak ortaya çıkar.
- d) Santral diabetes insipitus vakalarının küçük bir bölümü kalıtsaldır. Otozomal dominant vakalarda tanımlanmıştır.
- e) Sekonder ve akkiz nedenlere bağlı santral diabetes insipitus vakaları daha sık görülür. Bunlar suprasellar ve kiazmatik bölge tümörleri, kraniyofarangioma, optik gliom ve germinomalara bağlı olarak ortaya çıkarlar.

AÇIKLAMA: Santral DI AVP duyarlı böbrek tübülüs hücrelerinin AVP'ye yanıt verme yeteneklerinin bozukluğuna bağlı olarak ortaya çıkar (yanlış ifade). Diabetes insipitus: poliüri ve polidipsi ile giden bir hastalıktır. DI, AVP salgılanmasındaki bir yetersizlik

PEDİATRİ

sonucu oluşmuşsa **santral DI**, böbrek düzeyinde AVP ye yanıtızlık sonucu gelişmiş ise **nefrojenik DI** adını alır.

Cevap C (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000, s. 1681)

82. Aşağıda belirtilen hangi durum uzun boyluluğa neden olmaz?

- a) Serebral jigantizm (Sotos sendromu)
- b) Klinefelter sendromu
- c) Marfan sendromu
- d) Turner sendromu
- e) Pituitier gigantizm

AÇIKLAMA: Ortalama boy uzunluğunun 2 SD üzerinde uzun olması uzun boy olarak kabul edilir. Uzun boyluluk nedenleri;

Normal varyantlar: Familyal (konstitusyonel) uzun boy.

Anormal varyantlar: Pituitier jigantizm, serebral jigantizm (sotos sendromu), Klinefelter sendromu, XYY sendromu, Marfan sendromu, homosistinüri, hipertiroidizm, obezite.

Cevap D (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000, s. 1685)

83. Aşağıdakilerden hangisi aldosteronun etkisidir?

- a) Nitrojen retansiyonunu artırıcı etkisi vardır.
- b) Potasyumun retansiyonunu artırıcı etkisi vardır.
- c) Sodyumun ve suyun böbrek distal tübülüslerden reabsorbsiyonunu kontrol eder.
- d) Sulfatların retansiyonunu artırıcı etkisi vardır.
- e) Aksiler ve pubik kılların gelişiminden sorumludur.

AÇIKLAMA: Aldosteron mireralokortikoid etkisi vardır. En önemli etkisi elektrolit dengesini sağlamaktadır. Kan volümü ve kan basıncının stabilizasyonuna katkıda bulunur. Sodyum reabsorbsiyonunu kontrol eder.

Cevap C (Behrman, Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000, s. 1724)

84. Diabetik ketoasidozis tedavi ile genellikle tamamen kaç saatte düzeltilir?

- a) 12-24 saat
- b) 8-12 saat
- c) 36-48 saat
- d) 16-36 saat
- e) 24-36 saat

AÇIKLAMA: Diabetik ketoasidozis tedavi ile genellikle 36-48 saat içinde düzeltilir.

Cevap C (Behrman, Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000, s. 1776)

85. Aşağıdakilerden hangisi akut adrenokortikal yetmezlik bulgusu değildir?

- a) Hipotansiyon
- b) Hiperglisemi
- c) Hipoglisemi
- d) Hiponatremi
- e) Hiperpotasemi

AÇIKLAMA: Adrenokortikal yetmezlik bulguları, hipotansiyon, hipoglisemi, hiponatremi ve hiperpotasemidir.

Cevap B (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000, s. 1727)

86. Obezite, hirsutizm, sekonder amenore, anovulatuvar infertilite, LH/FSH oranının artması bulguları olan adolesan bir kız hastada uygun tanınız hangisidir?

- a) Cushing sendromu
- b) Ekzojen obezite
- c) Puberte prekoks
- d) Polikistik over sendromu
- e) Adrenokortikal tümör

AÇIKLAMA: Polikistik over sendromu, şişmanlık, hirsutizm, sekonder amenore ve büyük polikistik yapıda overler ile karakterizedir. LH/FSH oranı artmıştır. LH yüksekliği teka hücrelerinde hiperplaziye neden olur, follikül gelişimi duraklar, estradiol yapımı bozulur, amenore gelişir.

Cevap D (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000, s. 1757)

87. Aşağıdakilerden hangisi yenidoğanda solunum sıkıntısına yol açan patolojiler için yanlıştır?

- a) Persistan pulmoner hipertansiyonun patofizyolojisinde esas faktör pulmoner vasküler direncin artışıdır.
- b) Fetal akciğer sıvısının yetersiz absorpsiyonu yenidoğanın geçici takipnesine yol açar.
- c) RDS patofizyolojisinde sürfaktan eksikliği nedeniyle artmış yüzey gerilimine bağlı olarak yaygın atelektazi söz konusudur.
- d) RDS'de kan gazlarında hipoksemi ve hiperkapni görülür.
- e) Yenidoğanın geçici takipnesinde sıklıkla mekanik ventilasyon tedavisi gerekir.

AÇIKLAMA: Persistan pulmoner hipertansiyon yada persistan fetal dolaşım, asfiksi, mekonyum aspirasyon sendromu, sepsis, RDS, diyafragma hernisi gibi altta yatan bazı predispozan faktörler

sonucu yada idiyopatik olarak aşırı derecede artan pulmoner vasküler direnç nedeniyle doğumdan sonra PDA ve foramen ovaleden sağdan sola şantın, dolayısıyla fetal dolaşımın sürmesidir.

Sürfaktan eksikliği respiratuvar distres sendromunun primer nedenidir. Sürfaktan eksikliğinde artan yüzey gerilimi nedeniyle alveollerde atelektaziye eğilim olur ve bu nedenle yeterli fonksiyonel rezidüel kapasite oluşturulamaz. Yeterli gaz değişimi, oksijenizasyon ve ventilasyon sağlanmadığı için kan gazlarında hipoksemi ve hiperkarbi görülür, atelektazilerin artması ve hipokseminin sürmesiyle daha sonra metabolik asidoz da ortaya çıkabilir.

Yenidoğanın geçici takipnesi, nadiren respiratuvar distres sendromu tip II olarak da isimlendirilir ve fetal akciğer sıvısının yavaş absorpsiyonu nedeniyle pulmoner kompliyans ve tidal volümde azalma ve ölü boşlukta artış görülür. Doğumdan sonra erken dönemde takipne ortaya çıkar, bazen retraksiyonlar, inleme ve siyanoz gözlenir. Ancak siyanoz tipik olarak düşük konsantrasyonlu oksijen uygulaması ile hemen düzelir. Klinik durum 3 gün içinde hızla düzelir. Mekanik ventilasyon desteği ek bir patoloji olmadıkça gerekmez. Dolayısı ile doğru yanıt E şıkkıdır.

Cevap E (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 573-86*)

88.Aşağıdakilerden hangisi prematüre bebeklerde sık karşılaşılan sorunlardan değildir?

- Respiratuvar distres sendromu
- Patent duktus arteriosus
- Hiperkalemi
- Hiperkalsemi
- İntrakraniyal kanama

AÇIKLAMA: Prematüre bebeklerde solunumsal, kardiyovasküler, hematolojik, gastrointestinal, metabolik-endokrin, santral sinir sistemi ve renal sistemi ilgilendiren pek çok sorun ortaya çıkar. Hiperkalsemi dışındakiler ilgili sistemlerdeki en sık nedenler iken, prematüre bebeklerde görülen en sık metabolik-endokrin sorunlar hipoklasemi, hipoglisemi ve hiperglisemidir.

Cevap D (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, s. 553*)

89.Aşağıdakilerden hangisi non-immün hidrops fetalis nedeni değildir?

- Kromozom anomalileri
- Rh uyumsuzluğu
- Konjenital nöroblastoma
- Supraventriküler taşikardi
- İntrauterin enfeksiyonlar

AÇIKLAMA: Yenidoğanda kardiyak disritmiler, yapısal kalp hastalıkları, vasküler ve lenfatik nedenler, torasik lezyonlar, teratomlar, tümör ve depo hastalıkları, kromozom anomalileri, kemik hastalıkları, konjenital enfeksiyonlar olmak üzere hemen tüm sistemleri ilgilendiren pek çok durumda yada idiyopatik olarak nonimmün hidrops fetalis gelişebilir. Rh uygunsuzluğu ise immün hidrops fetalis nedenidir.

Cevap B (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, s. 602*)

90.Aşağıdakilerden hangisi yenidoğanda siyanoz nedenlerinden değildir?

- Methemoglobinemi
- Hipoglisemi
- Hipertermi
- Koanal atrezi
- Sepsis

AÇIKLAMA: Yenidoğanda sepsis, methemoglobinemi, koanal atrezi, respiratuvar distres sendromu, siyanotik konjenital kalp hastalıkları gibi durumlarda siyanoz görülebilir. Hipotermi de siyanozu neden olabileceği halde hipertermi siyanozu neden olmaz.

Cevap C (*Neonatology, Lange Medical Books, 1999, s. 213-5*)

91.Aşağıdakilerden hangisi yenidoğan resüsitasyonu için geçerli değildir?

- Doğumda yenidoğanların yaklaşık %5-10'u değişik derecelerde resüsitasyon gerektirir.
- Yenidoğan resüsitasyonunda amaç, beyin, kalp ve böbrek gibi hayati organları korumaktır.
- Doğum sonrası rengi pembe olmayan ve ağlamayan bebeğe ilk yapılması gereken pozitif basınçlı ventilasyondur.
- Pozitif basınçlı ventilasyona rağmen kalp hızı 60'ın altında ise göğüs kompresyonu uygulanır
- Pozitif basınçlı ventilasyon ve göğüs kompresyonuna rağmen kalp hızı 60'ın altında ise epinefrin uygulanır.

AÇIKLAMA: Yenidoğanların yaklaşık %5-10'u değişik derecelerde doğumda resüsitasyona gereksinim duyarlar. Amaç, solunum ve dolaşım fonksiyonlarının yeniden temini ve kalp, beyin, böbrek gibi hayati organları korumaktır. Doğumda bebek, mekonyumlu olup olmaması, solunumu, ağlaması, kas tonusu ve deri rengi gibi özellikler açısından değerlendirilir. Daha sonra hipoterminin önlenmesi açısından radyant altına alınır, gerekli ise hava yolu temizlenir ve gerekli ise oksijen verilir. Bu parametreler değerlendirildikten sonra kalp hızı 100'ün altında ise pozitif basınçlı ventilasyon uygulanır. Pozitif basınçlı

PEDİATRİ

ventilasyona rağmen kalp hızı 60'ın altında ise epinefrin uygulanır.

Cevap C (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, s. 569*)

92. Aşağıdakilerden hangisi fetal hipoksiye, dolayısı ile hipoksik iskemik ensefalopatiye neden olan durumlardan birisi değildir?

- Anestezi sırasında maternal hipoventilasyon
- Spinal anestezi sırasındaki maternal hipotansiyon
- Aşırı oksitosin uygulaması
- Elektif sezeryan doğum
- Postmatürite

AÇIKLAMA: Hipoksik-iskemik ensefalopati beyinde kalıcı hasara neden olan en önemli durumdur. Maternal kanın, hipoventilasyon sırasında yetersiz oksijenizasyonu, spinal anestezi sırasında düşük maternal kan basıncının yaratacağı plasental perfüzyon bozukluğu, aşırı oksitosin uygulamasının yaratacağı yetersiz uterin relaksasyon ve plasental yetmezliğe neden olan toksemi ve postmatürite gibi durumlar fetal hipoksiye, dolayısı ile hipoksik iskemik ensefalopatiye neden olurlar.

Cevap D (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, s. 566*)

93. Aşağıdakilerden hangisi geç-geç başlangıçlı neonatal sepsisin özelliklerinden biri değildir?

- Enfeksiyonun ortaya çıkış zamanı >30 gündür.
- Organizmanın kaynağı yenidoğan yoğun bakımı veya toplum kaynaklıdır.
- Bulgular multisistemik veya fokal olabilir.
- Özellikle çok düşük doğum ağırlıklı preterm infantlarda görülür.
- İntrapartum GBS kemoprofilaksisi, neonatal sepsisin bu formunu önler.

AÇIKLAMA: Enfeksiyonunun ortaya çıkış süresi göz önüne alındığında; ilk 7 gün ve genellikle de ilk 72 saat içerisinde ise **erken**, 7-30 gün arasında **geç**, ve 30 günden sonra ortaya çıkmış ise **geç-geç** neonatal sepsis olarak adlandırılır. Geç-geç neonatal sepsis özellikle çok düşük doğum ağırlıklı preterm infantlarda görülür ve multisistem tutulumu veya fokal tutulum ile seyreder. Enfeksiyon kaynağı yenidoğan yoğun bakım veya toplum kökenlidir. İntrapartum GBS kemoprofilaksisi perinatal transmisyonu önleyerek erken-neonatal sepsis sıklığını azaltır.

Cevap E (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, s. 623*)

94. Aşağıdakilerden hangisi konjenital sitomegalovirus enfeksiyonu için doğru değildir?

- En önemli fetal enfeksiyon riski annenin hamileliği sırasındaki primer enfeksiyondur.
- Maternal immüniteye rağmen, hamilelik sırasında reenfeksiyon olabilir.
- CMV-enfekte infantların çoğu doğumda semptomatiktir.
- Jeneralize sitomegalik inklüzyon hastalığının görülme sıklığı %10'dan azdır.
- Semptomatik konjenital CMV enfeksiyonunda gansiklovir kullanılabilir.

AÇIKLAMA: Fetus açısından en önemli risk, hamileliği sırasında primer enfeksiyona yakalanan annedir. Hamilelik sırasında kadınların çoğu asemptomatiktir ve primer enfeksiyon sırasında fetusa geçiş oranı %24-75'dir. Primer enfeksiyon sonrası latent seyredebileceği gibi, maternal immüniteye rağmen hamilelik sırasında re-enfeksiyon görülebilir, ancak genellikle daha hafif seyreder. Yaklaşık olarak doğumda konjenital CMV enfeksiyonlu bebeklerin %10'u semptomatiktir, geriye kalan %90'ı ise asemptomatik seyreder. Hamilelik sırasında uygun tedavi yoktur, ancak semptomatik konjenital CMV enfeksiyonlu yenidoğanlarda gansiklovir kullanılabilir.

Cevap C (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 568*)

95. Aşağıdakilerden hangisi küçük hava yolu obstrüksiyonunu gösterir?

- FEV1
- FEV1/FVC
- FEF25-75
- PEF
- VK

AÇIKLAMA: Küçük hava yollarıyla ilgili fonksiyonları en iyi gösteren solunum fonksiyon testi parametresi FEF 25-75'dir.

Cevap C (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000, s. 664*)

96. Daha önce selektif IgA eksikliği tanısı alan bir hastada ileri yaşlarda tüm immünglobulin değerlerinde düşme, periferik kanda B hücreleri sayısı yeterli bulunmuş, daha sonra lenfoma saptanmıştır. En olası tanı hangisidir?

- X'e bağlı infantil hipogammaglobulinemi
- Immünglobulin subgrup eksikliği
- Yaygın değişken immün yetersizlik
- Ağır kombine immün yetersizlik
- Wiskott Aldrich Sendromu

AÇIKLAMA: Yaygın değişken immün yetersizlikte IgA eksikliği ile başlangıç, sıklıkla görülür. Lenfoproliferatif hastalıkların eşlik etmesi bir diğer özelliğidir. B lenfositlerin sayısı Buruton'dan farklı olarak yeterli olabilir.

Cevap C (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000, s. 597)

97.Kronik granülomatöz hastalıkta en değerli test hangisidir?

- a) Rodamin dye testi
- b) Nötrofil sayısı
- c) Total lenfosit sayısı
- d) Mitojene antikor cevabı
- e) Lökositlerde granülasyon

AÇIKLAMA: Rodamin boya testi ve NBT (nitroblue tetrazolium testi) Kronik granülomatöz hastalık tanısında en değerli testlerdir.

Cevap A (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000, s. 590)

98.Hangisi SIRS (sistemik inflamatuvar reaksiyon sendromu) kriterlerinden değildir?

- a) Hiperventilasyon
- b) Taşikardi
- c) Ateş
- d) Lökositoz
- e) Metabolik asidoz

AÇIKLAMA: Hipotansiyonun eşlik etmesi ile sepsis sendromu olarak da bilinen sistemik inflamatuvar reaksiyon sendromu'nda kriterler solunum sayısı ve kalp seslerinde artış ile birlikte vücut ısısı ve beyaz küre sayısı değişiklikleridir.

Cevap E (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000, s. 747)

99.Oturakta tuvalet eğitimine ideal olarak hangi yaştan itibaren başlanmalıdır?

- a) 6 ay
- b) 9 ay
- c) 15 ay
- d) 3 yaş
- e) 4 yaş

AÇIKLAMA: Tuvalet eğitimin 6-9 ay gibi erken veya 3-4 yaş gibi geç başlatmak önerilmemektedir.

Cevap C (Neyzi, 3 baskı, s. 1419)

100.Hangisi enürezis tedavi yöntemlerinden değildir?

- a) Davranış tedavisi
- b) Takvim yöntemi
- c) İdrar alarmı
- d) Kolinerjik tedavi
- e) DDAVP

AÇIKLAMA: Antikolinerjik özellikteki ilaçlar enüreziste yarar sağlar.

Cevap D (Neyzi, 3. baskı, 2002, s. 1420)

101.Hangisi 3-5 yaşındaki çocuğun özelliklerinden değildir?

- a) Oyun çağı çocuğudur
- b) Çevre üzerinde kontrol kazanmaya başlar
- c) Dürtü ve isteklerinin anında karşılanması ister
- d) Gerçek ve hayali ayırdetmeye başlar
- e) Egosantrik düşünce hakimidir

AÇIKLAMA: Gerçek ve hayali ayırdetme henüz bu yaşta gelişmemiştir.

Cevap D (Neyzi, 3. baskı, 2002, s. 1411)

102.Kronik üremide osteodistrofi nasıl oluşur?

- a) Serum fosfat ve parathormon artışı
- b) Serumda hidrojen iyonu artışı
- c) Kalsitonin aktivitesi artışı
- d) Vitamin D ye karşı kemiklerde duyarlılığın artması
- e) Hiperkalsemi

AÇIKLAMA: GFR yaklaşık %25'in altına düştüğünde fosfat atılımı yeterli düzeyde sağlanamaz ve hiperfosfatemi gelişir ve hipokalsemi oluşumuna etki eder.

Cevap A (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000, s. 1610)

103.Akut poststreptokoksik glomerülonefritte serum kompleman seviyesi nasıldır?

- a) Önce yüksek sonra düşük
- b) Normal
- c) Önce düşüktür, 8-12 hafta sonra normale gelir
- d) Devamlı yüksek
- e) Devamlı düşük

AÇIKLAMA: Akut poststreptokoksik glomerülonefritte renal glomerülde C3 birikimine bağlı olarak serum C3 konsantrasyonu düşer, 8-12 haftada normal düzeyine döner.

Cevap C (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000, s. 1434)

104.Miyokarditle ilgili yanlış bulunuz?

- a) Viral ajanlar en sık nedendir
- b) Sıklıkla perimiyokardit şeklinde görülür
- c) Miyokardite bağlı aritmi görülmez
- d) Ani ölüm görülebilir
- e) Kronik miyokardite ve kardiyomiyopatiye dönüşebilir

AÇIKLAMA: Miyokardite bağlı olarak QRS kompleks voltaj düşüklüğü, ST segment ve T dalga anormallikleri görülür ve aritmiler ilk klinik bulgu olabilir.

PEDİATRİ

Cevap C (Behrman, Nelson Textbook of Pediatric, 2000, s 1434)

105.Nefrotik sendromun minimal hastalık tipi ile ilgili yanışı bulunuz?

- a) Protein itrahi genellikle 2 gr/m²/gün'den fazladır
- b) Genellikle 7-18 yaşları arasında sık görülür
- c) Hematüri'ye nadiren rastlanır
- d) Anazarka tarzında ödem gelişebilir
- e) Tedavide kortikosteroid verilir

AÇIKLAMA: Nefrotik sendromun minimal hastalık tipi genellikle 2-6 yaş arasında görülür.

Cevap B (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000, s. 593)

106.Yirmi aylık çocukta ateşsiz kanlı ishal sonrası hemolitik anemi, anüri, azotemi ve trombositopeni gelişmiştir. Bu hastalığın etiolojisinde hangisi en olasıdır?

- a) Salmonella typhi
- b) EHEC O 157:H7
- c) Rotavirüs
- d) Clostridium difficile
- e) Campylobacter jejuni

AÇIKLAMA: Hemolitik üremik sendrom en sık olarak **EHEC O 157-H7** etkenine bağlı gastroenteritlerde görülür.

Cevap B (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000, s. 1586)

107.Anne sütü için hangisi doğru değildir?

- a) 100 ml'de yaklaşık 70 kcal bulunur.
- b) Başlıca protein Whey proteinleridir.
- c) İnek sütündekinden daha fazla protein içeriğine sahiptir.
- d) Enfeksiyonlardan koruyucu özelliği vardır.
- e) Anne sütündeki K vitamini yenidoğanın ihtiyacını karşılayamaz.

AÇIKLAMA: Anne sütü %1-1.5, inek sütü %3,3 protein içermektedir. Anne sütü %75 whey proteinleri, laktoalbumin ve %25 kazein içerir, bu oran inek sütünde 22.78'tir.

Cevap C (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000, s. 156)

108.Bakteriyel menenjitler için hangisi uygun değildir?

- a) BOS'ta polimorfonükleer lökosit artışı hakimdir.
- b) Waterhouse-Friderichsen sendromu N. meningitidis'de gelişebilir.

- c) En sık etken yeni doğanlarda N. meningitidis'dir.
- d) Fokal nörolojik bulguları olanlarda görüntüleme mutlaka yapılmalıdır.
- e) Meningeal irritasyon bulguları her yaşta saptanamayabilir.

AÇIKLAMA: İlk aylık yaşam periyodunda bakteriyel menenjit etkeni maternal flora ve ifantın çevresel florasında yer almaktadır, bunlarda grup B streptokok, gram negatif enterik basil ve listeria monocytogenes'tir.

Cevap C (Behrman, Nelson Textbook of Pediatric, 2000, s. 751)

109.Protein enerji malnütrisyonu için hangisi doğrudur?

- a) Ekstrasellüler su düzeyi göreceli azalmıştır
- b) Hipoalbuminemi sadece ödemli olgularda görülür
- c) Önce boy uzaması duraklar sonra tartı etkilenir
- d) Hiperkalemi ödem etiopatogenezinde rol oynar
- e) Kseroftalmi için A vitamini verilmelidir.

AÇIKLAMA: PEM de vitamin eksikliği bulguları görülür ve bunlar içerisinde de **vitamin A eksikliği en sık görülenidir**. Vitamin A eksikliğine bağlı görülen durumlardan biri olan kseroftalmide de A vitamini desteği sağlanmalıdır.

Cevap E (Behrman, Nelson Textbook of Pediatric. 16. baskı, 2000, s. 17/0)

110.Zehirlenmelerde kusturma için kontrendikasyon olmayan hangisidir?

- a) Koma
- b) Asetaminofen entoksikasyonu
- c) Hidrokarbon alımı
- d) Koraziv madde alımı
- e) Düşkün hastalar

AÇIKLAMA: İki saat içerisinde alınmış, emilmemiş asetaminofeni uzaklaştırmak için ipeka yardımcıyla kusuturulur veya gastrik lavaj yapılır.

Cevap B (Rudolph, 20. baskı, 1996, s. 818)

111.Aşağıdakilerden hangisi non immün hidrops fetalis nedeni değildir?

- a) Fetal supraventriküler taşikardi
- b) İntrauterin infeksiyonlar
- c) Konjenital nöroblastoma
- d) Pulmoner lenfanjiektazi
- e) Talasemi trait

AÇIKLAMA: Hemoglobinopatilerden alfa talasemi hidrops fetalise yol açar. **Talasemi trait** infant

döneminde hipokrom mikrositer anemi şeklinde bulgu verir.

Cevap E (Stoll BJ, Kliegman RM. *Blood Disorders (The fetus and the Neonatal Infant)*. In: *Nelson Textbook of Pediatrics, 17th Edition*. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB (eds), Philadelphia, Saunders, 2004, p.602)

112.Beşinci dakikada santral siyanozu olan, kalp tepe atımı 80/ dakika, tamamen hipotonik, solunum zayıf ve düzensiz ve katatere refleks yanıtı hafif yüz buruşturma olan bebeğin Apgar skoru nedir?

- a) 2
- b) 3
- c) 4
- d) 6
- e) 8

AÇIKLAMA: Apgar skorunda her parametre 0,1 veya 2 puan alır. Görünümün pembe olması 2, ekstremitelerin mor olması 1 puan , tamamen mor olması 0 puandır. Solunumun iyi olması 2, hiç olmaması 0 puandır. Belirgin hipotonisi olan sıfır, ekstremitelerde hafif fleksiyon bir puan alır. Kalp tepe atımı dakikada 100'ün üzerinde ise iki puan, yoksa sıfır, dakikada 100'ün altında ise bir puan alır. Katatere refleks hiç yanıt yoksa sıfır, öksürme, hapşırma şeklinde belirgin reaksiyon varsa iki puan verilir. Bebek santral siyanoz ve hipotoniden 0 (sıfır) puan alır. Bu bebekte kalp tepe atımı dakikada 100'ün altında, solunum zayıf ve düzensiz olduğu ve katatere sadece hafif yüz buruşturma şeklinde yanıt alındığı için birer puanla toplam üç puan alır.

Cevap B (Stoll BJ, Kliegman RM. *The Newborn Infant (The fetus and the Neonatal Infant)*. In: *Nelson Textbook of Pediatrics, 17th Edition*. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB (eds), Philadelphia , Saunders, 2004, p.528)

113.Aşağıdakilerden hangisi kernikterus komplikasyonlarından değildir?

- a) İletim tipi sağırılık
- b) Koreoatetoid serebral palsy
- c) Mental retardasyon
- d) Dental displazi
- e) Yukarı bakış paralizisi

AÇIKLAMA: Kernikterus sensorinöral işitme kaybına neden olur.

Cevap A (Stoll BJ, Kliegman RM. *Digestive system disorders (The fetus and the Neonatal Infant)*. In: *Nelson Textbook of Pediatrics, 17th Ed*. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB (eds), Philadelphia, Saunders, 2004, p.596)

114.Aşağıdaki bulgulardan hangisi fizyolojik sarılığı düşündürür?

- a) Doğumdan sonra ilk 24 saat içinde başlayan sarılık
- b) Serum bilirubininin 24 saatte 5 mg/dl'den daha fazla hızda artması
- c) Term bebekte 10 mg/dl bilirubin düzeyi
- d) 10-14 günden fazla devam eden sarılık
- e) Direkt bilirubin düzeyinin 2 mg/dl'nin üzerinde olması

AÇIKLAMA: Term bebekte 12 mg/dl prematüre bebekte ise 15 mg/dl'yi aşmayan bilirubin düzeyi fizyolojik olarak kabul edilir.

Cevap C (Stoll BJ, Kliegman RM. *Digestive System Disorders (The fetus and the Neonatal Infant)*. In: *Nelson Textbook of Pediatrics, 17th Edition*. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB (eds), Philadelphia, Saunders, 2004, p.595)

115.Aşağıdaki durumlardan hangisi hiperinsülinizm yolu ile hipoglisemiye neden olmaz?

- a) Toksemik anne bebeği
- b) Nesidioblastozis
- c) Beckwith-Wiedemann sendromu
- d) Prematürelilik
- e) Diyabetik anne bebeği

AÇIKLAMA: Prematürelerde hipogliseminin nedeni yetersiz substrat alımı veya immatür enzim fonksiyonları ile ilgilidir.

Cevap D (Sperling MA. *Hypoglycemia (The fetus and the Neonatal Infant)*. In: *Nelson Textbook of Pediatrics, 17th Edition*. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB (eds), Philadelphia, Saunders, 2004, p.508)

116.Aşağıdaki nedenlerden hangisi konjuge hiperbilirubinemi yapmaz?

- a) Hiperalimentasyon kolestazi
- b) Sitomegalovirus enfeksiyonu
- c) Koyulaşmış safra tıkaçı sendromu
- d) Biliyer atrezi
- e) Crigler-Najjar sendromu

AÇIKLAMA: Crigler- Najjar sendromu konjugasyon defekti nedeniyle indirekt hiperbilirubinemiye neden olur.

Cevap E (Stoll BJ, Kliegman RM. *The fetus and the Neonatal Infant*. *Digestive system disorders (The fetus and the Neonatal Infant)*. In: *Nelson Textbook of Pediatrics, 17th Edition*. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB (eds), Philadelphia, Saunders, 2004, p.593.)

117.Yenidoğan bebekte polisitemi sınırı nedir?

- a) Venöz hematokritin %35'in üzerinde olması
- b) Venöz hematokritin % 45'in üzerinde olması
- c) Venöz hematokritin % 50'in üzerinde olması
- d) Venöz hematokritin %65'in üzerinde olması
- e) Venöz hematokritin %75'in üzerinde olması

AÇIKLAMA: Yenidoğanda santral hematokrit değerinin %65 ve üzerinde olması polisitemi olarak kabul edilir.

Cevap D (Stoll BJ, Kliegman RM. Blood disorders(The fetus and the Neonatal Infant). In: Nelson Textbook of Pediatrics, 17th Edition. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB (eds), Philadelphia, Saunders, 2004, p.606)

118.Doğum eylemi olmaksızın oluşan erken membran rüptüründe, term bir gebelik için fetus açısından hangi sürede infeksiyon riski artar?

- a) 6 saati geçtikten sonra
- b) 18 saati geçtikten sonra
- c) 24 saati geçtikten sonra
- d) 48 saati geçtikten sonra
- e) 72 saatten sonra

AÇIKLAMA: Yakın zamana kadar 24 saatten sonra riskin arttığı kabul edilirdi. Ancak şimdi 18 saati aşan bir membran rüptürü olduğunda Grup B streptokokla erken sepsis riskinin arttığı kabul edilmektedir.

Cevap B (Stoll BJ. Pathogenesis and epidemiology(The fetus and the Neonatal Infant). In: Nelson Textbook of Pediatrics, 17th Edition. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB (eds), Philadelphia, Saunders, 2004, p.624)

119.Aşağıdakilerden hangisi geniş fontanelle neden olmaz?

- a) Hidrosefali
- b) Hipofosfatasya
- c) Osteogenezis imperfekta
- d) D vitamini eksikliğine bağlı raşitizm
- e) Konjenital hipertiroidi

AÇIKLAMA: Konjenital hipertiroidi persistan küçük fontanelle birlikte dir. Hipotiroidide ise geniş ön fontanel gözlemlenebilir.

Cevap E (Stoll BJ, Kliegman RM. The newborn infant(The fetus and the Neonatal Infant). In: Nelson Textbook of Pediatrics, 17th Edition. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB (eds), Philadelphia, Saunders, 2004, p.525)

120.Term bebeğin kan hacmi ne kadardır?

- a) 50 ml/kg
- b) 85 ml/kg
- c) 10 ml/kg
- d) 200 ml/kg
- e) 300 ml/kg

Cevap B (Kliegman RM. Fetus ve Yenidoğan Bakımı. In: Behrman RE and Kliegman RM(eds) Nelson Essentials of Pediatrics (Türkçesi), 2.Baskı, Philadelphia, WB. Saunders Company,1996, s.189)

121.14 yaşında kız çocuğu 3 aydır devam eden ishal, şişkinlik, karın ağrısı, tenezm ve kanlı mukuslu dışkılama yakınmaları ile başvurdu. Fizik bakıda soluk görünümde, derin karın palpasyonunda yaygın şekilde ve hafif derecede karın ağrısı saptandı. Dışkı makroskobik olarak kanlıydı. Aşağıdakilerden hangisi en tanı koydurucu yaklaşımdır?

- a) Baryumlu üst gastrointestinal sistem grafileri
- b) Kolonoskopi
- c) Laktoz ve sorbitol içeren gıdaların diyetten çıkarılması
- d) Çift kontrastlı baryumlu kolon grafisi
- e) Özofagogastroduodenoskopi

AÇIKLAMA: İnflamatuvar bağırsak hastalığını (ülseratif kolit) düşündüren öyküsü ve bulguları olan bu adolesanda kolonoskopik inceleme yapılması (tipik diffüz inflamatuvar lezyonların görülmesi ve biyopside kript abselerinin ve polimorfonükleer infiltrasyonun saptanması) en fazla tanı koydurucu yaklaşımdır. Ayrıca kolonoskopi küçük mukozal lezyonların saptanmasında radyolojik tekniklere çok daha duyarlıdır.

Cevap B (Behrman RE. Nelson Textbook of Pediatrics, 14. baskı, Philadelphia, WB Saunders Company, s. 967)

122.On yaşında erkek çocuğu sekiz ay önce anne babasının ayrılmasından sonra ortaya çıkan tekrarlayıcı karın ağrısı yakınması ile başvurdu. Bu ağrı için aşağıdakilerden hangisi organik bir etiyo lojiyi düşündürür?

- a) Karın ağrısına eşlik eden baş ağrısı
- b) Hastanın günlük aktivitesini bozmayan ağrı
- c) Periumbilikal lokalizasyonlu ağrı
- d) Hastanın gece ağrı ile uyanması
- e) Yemeklerle ilişkili olmayan ağrı

AÇIKLAMA: Tekrarlayıcı karın ağrısı tipik olarak 4-14 yaş arasında başlar. Etiyolojide organik bir neden bulunamaz. Ancak olguların bir kısmında hastalığın başlangıcında çevresel psikososyal stres vardır. Ağrı genellikle periumbilikal lokalizasyonlu olup bazen çocuğun günlük aktivitesini bozabilir. Ancak hiçbir zaman uykudan uyandırmaz. Baş ağrısı nonspesifik olguların 1/3'ünde görülür.

Cevap D (Behrman RE. Nelson Textbook of Pediatrics, 14. baskı, Philadelphia, WB Saunders Company, s. 986)

123. Haftada 3 gün gündüz bakım evinde kalan 5 aylık kız bebek 4 haftadır devam eden günde 3-5 kez olan sulu dışkılama nedeniyle getirildi. Hastanın ilk kez 4 hafta önce akut ishal geçirdiği ve yakınmalarının tam olarak düzelmediği öğrenildi. Bebeğin ateşinin olmadığı, iştahında hafif azalma olduğu ve hiç kusmadığı ifade edildi. Fizik bakıda kilo kaybı dışında pozitif başka bir bulgu yoktu. Hastaya herhangi bir ilaç verilmemiş, özel bir diyet uygulanmamıştı. Aşağıdakilerden hangisi en uygun yaklaşımdır?

- Dışkı incelemesi, eğer dışkıda indirgen madde pozitifse laktosuz diyet verilmesi
- Dışkı kültürü
- Bebeğin ishali düzelineye kadar şeker-elektrolit solüsyonu tedavisine alınması
- Anneye bebeğin 2-3 ay süreyle gündüz bakım evinden alması talimatının verilmesi
- 10 günlük geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi verilmesi

AÇIKLAMA: Ateşi, kusması ve dehidratasyonu bulunmayan böyle bir hastada en uygun yaklaşım öncelikle dışkı incelemesi yapılması, indirgen madde pozitif ise laktosuz diyetle başlanmasıdır. Geçirilmiş akut gastroenteritlerin sonrasında intestinal mukozadaki diffüz harabiyete bağlı olarak sekonder laktoz intoleransı ortaya çıkabilir. Bu hastalardan süt şekeri olan laktozun alımından sonra sulu ishal, karın distansiyonu ve gaz gibi belirtiler ortaya çıkar. Laktoz intoleransında dışkıda indirgen madde pozitifdir, dışkı pH'sı da asit olur. Tedavi sütten çıkarılmasıdır.

Cevap A (Behrman RE, Nelson Textbook of Pediatrics, 14.baskı, Philadelphia, WB Saunders Company, s.984)

124. Çölyak hastalığı düşünülen beş yaşındaki hastada aşağıdakilerden hangisi en fazla tanı koydurucudur?

- Antigliadin antikorları
- Baryumlu ince bağırsak pasaj grafisi
- Karın tomografisi
- İnce bağırsak biyopsisi
- D-ksiloz tolerans testi

AÇIKLAMA: Gluten enteropatisinde tanı esas olarak ince bağırsak biyopsisi bulgularına dayanır (villuslarda atrofi, kriptlerde hipertrofi ve lamina propriada lenfosit infiltrasyonu).

Cevap C (Behrman RE, Nelson Textbook of Pediatrics, 14.baskı, Philadelphia, WB Saunders Company, s.978)

125. Dokuz aylık bebek 6 haftadır devam eden günde 7 kez olan sulu dışkılama yakınması ile getirildi. Beslenme öyküsünde günde yaklaşık 2.5 su bardağı kadar meyve suyu aldığı öğrenildi. Bu çocuğun ishali açıklayan temel mekanizma aşağıdakilerden hangisidir?

- Sekretuar
- İnflamatuvar
- Motilite
- İnfeksiyöz
- Ozmotik

AÇIKLAMA: Aşırı miktarda meyve suyu tüketen çocuklarda ozmotik mekanizmaya bağlı olarak ishal ortaya çıkabilir.

Cevap E (Vanderhoof JA. Chronic Diarrhea. Pediatrics in Review 1998; 19(12):418-22)

126. Adolesan dönemde Wilson hastalığı için aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur?

- Santral sinir sistemi semptomları daima karaciğer yetmezliği ile beraberdir.
- Yüksek serum bakır düzeyleri hastalık için tanı koydurucudur.
- Kayser-Fleischer halkası hemen daima nörolojik tutulum ile beraberdir.
- Hastalar tanı konulduğu zaman tipik olarak asemptomatiktir.
- Tanı için altın standart yüksek seruloplazmin düzeyleridir.

AÇIKLAMA: Wilson hastalığında, yalnızca karaciğer tutulumu olan genç hastalarda Kayser-Fleischer halkası bulunmayabilir. Ancak nörolojik semptomları olan hastalarda hemen daima Kayser-Fleischer halkası vardır. Wilson hastalığındaki sinir sistemi semptomları bazal ganglionlarda bakır birikimine bağlı olup hepatik yetmezlikle ilgili değildir. Wilsonlularda serum bakır düzeyleri yüksek, normal veya düşük olabilir. Wilson hastalarında genellikle seruloplazmin seviyeleri 20 mg/dl'nin altındadır.

Cevap C (Behrman RE, Nelson Textbook of Pediatrics, 14.baskı, Philadelphia, WB Saunders Company, 1992, s.1015)