

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)
Prof.Dr. Ercan ABAY (Trakya)
Prof.Dr. Hadi AKAY (Ankara)
Prof.Dr. Muhsin AKBABA (Çukurova)
Yrd.Doç.Dr. F. Zeynep AKÇAM (Süleyman Demirel)
Prof.Dr. Fahri AKÇİÇEK (Ege)
Yrd.Doç.Dr. Erol AKGÜL (Çukurova)
Prof.Dr. Mustafa AKIN (Ege)
Prof.Dr. Emre AKKUŞ (Cerrahpaşa)
Yrd.Doç.Dr. İbrahim AKMAZ (GATA Haydarpaşa)
Prof.Dr. Kıymet AKSOY (Çukurova)
Prof.Dr. Tevfik Aslan AKSU (Akdeniz)
Prof.Dr. Erol AKSUNGUR (Çukurova)
Doç.Dr. Berrin AKTEKİN (Akdeniz)
Doç.Dr. Melih AKYOL (Cumhuriyet)
Doç.Dr. Yakut AKYÖN YILMAZ (Hacettepe)
Prof.Dr. Cemalettin AKYÜREK (Meram)
Yrd.Doç.Dr. Ayşin ALAGÖL (Trakya)
Prof.Dr. Sadık Emre ALHAN (Çukurova)
Yrd.Doç.Dr. Alpaslan ALP (Hacettepe)
Prof.Dr. Hızır Mete ALP (Kocuyolu K.E.A.H.)
Prof.Dr. Kemal ALTAŞ (Cerrahpaşa)
Doç.Dr. Faik ALTINTAŞ (SSK Güztepe Eğitim Hast.)
Yrd.Doç.Dr. Betül Uğur ALTUN (Trakya)
Prof.Dr. Aziz ALTURFAN (İstanbul)
Prof.Dr. Muhlis ALVUR (Ondokuz Mayıs)
Prof.Dr. Cemil APAYDIN (Akdeniz)
Yrd.Doç.Dr. Cavdan ARAR (Trakya)
Yrd.Doç.Dr. Nuri ARDIÇ (GATA Haydarpaşa)
Yrd.Doç.Dr. Ender ARIKAN (Trakya)
Doç.Dr. Sevtap ARIKAN (Hacettepe)
Doç.Dr. Yücel ARISÖY (Dokuz Eylül)
Prof.Dr. Yücel ARITAŞ (Erciyes)
Prof.Dr. Orhan ARSEVEN (İstanbul)
Prof.Dr. Haluk ARVAS (Karadeniz)
Prof.Dr. Macit ARVAS (Cerrahpaşa)
Prof.Dr. Mevlüt ASAR (Akdeniz)
Prof.Dr. Diler ASLAN (Pamukkale)
Doç.Dr. Füsün ATLIHAN (Dr.Behçet Uz Hst.)
Prof.Dr. İnci AYAN (İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü)
Dr. Hülya AYBEK (Pamukkale)
Prof.Dr. Ertuğrul H. AYDEMİR (Cerrahpaşa)
Yrd.Doç.Dr. Selim AYDEMİR (Zong.Karaelmas)
Prof.Dr. Ahmet AYDIN (Ege)
Prof.Dr. Raci AYDIN (Dr.Muhittin Ülker)
Uz.Dr. Aysel AYDOĞAN (Dr.Behçet Uz Hst.)
Yrd.Doç.Dr. Dursun AYGÜN (Ondokuz Mayıs)
Prof.Dr. İ.Hakkı AYHAN (Ankara)
Prof.Dr. Hüseyin BAĞCI (Pamukkale)
Yrd.Doç.Dr. Arif BAHAR (GATA Haydarpaşa)
Doç.Dr. Mustafa BAK (Dr.Behçet Uz Hst.)
Prof.Dr. Nuri BAKAN (Atatürk)
Prof.Dr. Mehmet BAKIR (Cumhuriyet)
Yrd.Doç.Dr. Akin Eraslan BALCI (Firat)
Prof.Dr. Şükrü BALEVİ (Meram)
Doç.Dr. Ali BALOĞLU (İzmir Atatürk Hst.)
Prof.Dr. Meral BARLAS (Ankara)
Doç.Dr. Esin BAŞER (Celal Bayar)
Prof.Dr. İskender BAŞER (GATA)
Doç.Dr. Hikmet BAŞMAK (Osmangazi)
Prof.Dr. Çağlar BATMAN (Marmara)
Prof.Dr. Ömer BAYEZİD (Akdeniz)
Prof.Dr. Süleyman BAYKAL (Karadeniz)
Yrd.Doç.Dr. Taner BAYRAKTAROĞLU (Zong. Karaelmas)
Prof.Dr. A.İhsan BAYSAL (Gazi)
Doç.Dr. Ahmet BEKTAŞ (Ondokuz Mayıs)
Yrd.Doç.Dr. Uğur BERBEROĞLU (Trakya)
Doç.Dr. Yaşar BİLGE (Ankara)
Doç.Dr. Ayşe BİNGÖL (Ankara)
Yrd.Doç.Dr. Murat BİRTANE (Trakya)
Yrd.Doç.Dr. Ali BORAZAN (Zong.Karaelmas)
Prof.Dr. Adem BOYACI (Erciyes)
Doç.Dr. Hakan BOZCUK (Akdeniz)
Prof.Dr. Hacer BOZDEMİR (Çukurova)

Prof.Dr. Nafiz BOZDEMİR (Çukurova)
Prof.Dr. Işık BÖKESÖY (Ankara)
Doç.Dr. Fatih BULUCU (GATA)
Yrd.Doç.Dr. Nurullah BÜLBÜLLER (Firat)
Yrd.Doç.Dr. Mehmet Akif BÜYÜKBEŞE (K.Maraş Sütcü İmam)
Yrd.Doç.Dr. Gülgün BÜYÜKDERELİ (Çukurova)
Prof.Dr. Filiz BÜYÜKKEÇECİ (Ege)
Yrd.Doç.Dr. Cemalettin CAMCI (Firat)
Uz.Dr. Demet CAN (Dr.Behçet Uz Hst.)
Prof.Dr. Ercan CANBAY (Cumhuriyet)
Yrd.Doç.Dr. Fevziye CANBAZ TOSUN (Ondokuz Mayıs)
Yrd.Doç.Dr. Vildan CANER (Pamukkale)
Uz.Dr. Şükrü CANGAR (Dr.Behçet Uz Hst.)
Prof.Dr. Fikri CANORUÇ (Dicle)
Prof.Dr. A.Tevfik CENGİZ (Ankara)
Yrd.Doç.Dr. A.Serhan CEVİROĞLU (Afyon Kocatepe)
Prof.Dr. H.Can CİMLİLLİ (Dokuz Eylül)
Prof.Dr. M.İpek CİNGİ (Osmangazi)
Prof.Dr. İbrahim CÜREKLİBATIR (Ege)
Prof.Dr. Meral ÇALGÜNERİ (Hacettepe)
Uz.Dr. Şebnem ÇALKAVUR (Dr.Behçet Uz Hst.)
Prof.Dr. Osman Uğur ÇALPUR (Trakya)
Doç.Dr. Çetin ÇELEK (Ondokuz Mayıs)
Prof.Dr. Fahrettin ÇELİK (Ondokuz Mayıs)
Doç.Dr. Faik ÇELİK (SSK Güztepe Hst.)
Prof.Dr. Cengiz ÇELİKER (İÜ Kardiyoloji Ens.)
Prof.Dr. Mehmet Turan ÇETİN (Çukurova)
Doç.Dr. Ziya ÇETİNKAYA (Firat)
Prof.Dr. Salih ÇETİNKURŞUN (GATA)
Prof.Dr. M.Nedim ÇİÇEK (Meram)
Yrd.Doç.Dr. Engin ÇİFTİOĞLU (Ondokuz Mayıs)
Prof.Dr. Nusret ÇİFTİ (Ondokuz Mayıs)
Yrd.Doç.Dr. Y. Kanan ÇOBAN (K.Maraş Sütcü İmam)
Yrd.Doç.Dr. Cengiz ÇOKLUK (Ondokuz Mayıs)
Doç.Dr. Dilek ÇOLAK (Akdeniz)
Prof.Dr. Mehmet ÇOLAKOĞLU (Meram)
Yrd.Doç.Dr. Neriman ÇOLAKOĞLU (Firat)
Prof.Dr. Salih Ö. ÇOLAKOĞLU (Çukurova)
Yrd.Doç.Dr. D.Özlem DABAK (Firat)
Dr. F. Suat DEDE (SSK Ankara Doğumevi)
Dr. Ercan DEMİR (Cumhuriyet)
Prof.Dr. Hüseyin DEMİR (Erciyes)
Prof.Dr. Ramazan DEMİR (Akdeniz)
Prof.Dr. Ramazan DEMİR (Erciyes)
Dr. Sevgi DEMİR (Akdeniz)
Doç.Dr. Süleyman DEMİR (Pamukkale)
Dr. Durmuş DEVECİ (Cumhuriyet)
Yrd.Doç.Dr. Figen DEVECİ (Firat)
Doç.Dr. Ceyhan DİZDARER (Dr.Behçet Uz Hst.)
Doç.Dr. Bilal DOĞAN (GATA)
Doç.Dr. Gürsoy DOĞAN (İnönü)
Prof.Dr. Eker DOĞANVAŞARGİL (Ege)
Doç.Dr. Deniz DOĞRU (Hacettepe)
Prof.Dr. Nesrin DOĞRU (Osmangazi)
Yrd.Doç.Dr. Babür DORA (Akdeniz)
Doç.Dr. Dikmen DÖKMECİ (Trakya)
Prof.Dr. İsmet DÖKMECİ (Trakya)
Doç.Dr. Murat DÖŞOĞLU (Düzce)
Prof.Dr. Hatice DURAK (Dokuz Eylül)
Prof.Dr. Enver DURAN (Trakya)
Prof.Dr. H. Ergin DÜLGER (Gaziantep)
Yrd.Doç.Dr. Füsün DÜZCAN (Pamukkale)
Doç.Dr. Öznur DÜZOVALLI (Mersin)
Prof.Dr. Reyhan EĞİLMEZ (Cumhuriyet)
Doç.Dr. Alev EKEN (Ankara Hst.)
Doç.Dr. H.Meral EKŞİOĞLU (Ankara Hst.)
Yrd.Doç.Dr. Ömür ELÇİOĞLU (Osmangazi)
Prof.Dr. Murat ELEVLİ (Haseki Hst.)
Doç.Dr. Murat EMİROĞLU (Ankara)
Dr. Yaşar ENLİ (Pamukkale)
Prof.Dr. Özgün ENVER (Cerrahpaşa)
Yrd.Doç.Dr. Hakan ERBAŞ (Trakya)
Prof.Dr. Sena ERDAL (Cumhuriyet)
Prof.Dr. İ.Doğan ERDEN (GATA Haydarpaşa)

Yrd.Doç.Dr. Haydar ERDOĞAN (Cumhuriyet)
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. Kevser 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 FİÇİCIOĞLU (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 GÖKSÜGÜR (İzmit 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. Cemalettin 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 GÜNDAĞ (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. Firat 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 GÜRİSOY (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 HIZARICIOĞLU (Dr.Behçet Uz Hst.)
Doç.Dr. Ali Fuat İŞİK (Dokuz Eylül)
Op.Dr. Nejat İŞİK (SSK Güztepe Eğitim Hast.)
Prof.Dr. Nihal İÇTEN (Ondokuz Mayıs)
Doç.Dr. Güliz İKİZOĞLU (Mersin)
Doç.Dr. Atilla İLHAN (İnönü)
Doç.Dr. Y.Selim İLHAN (Firat)
Prof.Dr. Süleyman Sami İLKER (Celal Bayar)
Prof.Dr. İbrahim İMAMOĞLU (Karadeniz)
Yrd.Doç.Dr. Işıl İNANIR (Celal Bayar)
Prof.Dr. Servet İNÇİ (Hacettepe)
Prof.Dr. Mehmet İSİR (Akdeniz)

Prof.Dr. Güzin İSKELELİ (Cerrahpaşa)
Yrd.Doç.Dr. Serdar H. İSKİT (Çukurova)
Prof.Dr. Yasemin KABASAKAL (Ege)
Yrd.Doç.Dr. Aysin KALE (Ondokuz Mayıs)
Prof.Dr. Tuğ Alp KALYON (GATA)
Prof.Dr. Mansur KAMACI (Yüzcüncü Yılı)
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. Birsan 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 KARADAG (Trakya)
Prof.Dr. Sezin 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 (Firat)
Uz.Dr. Tülay KAVAKLI (Dr.Behçet Uz Hst.)
Doç.Dr. Mukaddes KAVALA (SSK Göztepe Eğitim Hast.)
Prof.Dr. Salih KAVUÇU (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 KEÇİCİ (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.Maras Sütçü İmam)
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 KOÇABAY (Düzce)
Prof.Dr. Hikmet KOÇAK (Atatürk)
Prof.Dr. Siranus KOKİNO (Trakya)
Doç.Dr. Lale KOLDAŞ (Cerrahpaşa)
Doç.Dr. İsmail Soner KOLTAŞ (Çukurova)
Prof.Dr. Emel KOPTAĞ (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 KÖMÜRÇÜ (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 (İzmit Baysal)
Prof.Dr. Aysel KÜKNER (İzmit Baysal)
Doç.Dr. Nurdan LENK (Ank. Numune Hast.)
Yrd.Doç.Dr. Mahir MAHIROĞLU (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 MİSTİK (Erciyes)
Yrd.Doç.Dr. Abdullah MİLCAN (Mersin)
Yrd.Doç.Dr. Hasan MİRZAİ (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 (Firat)
Prof.Dr. Bülent MÜNGEN (Firat)
Yrd.Doç.Dr. Meltem NALÇA ANDRIEU (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 (Firat)
Prof.Dr. İ. Fahri ÖÇER (Cerrahpaşa)
Yrd.Doç.Dr. Murat ÖGETÜRK (Firat)
Yrd.Doç.Dr. Dilara ÖGÜNC (Akdeniz)
Prof.Dr. Çağlar ÖĞÜTMAN (Akdeniz)
Prof.Dr. S. Ateş ÖNAL (Firat)
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 ÖNGÜR (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. Senay 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 Etilaf Hast.)
Prof.Dr. Serap ÖZTÜRKAN (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 PİNAR (Hacettepe)
Doç.Dr. Süleyman PİŞKİN (Trakya)
Prof.Dr. Ömer POYRAZ (Cumhuriyet)
Doç.Dr. Simin ROTA (Pamukkale)
Yrd.Doç.Dr. Hatice İlgün RUHİ (Ankara)
Prof.Dr. Cemil SABUNCU (Osmangazi)
Prof.Dr. İlham SABUNCU (Osmangazi)
Doç.Dr. Kenan SAĞLAM (GATA)
Dr. Gülay SAIN 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. Gülemdane 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 SIN (Ege)
Prof.Dr. Muzaffer SINDEL (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. Gülşay ŞADAN (Akdeniz)
Yrd.Doç.Dr. M. Turhan ŞAHİN (Celal Bayar)
Yrd.Doç.Dr. Ulus Ali ŞANLI (Ege)
Yrd.Doç.Dr. Berna ŞANLIERDOĞAN (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 SENEL (Ondokuz Mayıs)
Prof.Dr. Kazım SENEL (Atatürk)
Doç.Dr. Burçin ŞENER (Hacettepe)
Prof.Dr. Mustafa ŞENGİZER (GATA)
Doç.Dr. Taşkın ŞENTÜRK (Adnan 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. Zübeyir 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 TEKELİOĞLU (Ankara)
Prof.Dr. Şevket TEKTAŞ (İnönü)
Prof.Dr. Eşref TEL (Osmangazi)
Doç.Dr. Ahmet TEMİZHAN (TYİH)
Prof.Dr. Mustafa TIRELİ (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 TURTUN (Marmara)
Yrd.Doç.Dr. Aylin TÜRELİ 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 (İzmit 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. Şemsaddin USTAÇELEBİ (Hacettepe)
Prof.Dr. Müberra UYGUN (Trakya)
Prof.Dr. Adnan UZUNISMAİL (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 YAVAŞAOĞLU (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 YİĞİTSUBAY (Cerrahpaşa)
Prof.Dr. Faruk YORULMAZ (Trakya)
Doç.Dr. Nurullah YÜCEER (Dokuz Eylül)
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 (Adnan 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 : denizaa@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 firmaların 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

Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş. adına İmtiyaz Sahibi

Dr.Mehmet Akgül
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



Türkiye Klinikleri

Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

Cilt 13

Sayı 4

Mayıs-Haziran 2004

İÇİNDEKİLER

175

Kadın Hastalıkları ve Doğum

216

Genel Cerrahi

ISSN: 1300-0276

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

Cilt : 13 • Sayı : 4 • Mayıs-Haziran 2004 • Sayfa: 175-234

GENEL CERRAHİ

1. Hiperplastik polipler için aşağıdakilerden hangisi doğru değildir?

- a) Genellikle 5 mm'den küçüktür
- b) Sesildir
- c) Distal kolonda daha çok görülür
- d) İnce bağırsakta daha çok görülür
- e) Üzerinde normal mukozal alanlar bulunur

AÇIKLAMA: Hiperplastik polipler kolonda görülür. Malignite riski yoktur.

Cevap D (*Gastroenteroloji. JB Lippincott Company, Colonic Polyps. Philadelphia, s.1657*)

2. Kolorektal kanserler için premalign oluşum en çok hangisidir?

- a) Familial adenomatöz polip
- b) Juvenil polip
- c) Hiperplastik polip
- d) Sesil polip
- e) Soliter polip

AÇIKLAMA: Kolorektal kanserlerin büyük çoğunluğunun etiyolojisi ne olursa olsun adenomatöz poliplerden köken aldığına inanılır. Basit olarak mukozal yüzeyden lümeneye doğru gelişim gösteren ve çıplak gözle görülebilen oluşumlara polip denmektedir ve bunlar patolojik olarak; non-neoplastik hamartomalar (Juvenil Polip), hiperplastik polip ve adenomatöz polip olarak sınıflandırılırlar. Bunlar içerisinde adenomatöz polipler açıkça premalign lezyonlardır.

Klinik olarak adenomatöz poliplerin kanser olma ihtimalleri makroskopik görünümüne, histolojik tiplerine ve büyüklüklerine bağlıdır. Adenomatöz polipler saplı veya sapsız olabilirler. **Kanser gelişimi daha çok sapsız poliplerde görülür.** Histolojik olarak ise tübüler, villöz veya tübülovillöz olabilir. **Villöz adenomların çoğu sapsızdır ve tübüler adenomlara göre 3 kez daha fazla kanserleşme oranına sahiptirler.**

Cevap A (*Gastroenteroloji. JB Lippincott Company, Malignant Tumors of the Colon. Philadelphia, s.1780*)

3. Akut pankreatitli bir hastanın tanı ve tedavisinde en yararlı olan yöntem hangisidir?

- a) Ultrason
- b) ERCP
- c) Magnetik rezonans tetkiki

- d) Kontrastlı bilgisayarlı tomografi
- e) Kolanjiyo MR

AÇIKLAMA: Akut pankreatitte ortaya çıkan paralitik ileus tablosu ultrasonografik incelemelerin başarısını büyük ölçüde azaltmaktadır. Diğer taraftan **kontrastlı BT özellikle pankreatite bağlı nekrozların gösterilmesinde daha etkili olmaktadır.**

Cevap D (*Mulvihill S. Pancreas. In: Norton JA, ed. Surgery Basic Science and Clinical Evidence. Springer, New York, 2001, s.523-526*)

4. İnce bağırsakların en sık görülen sarkomu hangisidir?

- a) Fibrosarkom
- b) Kaposisarkom
- c) Anjiyosarkom
- d) Liposarkom
- e) Leiomyosarkom

AÇIKLAMA: İnce bağırsakta en sık rastlanan benign lezyonlar leiomyomlardır. En sık jejunumda görülür. Lipomlar ince bağırsaklarda ikinci sıklıkla görülen lezyonlardır. İnce bağırsağın malign lezyonlarının %20'si sarkomlardır. **En sık görülen sarkom leiomyosarkomlardır.** En sık 50-60 yaşlarında görülür.

Cevap E (*Michael G Sarr. Small Bowel Tumors. Camarob Surgical Therapy, 4th ed., 1999*)

5. Epifrenik divertikül sıklıkla aşağıdakilerden hangisiyle ilişkilidir?

- a) Barret özofagus
- b) Tüberküloz
- c) Hiperasidite-reflü özofajit
- d) Hiatal herni
- e) Duodenal ülser

AÇIKLAMA: Epifrenik divertiküller özofagusun 10 cm'lik alt kısmında görülen divertiküllerdir. Çoğunlukla pulsiyon divertikülü şeklindedir. Oluşmalarında, artmış intraözofagial basıncın sorumlu olduğu düşüncesi yaygındır. Ayrıca bu tür divertikülü bulunan hastalarda difüz özofagus spazmı, kardiyospazm ve özofajit gibi patolojilere sık rastlanması bu düşüncüyü kanıtlar niteliktedir. **Olguların ¾'ünde hiatal herni divertiküle eşlik eder.**

Cevap D (*Maignot's Abdominal Operations, 10th ed, s.852*)

6. Aşağıdaki ifadelerden yanlış olanı işaretleyiniz.

- Dielafoy lezyonu, gastrik mukozal uç arterde basınç nekrozu sonucu oluşur.
- Menetrier hastalığında nadiren hipoproteinemi gelişir ve total gastrektomiye gerektirir.
- Mukus, mukoprotein özelliğinde organik bir maddedir.
- Gastrik epitelin hidrofobik yapısı akut gastrik mukozal zedelenmeyi önler.
- Parietal hücrelerde, prostaglandin ve somatostatatin reseptörleri de bulunur.

AÇIKLAMA: Mukus mukoprotein değil, fakat glikoprotein özelliğindedir. Diğer şıklar doğrudur.

Cevap C (Schwartz et al. Principles of Surgery, 7.baskı. New York: Mc Graw Hill, 1999, s.1187)

7. Endotoksin için hangi ifade söylenemez?

- Lipopolisakkarid yapıdadır.
- Monoklonal antikor tedavisi sepsistide yararlıdır.
- İ.V. verilince bakteriyel translokasyonu artırır.
- Monosit-makrofaj sistemini uyarır.
- Bakterinin ölümünden sonra bile etki gösterebilir.

Cevap B(Norton JA, eds. Surgery, Basic Science and Clinical Evidence. New York: Springer, 2001, s.193-219)

8. Aşağıdaki bağırsak peptidlerinden hangisinin ince bağırsak mukozası üzerine trofik etkisi yoktur?

- Bombesin
- Epidermal Growth Faktör
- Gastrin
- Nörotensin
- Somatostatin

Cevap E (Schwartz, 1999, 6.baskı, s.26)

9. Aşağıdakilerden hangisi eksternal hernidir?

- Paraduodenal herni
- Periçekal herni
- Spigelien herni
- Hiatus hernisi
- Transomental herni

Cevap C (Gastroenteroloji. JB Lippincott Company, Abdominal Cavity. Philadelphia, s.2052-3)

10. Akut mezenterik arteriyel embolinin en sık nedeni hangisidir?

- Volvulus
- Internal herniasyon
- External herniasyon
- Malignite
- Atrial fibrilasyon

Cevap E (Gastroenteroloji, JB Lippincott Company, Vascular Insufficiency, Philadelphia, s.2052-3)

11. De Quervain tiroiditi için hangi ifade doğrudur?

- Bakteriyel enfeksiyon söz konusudur.
- Hipotiroidi ile başlar.
- Akut dönemde T₃-T₄ düzeyleri yüksektir.
- Her zaman ötiroidi vardır.
- Mutlak nodüler oluşum söz konusudur.

Cevap C (Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.1676-7)

12. Ratlarda enteral beslenme yapılmadığında hangisi oluşmaz?

- GALT (Gut Associated Lymphoid Tissue) atrofiksi
- Bağırsak mukoza atrofiksi
- Translokasyonda artma
- Sekretuar IgA azalması
- Portal kan akımında azalma

Cevap E (Omura K, et al. Small amount of low residue diet with parante ral nutrition can prevent decreases in intestinal mucosal integrity. Ann Surg 2000; 231:112-8)

13. Hangisi bağırsaktan translokasyon nedeni sayılmaz?

- Elektif kolesistektomi
- Radyoterapi
- İnflamatuvar bağırsak hastalığı
- Total parenteral nütrisyon
- Endotoksin injeksiyonu

Cevap D(Alexander WJ. Nutrition and translocation. JPEN 14:170-4)

14. Hangi tip bağırsak tıkanmasında nonoperatif tedavi uygulanabilir?

- Jejunoleal invaginasyon
- Tümöre bağlı sigmoid tıkanma
- Banda bağlı ince bağırsak tıkanması
- Çekal volvulus
- İleosigmoid düğüm

Cevap C (Cameron JL. Current Surgical Therapy. Çev: Ergüney Sabri, Çiçek Y. Güncel Cerrahi Tedavi, İstanbul, 2001, s.123-132)

15. Aksesuar dalak en sık hangi lokalizasyonda görülür?

- Dalak hilusu
- Splenokolik ligaman
- Splenorenal ligaman
- Gastrokolik ligaman
- Omentum

AÇIKLAMA: Aksesuar dalakların çoğunun yerleşim yeri dalak hilusudur.

Cevap A (Schwartz, *Spleen in Principles of Surgery*, 7.baskı, 1999, s.1501)

- 16.Malign mide tümörlerinde gastrik adenokarsinomadan sonra en sık görülen tümör hangisidir?
- Anjiyosarkom
 - Leomiyosarkom
 - Lenfoma
 - Karsinoid tümör
 - Leiyomyom

Cevap C (Ashley Evoy, *Stomach Gastric Neoplasms Principles of Surgery*, 1999; 7:1201)

17.Kırkdört yaşında erkek hasta, üst GİS kanamasıyla başvurdu. 24 saat içinde 7 ünite kan transfüzyonu yapıldı. Endoskopide bulbus duodenide 3.5 cm çapında kanayan benign ülser tespit edildi, ancak kanama durdurulamadı. Aşağıdaki işlemlerden hangisi tercih edilir?

- Ülsere primer sütür+vagotomi+pilorooplasti
- Ülsere primer sütür+Helicobacter pilori tedavisi+Lansoprazol
- Ülsere primer sütür+vagotomi+antrektomi+Billroth I ameliyatı
- Ülsere primer sütür+vagotomi+antrektomi+Billroth II ameliyatı
- Ülsere primer sütür+PGV

AÇIKLAMA: Tıbbi tedaviye cevap şansı az olan, iyileşse dahi stenoza yol açabilecek bir ülser tarif ediliyor. Nüks şansı en düşük olan ve mide sıvısını jejunuma boşaltan ve D şikkinde tarif edilen ameliyat tercih edilir.

Cevap D (Schwartz et al. *Principles of Surgery*, 7.baskı. New York: Mc Graw Hill, 1999, s.1198)

18.İntestinal obstrüksiyon açısından aşağıdaki ifadelerden yanlış olanı işaretleyiniz.

- İntestinal obstrüksiyonla başvuran hastaların %60-80'inde sebep postoperatif adezyonlardır.
- Bağırsak duplikasyonları, obsturasyon tipi obstrüksiyon nedenidir.
- Afyon alkaloidleri, beta-adrenerjik agonistler ve antihistaminikler psödoobstrüksiyona yol açabilir.
- İntestinal gazın %12'sini oksijen oluşturur.
- Bağırsak distansiyonuna cevap olarak prostaglandin salınımı artar, bu da tıkanmış bağırsakta sekresyonu artırır.

AÇIKLAMA: Bağırsak duplikasyonları intraluminal (obturasyon) değil, intramural obstrüksiyon nedenidir.

Cevap B (Schwartz et al. *Principles of Surgery*, 7.baskı. New York: Mc Graw Hill, 1999, s.1054-1055)

19.Portal hipertansiyon açısından aşağıdaki ifadelerden yanlış olanı işaretleyiniz.

- Accessory sappey venleri hepatopetal sirkülasyonu temsil eder.
- Çocuklardaki portal hipertansiyonda, kanamaların %90'ı yedi yaşından önce gerçekleşir.
- Warren ameliyatında genel portal basınçta bir düşme olmaz.
- Denver şantının portal basınç üzerine etkisi yoktur.
- Schistomiasise bağlı portal hipertansiyonda OHVP (okluffik hepatik ven basıncı) yüksektir.

AÇIKLAMA: Çünkü, schistomiasise bağlı portal hipertansiyon presinüzoidal tiptedir. Bunlarda OHVQ yükselmez. Diğer şıklar doğrudur.

Cevap E (Schwartz et al. *Principles of Surgery*, 7.baskı. New York: Mc Graw Hill, 1999, s.1427)

20.Aşağıdakilerden hangisi kanama zamanının oluşumunda rol oynamaz?

- Trombosit
- ADP
- TF4
- Mg
- Faktör VIII

AÇIKLAMA: Faktör VIII düzeyindeki değişiklikler kanama zamanını etkilemez. Kanama zamanını belirleyen başlıca faktörler, damar duvarının yapısı, trombosit ve bunların agregasyonunda rol oynayan faktörlerdir.

Cevap E (Schwartz, *Principles of Surgery*, 7.baskı, 1999, s.77-9)

21.Peritonitte yanlış işaretleyiniz.

- Visseral periton ağrıya duyarsızdır.
- İnflamasyon sonucu 5-8 lt sıvı dolaşımdan kaybolur.
- Vücut adrenal yolla sıvı ve elektrolit kaybını önlemeye çalışır.
- Peritonitin teşhisinde fizik bulgular anamnezden daha değerlidir.
- Karın oskültasyonunda artmış bağırsak gazları nedeniyle kalp sesleri yansımaları duyulur.

AÇIKLAMA: Visseral periton otonomik sinir sistemi ile innervedir ve ağrıya duyarsızdır. Peritonit sonucu intravasküler alandan üçüncü boşluğa 5-8 lt sıvı kaçıışı olur. Adrenal bezden salınan hormonlarla sıvı ve elektrolit kaybı önlenmeye çalışılır. Teşhiste fizik

GENEL CERRAHİ

bulgular anamnezden daha değerlidir. Karın oskültasyonunda kalp seslerinin yansıma şeklinde duyulması yoktur.

Cevap E (*Sayek, Temel Cerrahi, s.1057*)

22.Aşağıdakilerden hangisi ülseratif kolitin özelliği olmaz?

- a) Psödopolipler
- b) Rektum tutulumu
- c) Terminal ileum tutulumu
- d) Mezorektum tutulumu
- e) Artralji

AÇIKLAMA: Ülseratif kolitin en tipik özelliği bağırsak mezosunun olaya katılmamasıdır.

Cevap D (*Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.1238-48*)

23.Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Gardner sendromu premalign bir hastalıktır.
- b) Kolon divertiküllerinin en önemli komplikasyonu kanama ve divertikülitir.
- c) Divertikülitin teşhisinde en doğru bilgiye endoskopi ile ulaşılır.
- d) Kolon tümörlerinin %55-60'ı rektosigmoid bölgede yerleşir.
- e) Kolon kanserlerinde hematojen yayılım sırasıyla karaciğer, akciğer, kemik, böbrek, merkezi sinir sistemi

AÇIKLAMA: Divertikülit esnasında perforasyon komplikasyonunu çok arttıracığından endoskopi yapılmaz.

Cevap C (*Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.1203-1207, 1259-1270*)

24.Aşağıdakilerden hangisi GİS kanaması olarak değerlendirilmez?

- a) Burun kanaması
- b) Peptik ülser kanaması
- c) Kolon tümöründen olan kanama
- d) Divertikülozis
- e) Anal fissür

AÇIKLAMA: Burun kanaması GİS kanaması olarak değerlendirilmez.

Cevap A (*Schwartz, Principles of Surgery, 1999, s.1061-7*)

25.Başvuru yakınması parlak kırmızı renkte gaita yapma olan bir hastada GİS kanamasının en muhtemel nedeni olarak hangi lezyonu düşünürsünüz?

- a) İnen kolon tümöründen olan kanama
- b) Jejunal polipten olan kanama

- c) Meckel divertikülünden olan kanama
- d) Hematobilia
- e) Peptik ülserden olan kanama

Cevap A (*Schwartz, Principles of Surgery, 1999, s.1065-6*)

26.Diffüz peritonit nedeni ile ameliyat edilmiş bir hastada ameliyattan 7 gün sonra ateş, yan ağrısı, solunum güçlüğü, omuz ağrısı gibi klinik işaretler saptanıp, PA akciğer grafisi çekiliyor. PA akciğer grafisinde atelektazi ile uyumlu görünüm saptanan hastada ileri tetkik olarak yapılması gereken hangisidir?

- a) Başka bir tetkike gerek yoktur
- b) Göğüs tomografisi
- c) Karın tomografisi
- d) İnce bağırsak pasaj grafisi
- e) Göğüs ultrasonografisi

Cevap C (*Schwartz, Principles of Surgery, 1999, s.1515-37*)

27.Guatrlı bir hastada ağırlı, son zamanda hızlı büyüyen bir nodül saptandığında teşhiste aşağıdakilerden hangisi daha değerlidir?

- a) Tiroid sintigrafisi
- b) Tiroid fonksiyon testleri
- c) Serum tiroglobulin seviyesi
- d) İnce iğne aspirasyon biyopsisi
- e) Tiroid otoantikörlerinin serum seviyesi

Cevap D (*Schwartz, Principles of Surgery, 1999, s.1667-78*)

28.Aşağıdaki laboratuvar bulgularından hangisi hiperparatiroidizm tanısını destekler?

- 1. Artmış idrar kalsiyumu
 - 2. Hiperkalsemi
 - 3. Artmış serum parathormon seviyesi
 - 4. Hiperfosfatemi
 - 5. Hipokalsemi
 - 6. Serum alkalin fosfataz seviyesinin yüksekliği
- a) 1,2,4,6
 - b) 1,2,3,6
 - c) 4,5,6
 - d) 1,4,6
 - e) 2,4,6

Cevap B (*Schwartz, Principles of Surgery, 1999, s.1697-707*)

29.Hiperpotasemili hastaların tedavisinde aşağıdaki uygulamaların hangisinin yeri yoktur?

- a) Kalsiyum glukonat verilmesi
- b) Hipotonik sodyum klorür verilmesi

- c) Glukoz-insülin karışımının verilmesi
- d) Sodyum bikarbonat verilmesi
- e) Katyon değiştiren reçineler kullanılması

AÇIKLAMA: Hiperpotasemili hastalardaki kalbe olan toksik etki, hastada hiponatreminin varlığında daha ağırlaşır. Bu hipotonisite durumu, hipertonic tuz solüsyonları ile düzeltilirse hiperpotasemiye bağlı EKG bulguları düzelir. Hiperpotasemi tedavisinde ayrıca; kalsiyum glukonat, glukoz-insülin karışımı, sodyum bikarbonat, diüretik, katyon değiştiren reçineler verilebilir ve diyaliz yapılabilir.

Cevap B (*Ulusoy N, Polat C, Sıvı-elektrolit dengesi bozuklukları ve tedavisi, 231; Prof.Dr.A. Haydar Şahinoğlu, Türkiye Klinikleri, Ankara, 2003*)

30.Açlıkta nöroendokrin refleksi başlatan temel uyaran hangisidir?

- a) Hipoglisemi
- b) Proteoliz
- c) Serbest yağ asidi miktarında artma
- d) Keton cisimlerinde artma
- e) Adrenalin miktarında artma

AÇIKLAMA: Açlıkta nöroendokrin refleksi başlatan temel uyaran hipoglisemidir. İnjüri ve strese ise tam tersine hiperglisemi vardır.

Cevap A (*Malazgirt Z, Travmaya Endokrin ve Metabolik Cevaplar, Genel Cerrahi, 1996, s.10*)

31.Beslenme endikasyonu olan cerrahi bir hastada protein katabolizmasını en aza indirmek için verilecek olan "protein dışı kalori/azot oranı" ne olmalıdır?

- a) 10/1
- b) 50/1
- c) 150/1
- d) 250/1
- e) 500/1

AÇIKLAMA: Cerrahi bir hastada protein katabolizmasını en aza indirmek için yeteri kadar nonprotein kalori (karbonhidrat ve yağ) verilmelidir. Bu "protein dışı kalori/azot oranı" 100-150/1 olmalıdır. Bu oranın altına inildiğinde verilen proteinler enerji kaynağı olarak kullanılır.

Cevap C (*Özen N, Cerrahi hastalarda beslenme. Genel Cerrahi, 1996, s.58*)

32.Retroperitoneal hematoma aşağıdakilerden hangisi hariç eksplore edilmelidir?

- a) Hematomda genişleme
- b) Pelvik kırıkla beraber olan hematomlar
- c) Küçük omentum arkası lokalize olanlar

- d) Hepatik fleksura laserasyonuna bağlı olarak gelişen hematomlar
- e) Splenik fleksura laserasyonuna bağlı olarak gelişen hematomlar

AÇIKLAMA: Pelvisteki hematomlar kırık sonucu meydana gelmiş ise ve iliyak damarlarda hasar olmadığı anjiyo ile tespit edilmişse bu hematomları açmamak gerekir.

Cevap B (*Schwartz, Principles of Surgery*)

33.Fleksible özofagogastroduodenoskopi aşağıdakilerin hangisi dışında endike değildir?

- a) Korozov madde alımı akut fazı
- b) Mide ülseri
- c) Üst GİS kanama durumu
- d) Disfaji
- e) Normal ÖMD grafisi olan epigastrik ağrı hali

Cevap A (*Oxford Textbook of Surgery, Vol.1, Bol.14*)

34.Ondokuz yaşında bayan hasta acil servise otomobil kazası nedeniyle getiriliyor. İlk yapılması gereken işlem aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Damar yolu açılması
- b) Foley kateter yerleştirilmeli
- c) Tam nörolojik değerlendirme yapılmalı
- d) Hava yolu kontrol edilmeli
- e) Kan basıncı kontrol edilmeli

AÇIKLAMA: İlk olarak hava yolu kontrol edilerek değerlendirme yapılır.

Cevap D (*Engin, Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri, 2000*)

35.Genetik olarak birbirine benzeyen kişiler arasında normal anatomik lokalizasyonda yapılan transplanta ne ad verilir?

- a) Heterotopik izogreft
- b) Heterotopik ksenogreft
- c) Ortotopik otogreft
- d) Ortotopik izogreft
- e) Ortotopik allogreft

Cevap D (*Engin, Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri, 2000*)

36.Daha önce sağlıklı olduğu bilinen 38 yaşında erkek hastada aniden başlayan sol belinden kasiğine yayılan ağrısı olan, beraberinde bulantı kusma ile sık idrara çıkma ihtiyacı olan, yapılan fizik muayenede herhangi bir patolojik bulguya rastlanamayan hastada ne düşünürsünüz?

- a) Herpes zoster enfeksiyonu
- b) Sol üreter taşı

GENEL CERRAHI

- c) Sigmoid divertikülit
- d) Sol testis torsiyonu
- e) Retroperitoneal kanama

Cevap B (Engin, Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri, 2000)

37.Aşağıdakilerden hangisi absorbabl cerrahi sütün materyali değildir?

- a) Krome katgüt
- b) Poliglolikolik asit
- c) Poliglaktik asit
- d) Polidiaksanon
- e) Polipropilen

AÇIKLAMA: Polipropilen sütün malzemeleri sentetik non-absorbable'dir. Korme katgüt doğal absorbable, diğerleri ise sentetik absorbable sütün malzemeleridir. Sentetik absorbable sütün malzemeleri 50-180 gün arasında absorbe olurken, doğal absorbable sütün malzemesi olan krome katgüt 21 günde absorbe olur.

Cevap E (Russell, Bailey&Love's Short Practice of Surgery, 23.baskı, London: Arnold Publisher, 2000, s.849)

38.Aynı türden fakat genetik eşitliği olmayan canlılar arasında nakledilen doku veya organa verilen isim aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Ototreft
- b) İzotreft
- c) Allogreft
- d) Ksenogreft
- e) Heterogreft

AÇIKLAMA: Ototreft; aynı kişide organın çıkartılıp başka yere transplante edilmesi,

İzotreft; aynı yumurta ikizlerinde (genetik olarak aynı) organ nakli,

Allogreft (=homogreft); aynı türde ancak genetik olarak aynı olmayan kişiler arasında yapılan organ nakli,

Ksenogreft; bir türden başka bir türe organ nakli,

Heterogreft=Ksenogreft

Cevap C (Schwartz, Principles of Surgery, New York: Mc Graw-Hill, 1999, s.363)

39.Aşağıdakilerden hangisi kolorektal kanserler için risk faktörü değildir?

- a) Villöz adenom
- b) Familyal polipozis
- c) Ülseratif kolitis
- d) Crohn kolitisi
- e) Somatostatinoma

AÇIKLAMA: Villöz adenomalar tüm neoplastik adenomların %10'unu oluştururlar ve klasik olarak kabul edilen malignite oranları %40'tır. Familyal adenomatosis koli otozomal dominant bir hastalıktır ve değişmez bir şekilde ve özellikle 40 yaşından önce malign karakter kazanır. Ülseratif kolit premalign bir hastalıktır ve yüksek oranda kolon kanseri riski taşır. Bu hastalığın kronikliği ve kolonik mukozal tutulumun genişliğine bağlıdır. Crohn hastalığı, ülseratif kolondan daha az olmakla beraber malignleşme gösteren inflamatuvar bağırsak hastalığıdır. Somatostatinoma ise pankreasın adacık hücreli bir tümördür ve kolorektal kanser gelişimi için bir risk faktörü değildir.

Cevap E (Schwartz, Principles of Surgery, New York: Mc Graw-Hill, 1999, s.1314,1330,1342)

40.Aşağıdakilerden hangisi primer karaciğer tümörlerinde karaciğer rezeksiyonu kontrendikasyonlarından değildir?

- a) Operatif mortalitenin beklenen sağkalımdan daha fazla olduğu durumlar
- b) Erken evre siroz bulguları
- c) İleri derecede siroz varlığı
- d) Tümörün her iki lobu tutması
- e) Tümörün karaciğer dışına yayılması

AÇIKLAMA: B seçeneği dışındakilerin hepsi rezeksiyon için kontrendikasyon teşkil eder ve bunlara ilave olarak santral yerleşimli tümörlerde ve APACHE II skoru >10 olanlarda karaciğer rezeksiyonu kontrendikedir.

Cevap B (Corson, Surgery, 1.baskı, Mosby, 2001, s.3.11.17)

41.İnsülinoma, pankreasın hücrelerinden salgılanan hormonunun oluşturduğu klinik tablosuyla karşımıza çıkar.

Boşluklara hangisi gelmelidir?

- a) Non-beta, VIP, pankreatik kolera
- b) Alfa-2, glukagon, hiperglisemi
- c) Non-beta, gastrin, Zollinger Ellison
- d) Beta-insülin, Whipple triadı
- e) Non-beta, seratonin, karsinoid sendrom

Cevap D (Schwartz, Principles of Surgery, New York: Mc Graw-Hill, 1999, s.1493)

42.Kolanjitte bakterilerin safra yollarına girişi hangi yolla olmaz?

- a) Duodenal içeriğin reflüsü
- b) Karaciğer ve safra kesesi lenfatikleri
- c) Portal ven
- d) Bağırsaklardan translokasyon

- e) Koledok içi basıncın 30 mmHg'dan yüksek olması

AÇIKLAMA: Bakteriyel translokasyon intestinal iskemi sonrası veya splanknik alanda dolaşan kan hacminin azalması sonrası ortaya çıkar.

Cevap D (Schwartz, *Principles of Surgery*, New York: Mc Graw-Hill, 1999, s.1454-5)

43.Evre Erken meme kanseri olarak adlandırılmaktadır ve yapılabilecek en sınırlı cerrahi'dır ancak mutlaka eklenmelidir.

Boşluklara hangisi gelmelidir?

- a) I ve II-modifiye radikal mastektomi-kemoterapi
b) I, II ve III-modifiye radikal mastektomi-radyo-terapi
c) I, II ve III-modifiye radikal mastektomi-radyo-terapi+kemoterapi
d) I ve II-lampektomi+aksilla diseksiyonu-radyo-terapi
e) I ve II-lampektomi+aksilla diseksiyonu-kemoterapi

AÇIKLAMA: Erken evre meme kanserleri evre I ve II kanserlerdir. Evre III ve IV kanserler ileri evre meme kanserleridir. Yapılabilecek en sınırlı cerrahi lumpektomidir ve evreleme yapabilmek için en azından level 1 aksilla diseksiyonu eklenmelidir. Lokal kontrolün sağlanması için bu cerrahiden sonra radyoterapi yapılmaktadır.

Cevap D (Faig BW, *The M.D.Anderson Surgical Oncology Handbook*, 2.baskı, Philadelphia: LW&W, 1999, s.5-9)

44.Aşağıdakilerden hangisi meme kanserlerinde yüksek risk grubu parametrelerinden değildir?

- a) Tümör hücrelerinde anöploid
b) S faz fraksiyonunun yüksekliği
c) Duktal karsinoma insitu
d) Östrojen ve/veya progesteron reseptör negatifliği
e) Multifokal yayılım

AÇIKLAMA: Diğer seçeneklerin tamamı ve tümör çapının >3 cm olması ve katapsin D düzeyinin yüksek olması yüksek risk taşıır.

Cevap C (Faig BW, *The M.D.Anderson Surgical Oncology Handbook*, 2.baskı, Philadelphia: LW&W, 1999, s.13-15)

45.Hangisi hematobilia etiolojisinden sorumlu değildir?

- a) Karaciğer travması
b) Kolelitiazis

- c) Hepatik arter anevrizma rüptürü
d) Hepatik abse
e) Oriental kolanjiyohepatitis

AÇIKLAMA: Diğer seçeneklere ek olarak ascaris lumbricoides, karaciğer tümörleri ve koledokolitiazis hematematobilia etiolojisinde sorumlu olabilir.

Cevap B (Schwartz, *Principles of Surgery*, 7.baskı, New York: McGraw-Hill, 1999, s.1454-5)

46.Aşağıdakilerden hangisi diferansiye tiroid kanserlerinde prognoza etki eden faktörlerden değildir?

- a) Lenf nodülü metastazları
b) Lokal tümör metastazı
c) Kemoterapi
d) Radyoaktif iyot tedavisi
e) TSH supresyon tedavisi

AÇIKLAMA: Diferansiye tiroid kanserlerinde prognoza etki eden faktörler şöyle sıralanabilir: Yaş, cins, histolojik tip, lokal tümör invazyonu, lenf nodülü metastazları, uzak metastazlar, tümörün büyüklüğü, multifokal tümörler, cerrahi tedavi genişliği, TSH supresyon tedavisi, radyoaktif iyot tedavisi. Diferansiye tiroid kanserlerinde antikanser ilaçların etkinliği çok az saptanmıştır. Bunun için diferansiye tiroid kanserlerinin prognozunda etkili bir faktör olarak gösterilmiştir.

Cevap C (Ünal, *Tiroid Hastalıkları*, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 2000, s.398-416)

47.Aşağıdakilerden hangisi DPL endikasyonu değildir?

- a) Kapalı kafa travması
b) Şuurun kapalı olması
c) Şüpheli batın bulgusu
d) Kolumna vertebralis yaralanması
e) Gebelik

AÇIKLAMA: DPL'nin tek mutlak kontrendikasyonu laparotomi endikasyonunun konulduğu hastalardır. Geçirilmiş batın ameliyatı, gebelik, aşırı şişmanlık relatif kontrendikasyonlardır.

Cevap E (Pusane, *Karın Travmaları*, 1.baskı, İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 1994, s.6)

48.Aşağıdakilerden hangisi perianal fistül şekillerinden değildir?

- a) Sfinkterik
b) İntersfinkterik
c) Transsfinkterik
d) Suprasfinkterik

GENEL CERRAHI

e) Ekstrasfinkterik

AÇIKLAMA: Fistül, epitel ile kaplı yüzey arasında anormal bağlantı olarak tanımlanır. Anal fistül ise anal kanal ve perianal cilt arasındaki anormal bağlantı olarak adlandırılır. Fistül çeşitleri:

-**İntersfinkterik**: Fistül kanalı intersfinkterik bölgede seyreder.

-**Transsfinkterik**: Fistül kanalı eksternal sfinkterler arasından seyrederek iskiyorektal mesafeden cilde uzanır.

-**Suprasfinkterik**: Fistül kanalı sfinkterlerin üst kısmından levator bölge ile ilişkilidir.

-**Ekstrasfinkterik**: Sfinkterler ile fistül kanalının ilişkisi yoktur.

Cevap A (*İnceoğlu, Anüs ve Rektum Hastalıkları ve Tedavisi, 1.baskı, İstanbul, 1991, s.71*)

49.Aşağıdakilerden hangisi total parenteral nütrisyon endikasyonu değildir?

- Kısa bağırsak sendromu
- Anoreksia nervosa
- Bilinci kapalı hastalar
- Reversibl böbrek yetmezliği
- Deserebre hastalar

AÇIKLAMA: TPN'nin kontrendikasyonları şunlardır:

- Hemodinamik instabilite
- Enteral yolun kullanılabileceği hastalar
- Sekiz cm'den kısa bağırsağı mevcut çocuklar
- Deserebre ve dehumanize çocuklar

Cevap E (*Ceylan, Cerrahi, 1.baskı, Ankara: Türkiye Klinikleri, 1996, s.44*)

50.Yirmiiki yaşında erkek hasta, sağ alt kadranda ağrı şikayeti ile acile başvuruyor. Akut apandisit şüpheleniliyor. Hasta sol yana yatırılarak ekstansiyona getirildiğinde ağrısının arttığını söylüyor. Hastaya hangi test uygulanmıştır?

- Obturatuar testi
- Rovsing belirtisi
- Rebaud belirtisi
- Defans
- İleopsoas belirtisi

AÇIKLAMA: Akut apandisit düşünülen hastada tipik muayene oldukça önemlidir. **Rovsing belirtisi** sağ alt kadrandan sol tarafa doğru bası yapıldığında bağırsak gazlarının yer değiştirmesine bağlı olarak sağ alt kadranda ağrı duyması testin pozitif olduğunu gösterir. **Psoas testinde** hasta sol yana yatırılarak sağ bacak yavaşça ekstansiyona getirilir ve bu durumda ileopsoas kası gerilerek ağrı oluşur.

Obturatuar testinde hasta sırtüstü yatırılır, sağ uyluk fleksiyonda iken pasif içe rotasyon yaptırılır, ağrı olursa test pozitif kabul edilir.

Cevap E (*Kalaycı, Genel Cerrahi, 1.baskı, İstanbul: 2002, s.260*)

51.Portosistemik şant yapılmış bir hastada hepatik ensefalopati gelişme riski en az olanı aşağıdakilerden hangisidir?

- Proksimal splenorenal şant
- Uç yan portal şant
- Distal splenorenal şant
- Yan yana portokaval şant
- İnterpozisyon mezokaval şant

AÇIKLAMA: Distal splenorenal şantta erken dönemde portal akım %85'in üzerinden sürdürülebilir. Süperior mezenterik venden gelen kan akımı nedeni ile karaciğer kan akımı devam ederken kısa gastrik venler ve dalak üzerinden özofagial varisler dekompresedilebilmektedir. Karaciğer kan akımının sürmesinden dolayı postoperatif ensefalopati riskinin daha az olduğu düşünülebilir.

Cevap C (*Sayek, Temel Cerrahi, 2.cilt, 2.baskı, Ankara: 1996, s.1228*)

52.Herediter meme/over sendromu aşağıdaki genlerden hangisinin bulunmasında en yüksektir?

- p53 geni
- BRCA-1 geni
- BRCA-2 geni
- RAS geni
- Retinoblastom geni

AÇIKLAMA: BCRA-1 geni herediter meme/over kanseri sendromu ile yakından ilişkilidir. Bu sendroma sahip hastaların %75-90'ında BRCA-1 geni pozitifdir. Geriye kalan %10-25'inde ise BRCA-2 geni bulunur.

Cevap B (*Kalaycı, Genel Cerrahi, 1.baskı, İstanbul: 2002*)

53.Aşağıdakilerden hangisi akut pankreatitli bir hastada Ranson'un erken prognostik faktörlerinden birisi değildir?

- Yaşın 55'in üzerinde olması
- Beyaz kürenin 16.000/mm³ üzerinde olması
- Kan şekerinin 200 mg/dl üzerinde olması
- Serum LDH'nin 350 IU/l üzerinde olması
- Trombosit sayısının 50.000/mm³ aşağı olması

Cevap E (*Sabiston, Textbook of Surgery, 1991, s.1084; Tadataka Yamada, Textbook of Gastroenterology, 2.cilt, 1991, s.1866*)

54. Aşağıdakilerden hangisi kronik pankreatit komplikasyonlarından değildir?

- a) Pankreas kanseri
- b) Pankreatik asit
- c) Psödokist oluşumu
- d) Pankreatik fistül
- e) Splenik ven trombozu

Cevap A (*Sabiston, Textbook of Surgery, s.1092; Tadataka Yamada, Textbook of Gastroenterology, 2.cilt, s.1885*)

55. Aşağıdakilerden hangisi künt karın travması geçirmiş hastada tanınal peritoneal lavaj için kontrendikasyon oluşturur?

- a) Açık ve kesin laparotomi gereksinimi
- b) Derhal kraniyotomi gereksinimi
- c) Kanama nedeniyle forakotomi veya tarafın ambulasyonu için hemen ameliyata alınma gereksinimi
- d) Şüpheli fizik muayene bulguları
- e) Önceden aldığı ilaç veya alkol nedeniyle mental durumuna güvenilmeyen hasta

AÇIKLAMA: Yaralıda başka bir nedenle açık laparotomi yapılma kararı verildiğine göre peritoneal lavaj endikasyonu yoktur.

Cevap A (*Peitzman, The Trauma Manual, 1998, s.229*)

56. Seksen yaşındaki bir kadın karın ağrısı ve obstipasyonla geliyor. Muayenesinde afebril olduğu ve hafif taşikardik olduğu, abdomenin distande ve timpanik olduğu fakat peritoneal bulguların da olmadığı görülüyor. Abdominal röntgende sigmoid volvulusu düşündürülen bulgular var. Hasta menajmanındaki ilk aşama hangisidir?

- a) Lansatif ve temizleyici enemalar uygulanması
- b) Baryum enema
- c) Rijid sigmoidoskopi
- d) Sigmoid rezeksiyon
- e) Transvers kolostomi

AÇIKLAMA: Sigmoidoskopi tıkanık alanın ötesine geçirmek dilate ve gazla dolu bağırsak segmentinin hızlı dekompresyonunu sağlar. Fakat hastalık tekrarlama eğilimindedir ve elektif kolon rezeksiyonu tehlikelidir ve yapılmamalıdır. Transvers kolostomi etkili değildir çünkü belirgin sigmoid distansiyonunu geçirmez.

Cevap C (*Schwartz, 1999, s.1265, 1383*)

57. Pyojenik karaciğer abselerinin en sık nedeni hangisidir?

- a) Biliyer sistem hastalıkları
- b) Crohn hastalığı
- c) Ülseratif kolitis
- d) Kolonda divertikülitis
- e) Periapendiküler abse

AÇIKLAMA: Karaciğerin piyojenik abseleri karaciğerde santral olarak yerleşmiş tek veya multipl abse odakları halindedir. Enfeksiyon genel olarak distal safra yollarından gelmiştir. **Biliyer sistemden kaynaklanan sebep, karaciğerin piyojenik abseleri arasında %30-50 arasındadır.**

Cevap A (*McNally, Liver Secrets in Liv Apscess Hanley and Belfus Inc, Philadelphia, 1996, s.210*)

58. Karaciğerde en sık görülen tümör aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Hepatosellüler karsinoma
- b) Hepatoblastoma
- c) Nodüler hiperplazi
- d) Hemanjiyomalar
- e) Kolanjiyosellüler karsinoma

Cevap D (*McNally, Liver Secrets in Liv Apscess Hanley and Belfus Inc, Philadelphia, 1999, s.148*)

59. Memede ele gelen kitle olmaksızın 35 yaşındaki bir kadında kanlı meme başı akıntısı varsa en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) İntraduktal papillomatozis
- b) Meme absesi
- c) İntraduktal papillom
- d) İnvazif duktal karsinom
- e) Fibrokistik değişiklikler

Cevap C (*Dixon, Surgery, 1.baskı, 2001, bölüm 5.11.2*)

60. Paratiroid adenomu ve feokromasitoması olan 48 yaşındaki bir kadın hastada tiroid bezinde de bir kitleye rastlanıyor. Bu tiroid kitlesi için kullanılacak en iyi tetkik ne olabilir?

- a) İyot 131 sintigrafisi
- b) Serum TSH seviyesinin ölçülmesi
- c) Serum T4 seviyesinin ölçülmesi
- d) Serum kalsitonin ölçülmesi
- e) Boğaz kültürü yapılması

Cevap D (*Dixon, Surgery, 1.baskı, 2001, bölüm 5.12.6-7*)

61. Aşağıdaki patolojilerden hangisinde feokromasitoma görülmesi olası değildir?

- a) Von-Hippel-Lindau sendromu
- b) Von-Recklinghausen hastalığı
- c) Sturge-Weber sendromu

GENEL CERRAHI

- d) Sipple sendromu
e) Tüberosklerozis

Cevap E (Dixon, Surgery, 1.baskı, 2001, bölüm5.14.7-11)

62.Yanık yüzdeki hesaplamada kullanılan 9'lar kuralına uymayan aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Gövde ön yüzü %18
b) Sağ üst ekstremité %9
c) Baş ve boyun %9
d) Genital bölge %9
e) Sol alt ekstremité %18

Cevap D (Mozingo, Surgery, 1.baskı, 2001, bölüm 2.13.3)

63.Otuz yaşında Hodgkin hastalığı olan erkek hastada ateş, gece terlemesi ve kilo kaybı ile diafragmanın her iki tarafında lenf nodu tutulumu varsa Ann Arbor sınıflamasına göre hasta hangi evrededir?

- a) Evre IA
b) Evre IIA
c) Evre IIB
d) Evre IIIA
e) Evre IIIS

Cevap E (Williamson, Surgery, 1.baskı, 2001, bölüm3.15.6)

64.İnkarerasyon ve strangüstasyon eğilimi en fazla olan fitik tipi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Spigelian herni
b) Femoral herni
c) Direkt inguinal herni
d) İndirekt inguinal herni
e) Umbilikal herni

AÇIKLAMA: Strangüstasyon, fıtığın en ciddi komplikasyonlarından. Genellikle inkarsere hernilerde ve yaşlılar-da gözlenir. **Kasık fıtıklarından femoral fıtıklar en sık strangüle olanlardır.** Kasık fıtıklarından sağda yerleşim gösterenlerde strangüstasyon daha sık gözlenir.

65.Pankreatik kolera olarak da bilinen ve sulu diyare, hipokalemi ve aklorhidri ile karakterize pankreas tümörü aşağıdakilerden hangisidir?

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

Cevap A (Williamson, Surgery, 1.baskı, 2001, s.3.14.26)

66.Aşağıdaki parazitlerden hangisinin karaciğer ve safra yolları ile ilişkisi yoktur?

- a) Leishmania donovani
b) Trypanosoma cruzi
c) Clonorchis sinensis
d) Schistosomia japonicum
e) Entamoeba histolitica

Cevap B (Moser, Surgery, 1.baskı, 2001, s.3.13.21)

67.Aşağıdakilerden hangi asit-baz dengesizliği portal hipertansiyon ve sirozda beklenir?

- a) Respiratuvar alkaloz
b) Respiratuvar asidoz
c) Mikst asidoz
d) Metabolik asidoz
e) Metabolik alkaloz

Cevap E (Vargish, Surgery, 1.baskı, 2001, s.1.4.8)

68.Meckel divertikülünün en sık komplikasyonu hangisidir?

- a) Alt GİS kanama
b) İleus
c) Diyare
d) Umblikustan akıntı
e) Bulantı, kusma ve periumbilikal ağrı

Cevap A (Sung, Surgery, 1.baskı, 2001, bölüm 3.2.9)

69.Hiatus hernilerinde fitik kesesi içine girmeyen intraabdominal organ hangisidir?

- a) Kolon
b) İnce bağırsak
c) Dalak
d) Duodenum
e) Pankreas

AÇIKLAMA: Mide ile birlikte bağlantıları nedeniyle dalak ve pankreasın kuyruk kısmı fitik kesesi içine girebilmektedir. Retroperitoneal olmasından dolayı pankreas başı ve duodenum ise fitik kesesine girmez.

Cevap D (Ergüney, Current Surgical Therapy, 2001, s.1187)

70.Yirmi yaşında bir hastaya ailesinde kolon kanseri öyküsü nedeniyle total kolektomi uygulanıyor. Rezeke edilen kolonda makroskobik incelemede büyüklükleri 0.2-1 cm arasında değişen 200'den fazla tubuler adenom vardır. Hastanın bunun dışında bir lezyonu veya hastalığı yoktur. Aşağıdaki genetik hastalıklardan hangisi bu duruma en çok uymaktadır?

- a) Herediter non-polipozis kolon karsinomu
b) Gardner sendromu
c) Peutz Jeghers sendromu

- d) Adenomatöz polipozis koli
e) Multipl endokrin neoplazi

AÇIKLAMA: Hereditör non-polipozis kolon karsinomu adından anlaşılacağı gibi polipler içermez. **Gardner sendromu** familial adenomatöz polipozisin epidermoid kistler, osteomalar, desmoid tümörler ve duodenal veya ampuller adenomlar gibi üst gastrointestinal neoplazmlarla birlikte olan bir durumdur. **Peutz Jeghers sendromu** mukokutanöz pigmentasyon, tüm gastrointestinal sistemde intestinal düz kas hamartomları ile birlikte olan otozomal dominant geçişli bir sendromdur. **Multipl endokrin neoplazi** de intestinal ganglionöromalarla seyreden ancak beraberinde medüller tiroid kanseri ve feokromasitoma gibi patolojilerle seyreden bir sendromdur. Tablo sadece adenomatöz polipozis koliiye uymaktadır.

Cevap D (Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.1332-44)

71.Cushing hastalığının sebebi nedir?

- a) Adrenal bez tümörü
b) Pituitör bez tümörü
c) Ektopik ACTH salgılayan tümör
d) Adrenal karsinom (malign tümör)
e) Her türlü ACTH salgılayan tümör

AÇIKLAMA: Cushing hastalığı pituitör bezdeki bir tümörden kaynaklanır. Diğer seçeneklerdeki tümörler ise Cushing sendromunu oluştururlar.

Cevap B (Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.1635)

72.Meme cerrahisinin bir komplikasyonu olarak kesildiğinde kanat skapula (scapula ala) denilen deformitenin oluşmasına neden olan sinir ve innerve ettiği kas hangisidir?

- a) Nervus torasikus longus-muskulus serratus anterior
b) Nervus torasikus longus-muskulus latissimus dorsi
c) Nervus torakodorsalis-muskulus latissimus dorsi
d) Nervus torakodorsalis-muskulus latissimus dorsi
e) Nervus interkostobrakialis-muskulus teres minor

Cevap A (Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.577)

73.Soliter veya dominant tiroid nodüllerinin değerlendirilmesinde aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Çocuk ve yaşlılardaki nodüllerin malign olma ihtimali daha fazladır.
b) Soliter nodüllerin yaklaşık olarak %15'i maligndir.
c) İnce iğne aspirasyon biyopsisinin yalancı pozitiflik oranı yalancı negatifliğinden daha fazladır.
d) Serum tiroglobulin düzeyi tayini malign nodülleri benign olanlardan ayırt etmek amacıyla kullanılamaz.
e) Nodüllerin yaklaşık olarak %85'i sintigrafik olarak soğuk nodüllerdir.

AÇIKLAMA: Tiroid nodüllerinin değerlendirilmesi sırasında sıklıkla başvurulan yöntemlerden birisi olan ince iğne aspirasyon biyopsisinin yalancı pozitiflik oranı yaklaşık olarak %1'dir. Bu tekniğe ait daha önemli problem malign nodülleri atlama riskidir, yani yalancı-negatif sonuçlardır ve bu oran yaklaşık olarak %5'dir.

Cevap C (Sadler, Principles of Surgery, Vol 2., 7.baskı, 1999, s.1678-81)

74.Aşağıdakilerden hangisi hipertiroidizmin cerrahi tedavisi için doğru bir tanımlama değildir?

- a) Hasta operasyondan önce ötiroid hale getirilmelidir.
b) Cerrahi tedavi ile hipertiroidizm hızla kontrol altına alınır.
c) Malignite şüphesi varsa öncelikle tercih edilmelidir.
d) Graves' oftalmopatisi olan hastalarda tercih edilmemelidir.
e) Genç hastalarda tercih edilir.

AÇIKLAMA: Hipertiroidizm nedeniyle planlanan gerek radyoaktif iyot ve gerekse cerrahi tedavi öncesinde hasta mutlaka ötiroid hale getirilmelidir. Cerrahi tedavi genç hastalarda, malignite şüphesi olan olgularda, hipertiroidizmin süratle kontrol altına alınmaya çalışıldığı durumlarda ve eşlik eden göz bulguları olanlarda (Graves' oftalmopatisi) özellikle tercih edilmelidir. Hipertiroidizmin nüks etmesi varolan oftalmopatiyi daha da kötüleştirecektir.

Cevap D (Sadler, Principles of Surgery, Vol 2., 7.baskı, 1999, s.1670-4)

75.Aşağıdakilerden hangisi tiroidektomi operasyonu için doğru bir tanımlama değildir?

- a) Hastalar operasyon öncesi ötiroid hale getirilmelidirler.
b) Superior laringeal sinirin eksternal dalı mutlaka görülmek zorunda değildir; superior tiroidal

arter ve venin dalları tek tek ve tiroid dokusuna yakın olarak bağlanması yeterli olur.

- c) Total lobektomi yaparken nervus laringeus inferior yaralanması en sık Berry ligamanı düzeyinde olur.
- d) Rekürren sinir hasarının kalıcı olduğunu söylemek için en az 1 yıl beklemek gerekir.
- e) Tirotoksikozis için yapılan operasyonlardan sonra hipokalsemi daha nadir görülür.

AÇIKLAMA: Tirotoksikozis nedeniyle yapılan operasyonlar, sekonder ameliyatlar ve total tiroidektomiden sonra hipokalsemi daha sık görülür. **Tirotoksikoziste bu komplikasyonun daha sık ortaya çıkmasının major nedeni tirotoksik osteodistrofidir.** Tirotoksikoziste osteoklastik ve osteoblastik aktivite artar ve bunun sonucunda hiperkalsemi ve hiperkalsiüri gelişir. Operasyon sonrasında ise kemikler tarafından kalsiyum tutulumu artar ve geçici hipokalsemi daha sık olarak görülür.

Cevap E (Atmaca, Temel Cerrahi, 2.baskı, 1996, s.1569-83)

76.Aşağıdaki tanımlamalardan hangisi parathormonun (PTH) etkilerinden birisi değildir?

- a) Kemikte hem osteoklastik hem de osteoblastik aktiviteyi artırır.
- b) 1α -hidroksilaz aktivitesini stimüle ederek böbreklerde 25-hidroksikolekalsiferol'ün 1,25-dihidroksikolekalsiferol'e dönüşümünü artırır.
- c) Vitamin D sentezini arttırarak kalsiyumun GIS'den absorpsiyonunu artırır.
- d) Böbrekten bikarbonat atılımını artırır.
- e) Üriner fosfat atılımını azaltarak serum fosfat düzeyini yükseltir.

AÇIKLAMA: Parathormonun hedef organları başlıca böbrekler, iskelet sistemi ve bağırsaktır. Böbreklerin PTH'ya karşı olan major cevabı kalsiyumun tübüler absorpsiyonunu arttırmak, fosforun absorpsiyonunu ise azaltmaktır. Böylece fosfat atılımı artar ve serum fosfat düzeyinde azalma olur. Parathormonun kemikteki etkisi ise osteoklastların remodelling özelliği ve osteoblastik aktivite aracılığıyla olur. **Osteoblastlarda PTH reseptörü vardır;** bu reseptörlerin aktivasyonu siklik AMP oluşumu ile sonuçlanır. **Osteoklastların ise PTH reseptörü yoktur** ancak indirekt olarak osteoblastlardaki siklik AMP cevabı ile stimule edilirler. Parathormonun bir diğer önemli fonksiyonu ise indirekt olarak, böbrekte 25-hidroksivitamin D3'ün, 1-25-dihidroksivitamin D3'e dönüşümünü arttırmaktır. Parathormonun kemik, böbrekler ve bağırsaktaki koordine etkileriyle kalsiyumun ekstrasellüler sıvıya geçişi artar ve serum kalsiyumu yükselir.

Cevap E (Sadler, Principles of Surgery, Vol 2., 7.baskı, 1999, s.1698)

77.Aşağıdakilerden hangisi primer hiperparatiroidizmde görülen bulgulardan biri değildir?

- a) Böbrek taşı
- b) Kemik hastalığı
- c) Hipertansiyon
- d) Peptik ülser hastalığı
- e) Ekzoftalmi

AÇIKLAMA: Ekzoftalmi Graves' oftalmopatisinde görülebilen bir bulgudur, primer hiperparatiroidizmde görülmez. Diğerleri ise semptomatik olgularda en sık karşımıza çıkan bulgulardır. Özellikle böbrek taşları (%20) ve osteoitis fibroza sistika olarak adlandırılan kemik hastalığı (%5) en sık karşılaşılan bulgulardır. Hipertansiyon ve kardiyovasküler sisteme ait olan diğer komplikasyonların mortalite ile direkt ilişkili olduğu saptanmıştır.

Cevap E (Sadler, Principles of Surgery, Vol 2., 7.baskı, 1999, s.1699)

78.Primer hiperparatiroidizmin tedavisi ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Semptomatik olgularda tedavi hemen her zaman cerrahidir.
- b) Asemptomatik olgularda dahi erken cerrahi girişimin bazı komplikasyonları önlemek bakımından faydalı olduğu görülmüştür.
- c) İyot¹³¹ ile yapılan sintigrafik inceleme paratiroid bezi patolojisinin lokalize edilmesinde oldukça faydalıdır.
- d) Hiperplazi olgularında lokalizasyon çalışmasına sıklıkla gerek yoktur.
- e) Adenom ve hiperplazi olgularında yapılması gereken cerrahi tedavi farklıdır.

AÇIKLAMA: Asemptomatik olgulardan hangilerinin cerrahi tedaviden fayda göreceği, hangi olgulara medikal tedavi verileceği veya sadece takip edilmelerinin yeterli olacağı konusu halen tartışmalıdır. Bu amaçla bazı konsensus kriterleri ortaya konmuştur. Genel olarak kabul gören yaklaşım ise semptomatik olgularda paratiroid eksplorasyonunun yapılmasıdır. Lokalizasyon çalışmasının endike olduğu durumlarda ise tercih edilmesi gereken incelemeler ^{99m}Tc-sestamibi sintigrafisi ve ultrasonografidir. Hiperparatiroidizm adenoma bağlı ise bu adenomu eksize etmek tedavide yeterli olur ancak bezlerde hiperplazi söz konusu ise subtotal paratiroidektomi (3.5 bezin çıkartılması) tercih edilmelidir.

Cevap C (Krempf GA, Medina JE. *Current issues in hyperparathyroidism. The Otolaryngologic Clinics of North America, Vol.36, No.1, 2003, s.207-215*)

79. İn situ meme kanserleri ile ilgili olarak aşağıdaki tanımlamalardan hangisi doğru değildir?

- Duktal karsinoma in situ (DCIS) gerçek bir premaligün lezyondur.
- Duktal karsinoma in situ %25-70 oranında invaziv kansere dönüşür.
- Lobüler karsinoma in situ (LCIS) olgularının büyük kısmı postmenapozaldır ancak erkeklerde de %5 oranında görülebilir.
- Lobüler karsinoma in situ sıklıkla multisentrik ve bilateraldir.
- İn situ lezyonların teşhisinde mammografi çok önemli bir görüntüleme yöntemidir.

AÇIKLAMA: Lobüler karsinoma in situ sıklıkla premenapozal dönemde ve sadece kadınlarda görülür.

Cevap C (Bland, *Principles of Surgery, Vol.1, 7.baskı, 1999, s.561-4*)

80. Non-invaziv meme kanseri için aşağıdaki tanımlamalardan hangisi doğru değildir?

- Lobüler karsinoma in situ terminal kanal-lobül kompleksinden kaynaklanır.
- Duktal karsinoma in situ'da invaziv kansere dönüşüm her zaman duktal tiptedir.
- Lobüler karsinoma in situ genellikle daha erken yaşlarda, premenapozal dönemde görülür.
- Duktal karsinoma in situ'da memede ağrı, meme başı akıntısı veya kitle şikayeti olabilir.
- Lobüler karsinoma in situ'da invaziv kanser primer lezyonun saptandığı yerde ve aynı memede gelişir.

AÇIKLAMA: Lobüler karsinoma in situ belirleyici bir lezyondur yani o hastada invaziv meme kanseri gelişme riskinin 6-12 kat arttığını gösterir ancak gelişecek olan invaziv kanser aynı memenin veya diğer memenin herhangi bir bölgesinde olabilir.

	LCIS	DCIS
Yaş	44-47	54-58
İnsidans	%2-5	%5-10
Klinik bulgular	Yok	Kitle, ağrı, akıntı
Mammografik bulgular	Yok	Mikrokalsifikasyonlar
Premenapozal	2/3	1/3
Senkron invaziv kanser insidansı	%5	%2-46
Multisentrik yerleşim	%60-90	%40-80
Bilateral olma	%50-70	%10-20
Aksiller metastaz	%1	%1-2

Takiben karsinoma gelişimi

İnsidansı	%25-35	%25-70
Yerleşim şekli	Bilatera	İpsilateral
Tanıya kadar geçen süre	15-20 yıl	5-10 yıl
Histoloji	Duktal	Duktal

Cevap E (Bland, *Principles of Surgery, Vol.1, 7.baskı, 1999, s.561-4*)

81. Aşağıdakilerden hangisi feokromasitoma için doğru bir tanımlama değildir?

- Nöral krestten köken alan kromaffin hücrelerden gelişmektedir.
- Katekolamin salınımına bağlı hipertansif krizler ile seyreder.
- Olguların yarısından fazlasında bilateral tutulum söz konusudur.
- Ekstra-adrenal yerleşimli olanların malignite insidansı daha fazladır.
- Tanıda idrarda katekolamin metabolitleri olan metanefrin, normetanefrin ve vanil mandelik asit değerlendirilmesi önemlidir.

AÇIKLAMA: Feokromasitomanın etiyolojisi tam olarak açıklığa kavuşturulamamıştır. Bu tümör nöral krestten köken alan kromaffin hücrelerden gelişmekte, bu durum differansiyasyonun herhangi bir aşamasında meydana gelebilmektedir. Tümör erişkinlerde; %80 unilateral adrenal (çoğu sağda), %10 bilateral adrenal, %10 ekstra-adrenal yerleşimlidir. Adrenaldeki feokromasitomaların %10'u, adrenal dışı olanların ise %30'u maligndir.

Cevap C (Sayek, *Temel Cerrahi, 2.baskı, 1996, s.1515-9*)

82. Hangisi hematobilia etiyolojisinden sorumlu değildir?

- Karaciğer travması
- Kolelitiazis
- Hepatik arter anevrizma rüptürü
- Hepatik abse
- Oriental kolanjiyohepatitis

AÇIKLAMA: Diğer seçeneklere ek olarak ascaris lumbricoides, karaciğer tümörleri ve koledokolitiazis hematobiliya etiyolojisinde sorumlu olabilir.

Cevap (Schwartz SI: *Principles of Surgery, Ed: Schwartz SI, 7th ed., New York, McGraw-Hill, 1999, pp. 1454, 1455*)

GENEL CERRAHI

83. Aşağıdaki doğumsal anomaliler içerisinde görülme sıklığı en yüksek olan hangisidir?

- a) İnguinal herni
- b) Hipospadias
- c) Epispadias
- d) Mesane ekstrofisi
- e) Özofagus atrezisi

AÇIKLAMA: İnguinal herni çocuğun en sık karşılaşılan anomalilerinden birisidir. Görülme sıklığı miadında doğan bebeklerde yaklaşık %3-5, prematür bebeklerde ise %9-11 arasındadır. Listedeki diğer anomalilerden hipospadias yaklaşık 300 veya 500'de bir, özofagus atrezisi 4000'de bir, mesane ekstrofisi ve epispadias ise 40000 ve 60000'de bir görülür.

Cevap A (Rowe, *Essentials of Pediatric Surgery*, 1.baskı, 1995, s.397,446,770,748)

84. Aşağıdakilerden hangisi gastroözefagial reflü hastalığı tanısında en güvenilir tanı metodudur?

- a) Baryumlu özofagus, mide-duodenum grafisi
- b) pH-metri
- c) Ultrasonografi
- d) Sintigrafi
- e) Özofagogastroskopi

AÇIKLAMA: Gastroözefagial reflü hastalığının tanısında güvenilirliği en yüksek tanı metodu pH-metridir.

Cevap B (Boix-Ochoa, *Pediatric Surgery*, 5.baskı, 1998, s.1007)

85. Hipovolemik şok için yanlış işaretleyiniz.

- a) %20-25'den fazla intravasküler kayıp şoka yol açabilir.
- b) Tanıda en hassas bulgu sistolik arter basıncının 80 mmHg'nin altında olmasıdır.
- c) Preşok bulgularından en önemli olanı pozitif oturma testidir.
- d) Tedavide en önemlisi kısa sürede kristaloid vermektir.
- e) Vazodilatör ve vazokonstrüktör ajanların tedavide pek yeri yoktur.

Cevap B (Schwartz, *Principles of Surgery*, New York, Mc Graw Hill Inc, 1994, v. 1, s. 129)

86. Aşağıdakilerden hangisinde invaziv meme kanseri gelişme riski en yüksektir?

- a) Sklerozan adenozis
- b) Papillomatosis

- c) Atipik duktal hiperplaziler
- d) Lobüler karsinoma insitu
- e) Duktal karsinoma insitu

Cevap E (Ünal, *Meme Hastalıkları*, 2001, s. 175, 357, 367)

87. Diferansiye tiroid kanserlerinde aşağıdakilerden hangisi yüksek risk faktörlerinden birisidir?

- a) 50 yaşından genç kadınlar ve 40 yaşından genç erkekler
- b) Tiroide sınırlı yayılım
- c) Tümörün en büyük çapının 4 cm'den küçük olması
- d) İnsular, Mukoid ve uzun hücreli papiller tiroid kanseri
- e) İyi diferansiye

Cevap D (Ünal, *Tiroid Hastalıkları*, 1. baskı, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları 2000, s. 361, 362)

88. Splenektomi sonrası periferik kan yaymasında görülen hangisidir?

- a) Trombositopeni
- b) Granülositopeni
- c) Hiperfosfatemi
- d) Nükleer artık içeren eritrositler (Howell-Jolly cisimciği)
- e) Hipokromik, mikrositer eritrositler

Cevap D (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.baskı, Sayfa 31)

89. Altmış yaşında bir erkek hastada sağ tarafta sliding tipte kasık fıtığı tespit edildiğinde en sık görülen hangisidir?

- a) Bir ileum ansı fıtık kesesine yapışmış olarak bulunabilir.
- b) Bir ileum ansı fıtık kesesinin posterior duvarını oluşturmuştur.
- c) Bir ileum ansı fıtık kesesinin anterior duvarını oluşturmuştur.
- d) Çekum fıtık kesesinin posterior duvarını oluşturmuştur.
- e) Çekum fıtık kesesinin anterior duvarını oluşturmuştur.

Cevap D (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.baskı, Sayfa 34)

90. Hepatosellüler karsinom için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Kadınlarda erkeklere oranla daha az görülür.
- b) Genelde geç dönemde tanı konulur.

- c) Sağ üst kadranda ağrısı, kilo kaybı ve hepatik kitle en sık görülen triadidir.
 d) Bu hastalarda üst gastrointestinal kanama hemen daima portal hipertansiyona bağlıdır.
 e) Tümör hacmi ekstra ve intrahepatik yayılımın en önemli risk faktörüdür.

Cevap D (*Blumgart, Surgery of Surg the Liver and Biliary Tract, 2000, sayfa 1426-27*)

91. Masif üst gastrointestinal kanamada en sık neden hangisidir?

- a) Gastrik ülser
 b) Eroziv Gastrit
 c) Gastrik karsinom
 d) Mollary Weis
 e) Duodenal ülser

Cevap C (*Scwartz Principles of Surgery, Scwartz, 6. Baskı, 1018-1032-1042/950-951-960*)

92. Yara iyileşmesinde kollajenin çapraz lifler oluşturması aşamasında etkili olan enzim aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Prolin hidroksilaz
 b) Lizil oksidaz
 c) Hidroksi peptidaz
 d) Amilaz
 e) Hiçbiri

Cevap B (*Principles of Surgery., Seymour I Schwartz, 1999/1994, 269/12-13*)

93. Aşağıdaki özelliklerden hangisi hipertrofik skar'ın özelliği olamaz?

- a) Cerrahi müdahaleden hemen sonra değişir.
 b) Zamanla geriler.
 c) Oluştığı cilt düzeyini aşmaz.
 d) Çoğunlukla fleksör yüzlerin karşısında gelişir.
 e) Cerrahi tedavi durumu ağırlaşır.

Cevap E (*Principles of Surgery, Seymour I Schwartz, 1999/1994, 282-283/16*)

94. Klor–dirençli metabolik alkaloz nedeni olmayan patoloji hangisidir?

- a) Primer hiperaldosteronizm
 b) Cushing hastalığı
 c) Kortikosteroidler
 d) Kronik hipokalemi
 e) Pilor obstrüksiyonu

Cevap E (*Sabiston's Textbook of Surgery 15.baskı, 1997, s.100*)

95. Aşağıdakilerden hangisi mide kanseri oluşumunda prekürsör değildir?

- a) Adenomatöz gastrik polip
 b) Kronik atrofik gastrit
 c) Menetrier hastalığı
 d) Pernisiyöz anemi
 e) Megaloblastik anemi

Cevap E (*Doherty, The Washington Manual of Surgery, 2nd ed., 1999, 204*)

96. Karsinoid tümörlerle ilgili yanlış ifadeyi seçiniz.

- a) %90 kadarı midgut orijinlidir.
 b) Midgut karsinoidler serotonin salgılar.
 c) En sık yerleşim yeri appendikstir.
 d) %50 kadarı karsinoid sendrom şeklinde görülür.
 e) 2 cm'den büyük olanlarda lokal eksizyon yetersizdir.

Cevap D (*Doherty, The Washington Manual of Surgery, 2nd ed., 1999, 222*)

97. Herediter nonpolipozis kolon kanseri için yanlış ifadeyi seçiniz.

- a) Otozomal dominant geçer
 b) Kolorektal kanserlerin %10-15'ini oluşturur
 c) Tanıda Amsterdam kriterleri kullanılır.
 d) Daha çok sol kolonu tutar
 e) Olguların %20'sinde senkron kanser vardır.

Cevap D (*Doherty, The Washington Manual of Surgery, 2nd ed., 1999, 250*)

98. Opere kolorektal hastalarda CEA yükselmektedir. Kanser rekürrensının saptanmasında en hassas test hangisidir?

- a) Pozitron emisyon tomografisi
 b) Manyetik rezonans
 c) Doppler USG
 d) Ultrasonografi
 e) Kolonoskopi

Cevap A (*Doherty, The Washington Manual of Surgery, 2nd ed., 1999, 251*)

99. Kolonun villöz adenomları ile ilgili ifadelerden yanlış olanı seçiniz.

- a) Kolon adenomlarının %5-10'unu oluşturur
 b) Kanser riski diğer tiplerden daha yüksektir
 c) Sulu diyareye sebep olur
 d) Hiperkalemi oluşturur
 e) 4 cm'den büyük olanlarda kanser bulunma ihtimali %90'dır

GENEL CERRAHI

Cevap D (*Doherty, The Washington Manual of Surgery, 2nd ed., 1999, 252-253*)

100. Hangi ifade tamoksifen için söylenemez?

- a) Tamoksifen direnci %20'leri aşmıştır
- b) Tromboembolik olayları artırır
- c) Karşı memede tümör gelişme riskini %50 azaltır
- d) Serviks kanseri gelişme riskini artırır
- e) Kemik erimesini önleyebilir

Cevap A (*The ATAC Trialist Group: Anastrozole alone or in combination with tamoxifen versus tamoxifen alone for adjuvant treatment of postmenopausal women with early breast cancer. Lancet 2002, s. 359: 2131-2139*)

101. Hangi ifade lobular karsinoma in situ (LCIS) için doğrudur?

- a) Memenin ensık görülen malign tümörüdür
- b) Perimenopozal dönemde çok sık oluşur.
- c) Tamoksifen kullanılması meme kanseri gelişimini %50 azaltır.
- d) Genellikle memede tek odak halinde bulunur.
- e) Mammografik görüntüsü çok tipiktir.

Cevap C (*Abraham J, Handbook of Clinical Oncology, 2001, p. 127-141*)

102. Gastroözofejeal reflü için hangi ifade doğrudur?

- a) Semptomatik gastroözofejeal reflü olgularının % 30'unda endoskopik olarak özofajit bulgularına rastlanılmaz
- b) Endoskopide görülen reflü özofajit şiddeti ile özofejeal dismotilite genişliği arasında bir uyum yoktur.
- c) Ağır reflü bulunan hastaların % 90'ından fazlası yalnızca manometri testi kullanılarak ayırd edilebilir.
- d) Özofajitin şiddeti ile hiatal herni büyüklüğü arasında paralellik yoktur.
- e) Gastrik tonometri özofajitin ağırlığını belirlemede yardımcı olur.

Cevap A (*Bremmer, The use of pH monitoring, 1995, zb 32: 478-86*)

103. Hangi ifade mide ülseri için doğrudur?

- a) Büyük kurvaturda yerleşen ülserlerin tümü maligndir
- b) Kadında daha sık görülür
- c) En sık görülen komplikasyonu delinmedir
- d) Olguların % 90'ında hiperasidite bulunur

e) Helikobakter pilori infeksiyonu ile ilişkisi yoktur.

Cevap C (*Greenfield, Stress ülcer and gastric ülcer, 1997, p. 779-782*)

104. Hangi ifade kalın bağırsak adenomları için yanlıştır?

- a) Villöz adenomlarda kanser gelişme riski yüksektir.
- b) Sigara kullanımı adenom gelişme riskini 2,5 kez artırır.
- c) Siklooksijenaz 2 (COX-2) inhibitörü ilaçlar adenom gelişme riskini azaltır.
- d) Nonsteroidal antiinflamatuar ilaçların (NSAID) kanser gelişme riskine bir etkisi yoktur.
- e) Diyetle kalsiyum eksikliği adenom oluşumunu artırabilir.

Cevap D (*Abraham, Handbook of Clinical Oncology, 2001, p. 95-106*)

105. Hangi ifade karsinoembriyonik antijen (CEA) için söylenemez?

- a) Sigara içenlerde ve inflamatuvar bağırsak hastalığı bulunanlarda yükselebilir.
- b) Kötü diferansiye kalın bağırsak tümörlerinde çok daha fazla yükselir.
- c) Ameliyat sonrası yükselmesi kolon kanseri nüksünü düşündürmelidir.
- d) Hücre zarına yerleşmiş bir glikoprotein yapısındadır.
- e) Ameliyat öncesi tanı duyarlılığı % 50 seviyelerindedir.

Cevap B (*Abraham, Handbook of Clinical Oncology, 2001, p. 95-106*)

106. Vücut ağırlığının %60'ı su olduğuna göre ekstrasellüler sıvı vücut suyunun yüzde kaçındır?

- a) %10
- b) %20
- c) %30
- d) %40
- e) %50

Cevap B (*S. Schwartz, Principles of Surgery, sixth edition, Mc Graw-Hill, Inc. 1994, S. 62*)

107. İnguinal herni için aşağıdaki tanımlamalardan hangisi yanlıştır?

- a) İndirekt inguinal herni inferior epigastrik damarların lateralindedir.

- b) Direkt inguinal herni Hesselbach üçgeninden çıkar.
- c) İnguinal bölge derisinin duyusunu genitofemoral sinir sağlar.
- d) İnguinal kanalın ön duvarını dış oblik karın kası aponevrozu yapar.
- e) İndirekt inguinal herni en sık görülen tiptir.

Cevap C (S. Schwartz, Principles of Surgery, sixth edition, Mc Graw-Hill, Inc. 1994, S. 1519)

108.Aşağıdakilerden hangisi tiroid kanseri değildir?

- a) Papiller karsinom
- b) Tübüler karsinom
- c) Folliküler karsinom
- d) Medüller karsinom
- e) Anaplastik karsinom

Cevap B (S. Schwartz, Principles of Surgery, sixth edition, Mc Graw-Hill, Inc. 1994, S. 1633)

109.Profilaktik antibiyotik uygulaması cerrahi girişimden ne kadar önce yapılmalıdır?

- a) 12 saat önce
- b) 6-12 saat önce
- c) 30-60 dakika önce
- d) 10-15 dakika önce
- e) İnsizyon sırasında

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.baskı, Sayfa 256)

110.Travmatik mesane yaralanmaları için hangisi yanlıştır?

- a) Tanıda asenden sistografi altın standarttır.
- b) Mesane yaralanmaları ekstrapitoneal, intraperitoneal ve mikst tip olarak üçe ayrılır ve en sık ekstrapitoneal tip görülür.
- c) İntraperitoneal tipin tedavisinde genel eğilim cerrahi eksplorasyondur.
- d) Pelvik kemik kırıkları sonucunda görülen perivezikal hematomlar enfeksiyona neden olacağından mutlaka cerrahi olarak boşaltılmalıdır.
- e) Ekstrapitoneal tipte konservatif tedavi uygulanabilir.

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.baskı, Sayfa 432)

111.Yara iyileşmesi hakkında aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Travmadan sonraki erken dönemde yara iyileşmesi fibronektin salgılanan fibroblastların etkinliğine bağlıdır.

- b) Yara yerinde yeni damarların oluşması makrofajlardan salgılanan faktörler sayesinde olur.
- c) Yara gerilim kuvveti travma sonrası 14-16 günde en yüksek düzeyde olur.
- d) Doku kaybı olan yaralarda çevre dokudan santiripedal doğrultuda hareket ile yaranın küçültülmesine kontraksiyon denir ve bu yaklaşık 40 gün devam eder.
- e) Kontraksiyon yara iyileşmesinin birinci günü başlayıp yaklaşık 40 gün devam eder.

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.baskı, Sayfa 270)

112.Plummer hastalığında seçkin tedavi ne olmalıdır?

- a) Cerrahi
- b) Antitiroid ilaçlar
- c) Radyoaktif iyot
- d) Semptomatik tedavi
- e) Antitiroid ilaçlar + semptomatik tedavi

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.baskı, Sayfa 1545)

113.Tiroid krizi tedavisinde kullanılmayan ilaç hangisidir?

- a) Propiltiourasil ağızdan ya da nazogastrik tüp ile verilir.
- b) Rektal metimazol verilebilir. Astım gibi kontrendikasyon yoksa IV propranolol verilir.
- c) Astım gibi kontrendikasyon yoksa IV propranolol verilir.
- d) Antitiroid ilaç sonrası IV sodyum-iyodür verilir.
- e) Ateş düşürmek için salisilatlar verilir.

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.baskı, Sayfa 1545)

114.Meme koruyuc cerrahi (MKC) için hangisi yanlıştır?

- a) Şüpheli lezyondan öncelikle İİAB ile patolojik verifikasyon yapılması rezidüel kanser riskini düşürür.
- b) MKC sonrası mutlaka radyoterapi uygulanacağından tümörün çıkarıldığı duvarlar metal kliplerle işaretlenmelidir.
- c) Çıkarılan piyeste insitu duktal karsinom komeda ağırlıklı, yüksek gradlı ve nekroz mevcutsa nüks riskinin de yüksek olduğu göz önünde bulundurularak hasta bilgilendirilmelidir.
- d) MKC uygulanırken tümör makroskopik olarak 1-2 cm'lik normal meme dokusu ile birlikte çıkarılmalıdır.
- e) 3 cm'den büyük tümörlerde, özellikle genç hastalarda nüks oranı artacağından MKC yapılmamalıdır.

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.baskı, Sayfa 256)

115. Familial adenomatöz polipler için doğru olan şıkkı işaretleyiniz.

- a) Otozomal resesif geçişlidir.
- b) Geç yetişkin çağda polip oluşumuyla karakterizedir.
- c) Gardner sendromu epidermoid kistler ve osteomalar ile birlikte.
- d) 12. kromozomun kısa kolundaki mutasyon nedeniyledir.
- e) Rijit veya fleksibl sigmoidoskopun tanıda yeri yoktur.

Cevap C (<http://www.surgical-tutor.org.uk/>)

116. Femoral kanal yapısı için yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Femoral venin medialinde yer alır
- b) Ön duvarını inguinal ligament oluşturur
- c) Dış duvarını laküner ligament oluşturur
- d) Arka duvarını pektinal ligament oluşturur
- e) Cloquet lenf nodunu içerir

Cevap C (<http://www.surgical-tutor.org.uk/>)

117. Duktus hepaticus communis taşları hakkındaki yanlış şıkkı işaretleyiniz.

- a) Kolesistektomi geçiren hastaların %30'unda saptanır
- b) Charcot's triadi ile birlikte gözlenir
- c) Ultrasonografide bir safra kanalı çapı >8 mm olduğunda düşünülmelidir
- d) ERCP, sfinkterotomi ve balon kateter ile temizlemek güncel tedavi seçenekleridir
- e) Eğer ortak safra kanalı ameliyatla temizlenmemişse T-tüp üç gün sonrasına kadar kalabilir

Cevap E (<http://www.surgical-tutor.org.uk/>)

118. Ülseratif kolit cerrahisi hakkındaki yanlış şıkkı işaretleyiniz.

- a) Beş yıl içerisinde cerrahi müdahale gerektiren %30 hastada total kolitis gözlenir.
- b) Acil operasyonda panproktokolektomi veya poş oluşturulması uygundur.
- c) "S", "J" veya "W" loop yönteminde poşlar kullanılabilir.
- d) Poşlu hastaların bir kısmı gaitasını kusursuz tutabilmektedir.
- e) Bir poş ile birlikte günde altı kez sıklığında dışkılamaya ihtiyaç duyulur.

Cevap B (<http://www.surgical-tutor.org.uk/>)

119. Inguinal kanal anatomisinde doğru olan şıkkı işaretleyiniz.

- a) İnternal ring simfizis pubis ile spina iliaca anterior superior arasındaki mesafenin ortasında yer alır.
- b) İnternal ringin medial kenarında epigastrika inferior damarları vardır.
- c) Eksternal oblik aponevroz arka duvarı oluşturur.
- d) İnguinal ligament üst sınırı oluşturur.
- e) Tendon konjua arka duvarın lateral parçasını oluşturur.

Cevap A (<http://www.surgical-tutor.org.uk/>)

120. Mirizzi sendromunu aşağıdakilerden hangisi en iyi tarif eder?

- a) Diyabetli hastada akut kolesistit
- b) Sağ hepatic duktusun safra kesesine açılması
- c) Clonorchis sinensis enfestasyonuna bağlı primer koledok taşı
- d) Safra kesesi ampullasındaki taşın koledoka basması
- e) Diyabetli hastada akut biliyer pankreatit

Cevap D (*Schwartz, Principles of Surgery, 7. baskı, 1999, s. 1450*)

121. Aşağıdakilerden hangisinde intestinal poliplerle birlikte alopesi, hiperpigmentasyon ve tırnak yokluğu vardır?

- a) Familial polipozis
- b) Peutz Jeghers sendromu
- c) Turcot Sendromu
- d) Juvenil polipozis
- e) Cronkhite-canada sendromu

Cevap E (*Sayek, Temel Cerrahi, 1. Baskı 1991, s. 824,913*)

122. Whipple ameliyatı yapılacak pankreas başı karsinomlu hastanın dikkat edilmesi gereken en önemli tetkiki ne olmalıdır?

- a) Trombosit sayısı 100.000/ml'nin üzerinde olmalıdır
- b) Beyaz küre sayısı 10.000/ml altında olmalıdır
- c) Kan şekeri 100 mg/dl'nin üzerinde olmalıdır
- d) Hemoglobin miktarı 10gr/dl üzerinde olmalıdır
- e) PTZ 14 saniyenin altında olmalıdır

Cevap E (*Alican, Cerrahi Dersleri, 1. Baskı 1996, s. 401,975*)

123. Dimerkaptosüksinik asit sintigrafisi hangi tiroid Ca'da düşük tutulum gösterir?

- a) Papiller CA
- b) Folliküler Ca
- c) Hurthle Cell Ca
- d) Medüller Ca
- e) Anaplastik Ca

Cevap D (Alican, Cerrahi Dersleri, I. Baskı 1996, s. 1212,1639)

124.Hangisi masif hemotoraks ve tansiyon pnömotoraksın fizik muayene bulgusu değildir?

- a) Trakea deviyasyonu
- b) Solunum seslerinde azalma
- c) Taşikardi
- d) Hipotansiyon
- e) Boyun venlerinde dilatasyon

Cevap D (Sabiston DC jr. (Ed), Davis-Christopher Texbook of Surgery, 14th Ed. Philadelphia, WB Saunders Co., 1991, p. 262-263)

125.Travma geçiren vücutda başta gelen koruyucu mekanizma hücre dışı sıvı volümünü, bir anlamda kan volümünün korunmasına yöneliktir. Bu amaçla meydana gelen olayların anlatıldığı aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- a) Distal renal tubuluslardan suyun geri Emilimi artar.
- b) Distal renal tubuluslardan sodyumun geri Emilimi azalır.
- c) çıkan idrarda bikarbonat miktarı azalır.
- d) Aldosteron yapımı ve salgılanması artar.
- e) Renal perfüzyon azalır.

Cevap B (Schwartz Cerrahi Prensipleri El Kitabı, 1. baskı, İstanbul, 2002, 1 cild, s. 1)

126.Künt batın travması sonrası şiddetli kontüzyona uğrayan safra kesesi nasıl tedavi edilir?

- a) Seri BT ve fizik muayene ile takip
- b) T tüp ile drenaj
- c) Kolesistektomi
- d) Kolesistostomi
- e) Roux-en-Y kolestojejunostomi

Cevap D (Sabiston DC jr. (Ed), Davis-Christopher Texbook of Surgery, 14th Ed. Philadelphia, WB Saunders Co., 1991, p. 270)

127.Sağ kolon karsinomalarında, soldakilere göre daha sıklıkla tespit edilen bazı özellikler aşağıdaki cümlelerde ifade edilmiştir. Hangi cümle yanlıştır?

- a) Sağ kolon karsinomaları, sıklıkla makroskopik olarak polipoid tiptir.
- b) Sağ kolon karsinomaları sıklıkla izah edilemeyen anemi ve zayıflama gösterirler.
- c) Sağ kolon karsinomaları, soldakilere göre, daha sık olarak bağırsak tıkanıklığı yaparlar.
- d) Sağ kolon karsinomalarında soldakilere göre daha sık olarak palpabl kitle oluştururlar.
- e) Sağ kolon karsinomalarında ekseriya inatçı fakat şiddetli olmayan ağrı veya rahatsızlık hissi soldakilerde kolik tarzında ağrı vardır.

Cevap C (George, Shackelford's Surgery of the Alimentary tract, 4. edition, 1996, vol 4, Chapter 11, s. 124)

128.Jinekomastrisi aşağıdaki durumlardan hangisi ile ilişki değildir?

- a) Diazepam kullanımı
- b) Puberte
- c) Yaşlanma
- d) Kronik karaciğer hastalığı
- e) Gebelik

Cevap D (Sabiston DC jr. (Ed), Davis-Christopher Texbook of Surgery, 14th Ed. Philadelphia, WB Saunders Co., 1991, pp: 606-607 ; Schwart, Principles of Surgery, 6th Ed., New York, Mac-Graw Hill Book Co., 1987, pp:1649-1650)

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

1. Aşağıdakilerden hangisi mikst inkontinansdır?

- a) Stres inkontinans ve detrusor instabilitesi birlikteliği
- b) Stres inkontinans ve taşma inkontinans birlikteliği
- c) Stres inkontinans ve fistüle bağlı inkontinans birlikteliği
- d) Detrusor instabilitesi ve taşma inkontinans birlikteliği
- e) Detrusor instabilitesi ve psikojenik inkontinans birlikteliği

AÇIKLAMA: Mikst inkontinans; stres inkontinans ve detrusor instabilitesi birlikteliğidir. Tanıda ürodinamik çalışma gereklidir.

Cevap A (*DeCherney, Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment, 9.baskı, 2003, s.813*)

2. Fetus'ta hemoglobin A hangi gebelik haftasından itibaren fetal kanda görülmeye başlar?

- a) 8.hafta
- b) 12.hafta
- c) 16.hafta
- d) 20.hafta
- e) 24.hafta

AÇIKLAMA: Hemoglobin A, 16.gebelik haftasından itibaren görülmeye başlar. Bu haftada fetal seks ayrımlanmıştır. Fetal ağırlık 100 gr uzunluk ise 14-17 cm'dir.

Cevap C (*DeCherney, Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment, 9.baskı, 2003, s.174*)

3. Sekonder oositin ikinci mayotik bölünmenin metafaz evresinde duraklatılmasını sağlayan aşağıdakilerden hangisidir?

- a) $PGF_2\alpha$
- b) PGI_2
- c) PGE_2
- d) pp39^{mos} proteini
- e) Oosit maturasyon inhibitörü

AÇIKLAMA: Sekonder oositin metafaz evresinde duraklamasının nedeni ovumda oluşan pp39^{mos} proteindir. Oosit maturasyon inhibitörü ise primer oositin profaz evresinde duraklamasını sağlar.

Cevap D (*DeCherney, Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment, 9.baskı, 2003, s 134*)

4. Gebelikte mortalite hızı yükselen ekstrauterin komplikasyon hangisidir?

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

AÇIKLAMA: Gebelikte akut pankreatit'e bağlı mortalite artar, çünkü tanıda gecikir.

Cevap C (*DeCherney, Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment, 9.baskı, 2003, s 456*)

5. Myomların en sık klinik belirtisi hangisidir?

- a) Pelvik ağrı
- b) Anormal uterin kanama
- c) İnfertilite
- d) Batında ele gelen kitle
- e) Disparoni

AÇIKLAMA: Myomların en sık klinik belirtisi anormal uterin kanamadır. Öte yandan myomlar sıklıkla asemptomatiktir.

Cevap B (*DeCherney, Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment, 9.baskı, 2003, s 695*)

6. Paravajinal defektli sistosellerin cerrahi onarımında müdahale edilen anatomik yapı hangisidir?

- a) Puboservikal fasya
- b) Rektovajinal fasya
- c) Puboservikoal fasya- arkus tendineus fasya pelvis
- d) Puboservikal fasya- rektovajinal fasya
- e) Vajinal ön duvar

Cevap C (*DeCherney, Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment, 9.baskı, 2003, s 782*)

7. Vajinal kanserlerde lenf nodu metastaz insidansını belirleyen en önemli faktör hangisidir?

- a) Tümör yerleşim yeri
- b) Tümörün tipi
- c) Tümörün grade'i
- d) Tümörün boyutu
- e) Hastalığın evresi

AÇIKLAMA: Vajinal kanserlerde lenf nod metastaz insidansı direkt olarak tümör boyutu ile ilgilidir.

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

Cevap D (*DeCherney, Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment, 9.baskı, 2003, s 889*)

8. Aşağıdakilerden hangisi overin epiteliyal tümörü değildir?

- Seröz tümörler
- Müsinöz tümörler
- Endometrioid tümör
- Transisyonel tümör
- Disgerminom

AÇIKLAMA: Overin epiteliyal tümörleri seröz tümörler, müsinöz tümörler, endometrioid tümör, transisyonel tümör ve indiferansiye tümördür. **Disgerminom germ hücreli tümördür.**

Cevap E (*DeCherney, Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment, 9.baskı, 2003, s 934*)

9. Hirsutizm'in en sık nedeni hangisidir?

- Cushing sendromu
- Polikistik sendromu
- HAIR-An sendromu
- Hiperprolaktinemi
- İyatrojenik

AÇIKLAMA: Polikistik over sendromu hirsutizm'in en sık nedenidir.

Cevap B (*DeCherney, Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment, 9.baskı, 2003, s 1001*)

10. Aşağıdaki genital kanserlerden hangisi klinik olarak evrenir?

- Servikal kanser
- Over kanser
- Sarkomlar
- Tuba kanseri
- Endometriyum kanseri

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

Cevap A (*DeCherney, Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment, 9.baskı, 2003, s 907*)

11. Endometriyum kanserinde prognozu belirlemede aşağıdaki faktörlerden hangisi kullanılmaz?

- Myometrial invazyon derinliği
- Tümörün histolojik tipi
- Lenf nodu metastazi
- Servikal smear sonucu
- Hastanın yaşı

AÇIKLAMA: Endometriyum kanserinde prognostik faktörler;

- Yaş
- Histolojik tip

- Histolojik grade
- Miyometriyal invazyon
- LVI
- Lenf nodu tutulumu
- Tümör büyüklüğü
- Periton sitolojisi
- Hormon reseptör durumu
- DNA ploidi
- Tedavi tipi (cerrahi-RT)

Cevap D (*Berek & Novak's Gynecology & 13.baskı, 2002, s 1164*)

12. Gestasyonel trofoblastik hastalıklarla ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Komplet hidatiform molde en sık gözlenen semptom vaginal kanamadır.
- Sitogenetik çalışmalar komplete hidatiform molde karyotipin genellikle paternal orijinli 46 XX olduğunu ortaya koymuştur.
- Kontrasepsiyon amaçlı olarak molde boşaltıldıktan hemen sonra hastaya rahim içi araç takılabilir.
- Komplete hidatiform molde hastaların yarısında overlerde teka lutein kistleri görülür.
- Metastatik gestasyonel trofoblastik tümörlü hastaların %80'inde tanı anında akciğer grafisinde akciğer tutulumu görülür.

Cevap C (*Berek & Novak's Gynecology & 13.baskı, 2002, s 1361*)

13. Aşağıdakilerden hangisi makat prezentasyon için predispozisyon oluşturmaz?

- Anensefali
- Grandmultiparite
- Polihidroamniyoz
- Uterin anomaliler
- Dekolman plasenta

Cevap E (*Cunningham, Williams Obstetrics, 21.baskı, 2001, s 510*)

14. Sezeryanla doğum sonrası postoperatif 4.günde ateşi yükselen hastanın genel sistemik muayenesinde herhangi bir özellik saptanmamıştır. Uygun süre ve dozda antibiyotik tedavisine rağmen hastanın ateşi devam etmektedir. Mevcut ateşine rağmen genel durumu iyi olan bu hastada tanı olarak hangisini düşünürsünüz?

- Antibiyotiklere dirençli üriner sistem enfeksiyonu
- Atelektazi
- Mastit
- Septik pelvik tromboflebit

e) Yara yeri enfeksiyonu

AÇIKLAMA: Bir endometriyit vakası, enerjik antibiyotik tedavisine 3-4 gün içinde cevap vermezse, akla başka durumlar gelir. İnatçı lökositöz ve ağrı, "abse" veya "yara" enfeksiyonunu düşündürür. Eğer hasta iyi görünüyorsa ve kendini, ateşe ilişkin belirtiler dışında iyi hissediyorsa, "septik pelvik tromboflebit"ten şüphelenilebilir.

Cevap D (Cunningham, Williams Obstetrics, 21.baskı, 2001, s 681)

15.Konjenital toksoplazma enfeksiyonu ile ilgili hangisi yanlıştır?

- Maternal toksoplazma enfeksiyonu genellikle asemptomatiktir ve klinik olarak fark edilmez.
- Gebeliğin erken dönemlerinde fetusun enfekte olma riski yüksektir fakat fetus enfekteyse hasarın derecesi düşüktür.
- Toksoplazma ile inutero enfekte olan fetusta ventrikulomegali ve intrakraniyal kalsifikasyonlar görülebilir.
- Tedavide plasenta enfeksiyonunu önlemek için anneye spiramisin başlanır.
- Fetusun enfekte olduğu düşünülüyorsa doku hasarını önlemek için anneye Sulfadiazin verilir.

Cevap B (Cunningham, Williams Obstetrics, 21.baskı, 2001, s 1476)

16.Fetusta akciğer maturasyonu taraması ve kesin tanısı için hangi teknikler kullanılmaz?

- TDx testi (surfaktan-albümin oranı)
- Köpük testi
- Köpük stabilite testi
- Tap testi
- Fosfatidil inozitol düzeyi

AÇIKLAMA: Fetusta akciğer maturasyonunun değerlendirilmesinde fosfatidil inozitol değil, fosfatidil gliserol düzeyi saptanır. Fosfatidil gliserol düzeyinin süfaktandaki yoğunluğu, 35.haftada artmaya başlar. Fosfatidil gliserol lesitinden farklı olarak diğer dokularda bulunur ve kan veya mekonyum gibi sıvılardan etkilenmez. Bu sayede zarların erken yırtıldığı vakalarda, vajinada biriken amniyotik sıvı örnekleri de kullanılabilir.

Cevap E (Yüksek riskli gebeliklerde tanı ve tedavi protokolleri, konu 13, s 84)

17.11-14 haftalık gebelikte trizomi taramasında hangi parametreler kullanılmaz?

- PAPP-A
- Free-beta HCG

c) Anne yaşı

d) AFP

e) Gebelik haftası

AÇIKLAMA: Alfafetoprotein amniyotik sıvıda en yüksek yoğunluğu, 12-14. haftalarda bulunur, taramalarda AFP'nin en doğru cevabı verdiği dönem, gebeliğin 16-18. haftalarıdır. Maternal AFP, yaklaşık 13. haftada yükselmeye başlar ve 32. haftada en yüksek noktasına varır.

Cevap D (Williams Obstetrics, 10.bölüm, 21.baskı, s 939-979)

18.Myomla birlikte olan gebeliklerde hangi komplikasyon ortaya çıkmaz?

- Erken doğum
- Erken membran rüptürü
- Plasenta dekolmanı
- Ektopik gebelik
- Doğum sonrası kanama

AÇIKLAMA: Myomlu uteruslarda erken doğum, erken membran rüptürü, malprezentasyon, plasenta dekolmanı, plasenta retansiyonu ve doğum sonu kanama olasılığı artar.

Cevap D (Kışınıççı, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s. 806)

19.Kombine oral kontraseptif hap kullanan bir hastada görülen kanama aşağıdakilerden hangisidir?

- Estrojen çekilme kanaması
- Progesteron çekilme kanaması
- Estrojen yıkılma kanaması
- Progesteron yıkılma kanaması
- Estrojen-progesteron çekilme kanaması

AÇIKLAMA: Progesteron ve estrojen çekilme kanamasının özellikleri, menstruel değişikliklerin endometriyumun bütün segmentlerinde aynı anda olması, kanamanın düzgün başlayıp, normal süre ve miktarda bitmesidir. Progesteron ve estrojen çekilme kanaması, perimenopozal hastalara verilen kombine replasman tedavileri ve yine kombine doğum kontrol hapları kullanımı sonucunda, ilaçların kesildiği intervallerde de görülür.

Cevap E (Kışınıççı, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s. 1219)

20.Aşağıdakilerden hangisi tokolitik olarak kullanılmaz ?

- Beta mimetik
- Ca kanal blokleri
- İndapamid
- İndometazin

e) Mg Sulfat

AÇIKLAMA: Tokolitik ajanlar:

-En sık kullanılan ajanlar β -mimetiklerdir (Ritodrin HCl, terbutalin).

-Mg-sülfat; Özellikle ritodrin-HCl başarısızsa, tek başına veya ritodrin-HCl ile kombine olarak kullanılır. Diabetik hastalarda β -mimetikler hiperglisemi yapacağından Mg-sülfat tercih edilir.

-**Prostaglandin sentez inhibitörleri;** Placentaya geçerler. Maternal yan etki olarak post-partum hemoraji, gastrointestinal yakınmalar, baş ağrısı, depresyon, psikoz sayılabilir. Fetal ve neonatal yan etkileri ise ductus arteriosusun erken kapanmasına neden olabilmeleridir. Bu durum neonatal pulmoner hipertansiyona neden olur. Uzun süreli kullanımlarında fetal küçük böbrek ve oligohidramnios neden olur.

-**Ca antagonistleri**

-**Diazoksit**

-**Aminofilin**

-**İndometazin**

Tokolizin kontrendikasyonları:

- Kalp hastalığı
- Hipertioidi
- Ciddi hipertansiyon
- Diabetik ketoasidoz
- Travma
- Ateşli hastalıklar
- Fetal anomali
- Ablasyo plasenta
- Aşırı kanama ile giden plasenta previa

Cevap C (*Williams Obstetrics, 21. baskı, s 959*)

21.Postmenopozal kanaması olan hastalardan alınan biyopsilerde endometriyal kansere rastlanma sıklığı nedir?

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

Cevap C (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*)

22.Müllerian gelişim anomalileri arasında en sık rastlanan ve en kötü reproduktif prognoz gösteren hangisidir?

- a) Uterus bikornis
- b) Uterus unikornis
- c) Uterus septus
- d) Uterus didelfis
- e) Uterus subseptus

AÇIKLAMA: Uterus unikornis: Müller kanallarından birinin hiç olmamasıdır. **Bu yüzden asimetrik bir genital anatomi vardır.**

Uterus didelfis: Bu durumda da her iki müller kanalı orta hatta hiç yaklaşmamış ve birleşmemiştir. **Bu yüzden de iki uterus ve iki serviks vardır.** Çoğu durumda da vajinayı ortadan ikiye ayıran bir septum sözkonusudur (çift vajina).

Uterus bikornis: Burada kısmi bir birleşme olmuş, ancak kaynaşma hiç olmamıştır. **Uterusun üst yüzünde bir çöküntü vardır**

Uterus septus: Birleşme tam olmuş ancak içteki septum (perde) serviksten yukarıya doğru kaybolurken belli bir aşamada duraklamıştır. Duraklamanın olduğu yere göre servikse yakın bir bölgeden, uterusun tepesinin iç kısmına kadar olan bir yerde belli bir uzunlukta septum söz konusudur. Endometrium boşluğu bu septum nedeniyle iki ayrı bölüme ayrılır. İlaçlarla ilgili olmayan müllerian anomaliler içinde en sık görülenidir.

Cevap C (*Novak, Jinekoloji, 1998, 782*)

23.Evre Ia2 serviks kanserli olguda en uygun tedavi yaklaşımı hangisi olmalıdır?

- a) Tip I basit ekstrasfasiyal histerektomi
- b) Servikal konizasyon
- c) Tip 2 genişletilmiş histerektomi ve pelvik lefadenektomi
- d) Tip 3 radikal histerektomi ve pelvik lenfadenektomi
- e) LEEP eksizyon

Cevap C (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*)

24.BRCA 1 gen mutasyonu için doğru olmayan hangisidir?

- a) BRCA 1 gen mutasyonu taşıyıcıları % 40-50 yaşamboyu over kanseri riski taşır
- b) BRCA geninin fonksiyonel eksikliğinde DNA onarımı bozulur ve p53- bağımlı DNA- yıkım noktası aktive olarak hücre siklusunun apoptozisinin durmasına neden olur
- c) BRCA 1 için 60' den fazla mutasyon bildirilmiştir
- d) BRCA gen mutasyonu taşıyıcılarında 25-35 yaşları arasından başlayarak 6 ayda bir TVUsg ve CA-125 ölçümleri önerilmektedir.
- e) Oral kontraseptif kullanımı- en az 6 yıl kullanım BRCA mutasyon taşıyıcılarında over kanseri riskini % 100 azaltır

AÇIKLAMA: BRCA 1 mutasyonunu taşıyanlarda doğum kontrol hapının kullanımı meme kanseri riskini azda olsa arttırmaktadır. BRCA 2 mutasyonunu taşıyanlarda ise böyle bir risk saptanmamıştır.

Cevap E (Novak, Jinekoloji, 1998, 1165)

25.Östrojenler, vasküler hastalık gelişiminde rol oynayabilen aşağıdaki faktörlerden hangisi üzerinde etkili değildir?

- a) Serum lipid konsantrasyonları
- b) Koagülasyon ve fibrinolitik sistemler
- c) Antioksidan sistemler
- d) Nitrik oksit ve prostaglandinler gibi vazoaaktif moleküllerin üretimi
- e) Glikojen metabolizması

Cevap E (Kışnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi)

26.Serviks kanseriyle birlikte en sık görülen HPV tipi hangisidir. ?

- a) HPV-18
- b) HPV-33
- c) HPV-45
- d) HPV-16
- e) HPV-26

Cevap D (Kışnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi)

27.Aşağıdakilerden hangisi LEEP/LLETZ endikasyonları arasında yer almaz?

- a) Serviksin mikroinvazif kansinomu
- b) Vajinal smear ASCUS'ken kolposkopi yeterli olmasına karşın servikste lezyon saptanmaması
- c) Vajinal smear ASCUS'ken kolposkopinin yetersiz kalması
- d) Semptomatik servikal ektropion hali
- e) Biyopsi ile kanıtlanmış CIN2-3 ve CIS tedavisi

Cevap B (Kışnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi)

28.Günümüzde herediter over kanserinde kimyasal kemoprofilakside önerilen ilaçlar arasında olmayan hangisidir?

- a) Asetaminofen
- b) Kombine oral kontraseptifler
- c) Sentetik Vitamin A türevleri(Fenretinid)
- d) Tamoksifen
- e) COX-2 inhibitörü NSAİ ilaçlar

Cevap D (Kışnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi)

29.Over kanserlerinde aşağıdaki durumların hangisinde primer yerine interval debulking yeğlenmesi daha uygun olur?

- a) Masif plural effüzyon varlığında
- b) Parenkimal akciğer metatazı durumunda
- c) Masif asit varlığında
- d) Hastanın genel durumu cerrahi için yeterince iyi değilse
- e) Tüm batını dolduran kitle varlığında

Cevap E (Kışnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi)

30.Aşağıdaki durumların hangisinde endometriyum kanserinin cerrahisi sonrası ek tedavi yapılması gerekli değildir?

- a) Evre II, seröz papiller histoloji
- b) Evre Ia, Grade 3, endometroid histoloji
- c) Evre Ib, berrak hücreli histoloji
- d) Evre Ic, adenoskuamoz histoloji
- e) Evre Ib, Grade 2, endometroid histoloji

Cevap E (Kışnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi)

31.LH uyarımına bağlı androjen sentezinin intra-ovarian modülasyonunda rol oynamayan mekanizma hangisidir?

- a) LH reseptör konsantrasyonunun azalması(down regülasyon)
- b) 20-22 desmolaz enzim aktivitesinin baskılanması
- c) 17-20 liyaz enzim aktivitesinin baskılanması
- d) 17 hidrosilaz enzim aktivitesinin baskılanması
- e) aromataz enzim aktivitesinin baskılanması

Cevap E (Dunaif, Polycystic Ovary syndrome in Endocrinology and Metabolism Clinics of North America, 1999, s 269)

32.Medyan epizyotomide kesilmesi imkansız olan kas hangi seçenekte belirtilmiştir?

- a) M. bulbocavernosus
- b) M. ischiocavernosus
- c) M. transversus perinei profundus
- d) M. transversus perinei superficialis
- e) M. pubococcygeus

Cevap B (DeCherney, Current Obstetric and Gynecologic Treatment and Diagnosis, 9.baskı, 2003, s.23)

33.Fetal biyofizik profilin, akut progresif hipoksi varlığında en son bozulan ve bebeğin yitirmek üzere olduğunun göstergesi olan parametresi hangisidir?

- a) Fetal tonus

- b) Fetal hareket
- c) Fetal solunum hareketleri
- d) Fetal kalp hızı reaktivitesi
- e) Amniyotik sıvı hacmi

AÇIKLAMA: Fetal tonus: 7.5-8.5. gebelik haftalarında gelişir. Oksijen azlığından ve asidozdan en son etkilenen oluşumdur. Fetal tonusun olmaması durumunda bebek kaybı daha sık beklenir. Fetal tonusun tek başına bozuk olması çok fazla anlam ifade etmez. Eğer tonus kaybı ile birlikte NST de non reaktif ise ciddi bir tehlike söz konusudur.

Cevap A (Scott, Danforth's Obstetrics and Gynecology, 9. baskı, 2003, s 155-56)

34. Başın hareketlerinde dayanak noktasının kolumna vertebralis olduğu göz önüne alındığında, kemik pelvisi normal gebelerde, atlasın merkezinden çizilen dikme fetal başın ön-arka çapını tam orta noktada kesiyor ise, en sık hangi geliş gözlenir?
- a) Alın
 - b) Küçük fontanel
 - c) Verteks
 - d) Büyük fontanel
 - e) Yüz

Cevap C (Cunningham, Williams Obstetrics, 21. baskı, 2001, s 292-96)

35. Herhangi bir maddenin, pasif difüzyon ile plasentadan geçişinde etkili olmayan faktör hangisidir?
- a) Molekül ağırlığı
 - b) Yarılanma ömrü
 - c) İyonizasyon derecesi
 - d) Yağda çözünürlüğü
 - e) Transfer yüzeyi

Cevap B (Cunningham, Williams Obstetrics, 21. baskı, 2001, s 137-39)

36. Steroidogenezin ilk aşaması hücrenin hangi organelinde gerçekleşmektedir?
- a) Ribozom
 - b) Mitokondri
 - c) Lizozom
 - d) Endoplazmik retikulum
 - e) Sarkoplazmik retikulum

Cevap B (Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 6. baskı, 1999, s 41-42)

37. Histolojik görünümü iyi diferansiyasyon ile uyumlu olmasına karşın, beş yıllık sağkalım

süresi en düşük endometriyum kanseri tipi hangisidir?

- a) Müsinöz karsinom
- b) Endometrioid karsinom
- c) Papiller seröz karsinom
- d) Berrak hücreli karsinom
- e) Adenoskuamöz karsinom

Cevap C (Berek, Novak's Gynecology, 12. baskı, 1996, s 1006)

38. Akut hormonal yanıtta, ekstramitokondriyal depo kolesterolün serbestlenerek intramitokondriyal alana transferini gerçekleştiren en önemli faktör hangisidir?

- a) Steroidojenik akut düzenleyici protein
- b) Sterol taşıyıcı protein
- c) Periferik benzodiazepin reseptör
- d) Steroidogenezis aktivatör polipeptid
- e) Hidroksimetilglutaril koenzim A

Cevap A (Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 6. baskı, 1999, s 42)

39. Preeklampsi tablosunun gelişebilmesi için mutlak gerekli olan koşul hangisidir?

- a) Gebeliğin intrauterin olması
- b) Fetusun canlı olması
- c) Canlı trofoblast dokusu bulunması
- d) Nulliparite
- e) Gebeliğin tekiz olması

Cevap C (Gleicher, Principles and Practice of Medical therapy in Pregnancy, 3. baskı, 1998, s 1000-005)

40. Amenorenin nedeni aşağıdakilerden hangisi olamaz?

- a) Uterusla ilgili anomaliler
- b) Overle ilgili anomaliler
- c) Ön hipofiz ile ilgili anomaliler
- d) CNS (hipotalamik) anomaliler
- e) Serebellum ile ilgili anomaliler

AÇIKLAMA: Serebellum ile menstrüel siklus arasında bir bağlantı yoktur.

Cevap E (Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 5. baskı, 1994, s.404)

41. Aşağıdakilerden hangisi erken gebelik döneminde gebeliğin canlılığının değerlendirilmesindeki yanlışlıkları ortadan kaldırmak için kullanılan kriterlerden biri değildir?

- a) Gestasyonel kesenin çapı 20 mm'den fazla ise embriyo ve yolk kesesine ait bir işaret yok ise blighted ovum düşünülür

- b) Baş-popo mesafesi 6 mm'den büyük ise, fakat kalp tepe atımına ait bir bulgu yok ise, missed abortus akla gelmelidir
- c) Gestasyonel kesenin ortalama çapı 20 mm'den veya baş-popo uzunluğu 6 mm'den az olduğunda, 1 hafta sonra büyüme yönünden değerlendirilmelidir
- d) Canlılık konusunda herhangi bir şüphe varlığında beklemek ve ultrason tekrarı yapmak uygundur
- e) Canlılık konusunda en ufak bir şüphe varlığında anne hayatını kurtarmak açısından gebelik hemen sonlandırılmalıdır

AÇIKLAMA: Canlılık konusunda en ufak bir şüphe varlığında anlamlı olan bekleyip görmektir, hemen gebeliğin sonlandırılması gerekmez.

Cevap E (*Rainsbury, Üreme Tıbbında Pratik Yaklaşımlar, 1997, s.87*)

42.Aşağıdakilerden hangisi polikistik over sendromunun klinik belirtilerinden biri değildir?

- a) Obezite
- b) Menstruel bozukluk
- c) Hiperandrojenizm
- d) İnfertilite
- e) Hipoandrojenizm

AÇIKLAMA: Polikistik overleri olan kadınları normal kontrollerle karşılaştıran çalışmalar, artmış LH konsantrasyonları, LH/FSH oranı, açlık insülin miktarı, testosteron ve androstenedion konsantrasyonları ve azalmış seks hormon bağlayıcı globulin seviyeleri ortaya koymuşlardır.

Cevap E (*Rainsbury, Üreme Tıbbında Pratik Yaklaşımlar, 1997, s. 63*)

43.Aşağıdakilerden hangisi ağır preeklampsi kriteri değildir?

- a) Diastolik kan basıncını 110 mmHg veya üzerinde olması
- b) Proteinürinin 2+ veya üzerinde olması
- c) Baş ağrısının olması
- d) Proteinürinin 1+ olması
- e) Oligürinin varlığı

AÇIKLAMA: Proteinin 1 pozitif olması hafif preeklampsi kriteridir.

Cevap D (*Cunningham, Williams Obstetrics, s.765*)

44.Aşağıdakilerden hangisi gebelikde beklenen normal fizyolojik değişikliklerden biri değildir?

- a) Kardiyak output artar
- b) Pulmoner ventilasyon artar
- c) Oksijen ihtiyacı artar

- d) Akciğerlerin fonksiyonel rezidüel kapasitesi artar
- e) Akciğerlerin inspiratuvar kapasitesi artar

AÇIKLAMA: Akciğerlerin fonksiyonel rezidüel kapasitesi, diyaframdaki ortalama 4 cm'lik yükseliş nedeni ile azalır.

Cevap D (*Cunningham, Williams Obstetrics, s. 230*)

45.Aşağıdakilerin hangisi habituel abortus nedeni değildir?

- a) Servikal inkompetans
- b) Subseröz myomlar
- c) Hormonal disfonksiyon
- d) Kromozomal anomaliler
- e) Bikornuat uterus

AÇIKLAMA: Myomların büyüklüğünden çok lokalizasyonu abortusda rol oynar, subseröz myomlar habituel abortus nedeni değildirler.

Cevap B (*Cunningham, Williams Obstetrics, s.661-676*)

46.Diabetik anne çocuğu aşağıdaki risklerden hangisini taşımaz?

- a) Perinatal ölüm hızı artmıştır
- b) Hipokalsemi
- c) Hiperglisemi
- d) Nöral tüp defektleri
- e) Makrozomi

AÇIKLAMA: Fetal insülin salınımı doğumdan hemen sonra hipoglisemiye sebep olur.

Cevap C(*Cunningham, Williams Obstetrics, s.1204*)

47.İnfertilitede, servikal faktörün tedavisi aşağıdakilerden hangisini içermez?

- a) İntrauterin inseminasyon
- b) Antibiyotik tedavisi
- c) Konjuge östrojen
- d) İn vitro fertilizasyon
- e) HCG enjeksiyonu

AÇIKLAMA: Kötü bir servikal mukusun infertiliteye sebep olduğu düşünülüyorsa, konjuge östrojenler kullanılabilir. İntrauterin inseminasyon ve in vitro fertilizasyon denenebilir, kronik servisitde antibiyotik kullanımı vardır.

Cevap E (*Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 5. baskı, 1994, s.817-821*)

48.Ektopik gebeliğin en çok yerleştiği bölge aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Tubanın ampullası
- b) Tubanın istmusu
- c) Overler
- d) Omentum

e) Serviks

Cevap A (Cunningham, Williams Obstetrics, 1993, s 695)

49. Aşağıdakilerden hangisi gebeliğin fizyolojik değişiklikleri arasında değildir?

- a) Vajinal duvarda vaskülarite artışı
- b) Vajinal ve servikal sekresyonların pH'sında artış
- c) Palmar eritem
- d) Vasküler spiders
- e) Linea nigra

Cevap B (Cunningham, Williams Obstetrics, 21.baskı, 2001, s 172)

50. Preterm doğum riskini belirlemek için gebeliğin hangi döneminde servikal uzunluk ölçülmelidir?

- a) 18-20.hafta
- b) 20-24.hafta
- c) 24-28.hafta
- d) 28-30.hafta
- e) 30-32.hafta

Cevap C (Cunningham, Williams Obstetrics, 21.baskı, 2001, s 265)

51. β HCG hangi değer üzerinde iken Transvajinal USG ile Gestasyonel Sac'ın görüntülenmesi beklenir?

- a) 1000 mIU/MI
- b) 1800 mIU/mL
- c) 4200 mIU/mL
- d) 6000 mIU/mL
- e) 10000 mIU/mL

Cevap B ((Cunningham, Williams Obstetrics, 21.baskı, 2001, s 1116))

52. Post menopozal dönemdeki hormonal değişikliklerle ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- a) Post menopozal overler primer olarak Androstenedion ve Testosteron salgılar
- b) Post menopozal dönemde LH seviyesi FSH'dan daha yüksektir
- c) Post menopozal dönemdeki temel östrojen Estron'dur
- d) Estronun temel kaynağı Androstenedionun periferik konversiyonudur
- e) Estron üretimi vücut ağırlığı ile orantılıdır

Cevap B (Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 6.baskı, 1999, s 656))

53. Aşağıdaki durumların hangisinde CA 125'in artış göstermesi beklenmez?

- a) Endometriozis

b) Leiomyomata

c) Akut PID

d) Menstruasyon

e) Mol Hidatiform

Cevap E (Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 6.baskı, 1999, s 1060)

54. Ektopik gebelik ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) En sık tubal bölgede görülürler
- b) Semptomlar genellikle son menstrual kanamadan sonraki 6-10 hafta içinde ortaya çıkar
- c) Serum progesteron değeri 25 ng/mL'den yüksektir
- d) Ektopik gebeliğin tanısında kullanılan yöntemlerden birisi de kuldosentezdir
- e) Ektopik gebeliklerin medikal tedavisinde MTX kullanılmaktadır

Cevap C (Rock, Te Linde's Operative Gynecology, 8. baskı, 1997, s 504)

55. Koriyokarsinoma için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Yüksek dereceli malign tümördür
- b) Yaşla orantılı olarak görülme sıklığı da artar
- c) Koriyokarsinoma genellikle HCG sekrete eder
- d) Tedavide metotreksatin yeri vardır
- e) Tedavide radyoterapi'nin yeri yoktur

AÇIKLAMA: Koriyokarsinoma germ hücreli tümördür, trofoblastlardan gelişir. hCG üretir. Gebelik dışında çok nadirdir. Ortalama 13 yaşta görülür. Puberte prekoksia sebep olabilir.

Cevap B (Disaia, Clinical Gynecologic Oncology, 6.baskı, 2002, s 359)

56. Serviks kanserli bir hastada hidronefroza varsa bu tümör hangi evrededir?

- a) Stage IIb
- b) Stage IIIa
- c) Stage IIIb
- d) Stage IVa
- e) Stage IVb

AÇIKLAMA:

Evre 0: Karsinoma in situ, İntraepitelyal karsinom

Evre I: Karsinom servikstedir (korpusta yayılım değerlendirilmez)

Evre Ia: Serviksin prelinik karsinomu (sadece mikroskopik olarak teşhis edilebilen)

Evre Ia1: Mikroinvazyon (bazal membrandan 3 mm derine kadar olan lezyonlar)

Evre Ia2: bazal membrandan 3-5 mm derine kadar, eni 7 mm den fazla olmayan lezyonlar

Evre Ib: Evre Ia dan büyük klinik ve prelinik lezyonlar

Evre Ib1: Çapı 4 cm den küçük lezyonlar

Evre Ib2: Çapı 4 cm den büyük lezyonlar

Evre II: Karsinom serviksi aşmıştır ancak pelvis duvarına kadar ulaşmamıştır. Vagina tutulumu olabilir ancak 1/3 alt vagina sağlamdır

Evre IIa: Belirgin parametrial tutulum yoktur

Evre IIb: Belirgin parametrial tutulum vardır

Evre III: Karsinom pelvis duvarına kadar uzanmıştır, rektal muayenede tümörle pelvis duvarı arasında boşluk yoktur, 1/3 alt vagina tutulumu olabilir, diğer bir sebebe bağlı olmayan hidronefroz ve fonksiyone olmayan böbrek bulguları bu gruptadır

Evre IIIa: Pelvis duvarına yayım yoktur

Evre IIIb: Pelvis duvarına yayım vardır ve/veya hidronefroz veya fonksiyone olmayan böbrek bulguları

Evre IV: Karsinom gerçek pelvisi aşmıştır veya mesane veya rektum mukozası tutulumu mevcuttur

Evre IVa: Yakın organlara yayılım

Evre IVb: Uzak organ metastazı

Cevap C (Disaia, *Clinical Gynecologic Oncology*, 6.baskı, 2002, s 66)

57.Aşağıdakilerden hangisi Salin Amnioinfuzyon kontraendikasyonlarından değildir?

- a) Tekrarlayan genç deselerasyonlar
- b) Tekrarlayan variable deselerasyonlar
- c) Fetal taşikardi
- d) Kord prolapsusu
- e) Uterin hiperaktivite

Cevap B (Queenan, *Yüksek Riskli Gebeliklerde Tanı ve Tedavi Protokolleri*, 3.baskı, s 161)

58.Aşağıdakilerden hangisi Preeklampsi için risk faktörü değildir?

- a) Multiparite
- b) Çoğul gebelik
- c) Diabet
- d) Molar gebelik
- e) Antifosfolipid antikor sendromu

Cevap A (Queenan, *Yüksek Riskli Gebeliklerde Tanı ve Tedavi Protokolleri*, 3.baskı, s 505)

59.Overin Epitallial tümörleri için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Stage 1 lezyonlar için en iyi tedavi seçeneği TAH+BSO'dur

b) Stage 1 lezyonlarda pelvik ve paraaortik lenf nodu tutulumu %10-20 olduğu için, lenfadenektomi önemlidir

c) Omentektomi Stage 2 tümörlerde tedavi seçeneğidir

d) Stage 4 tümörler için ideal tedavi radikal cerrahi ve radyoterapidir

e) Ovarian tümörlerde prognozu belirleyen en önemli faktör stage'dir

Cevap D (Disaia, *Clinical Gynecologic Oncology*, 6. baskı, 2002, s 306)

60.Fertilize ovum fertilizasyondan sonra kaçınıcı günde uterus duvarına implante olması beklenir?

- a) 1-2.gün
- b) 2-3.gün
- c) 3-5.gün
- d) 5-7.gün
- e) 7-10.gün

AÇIKLAMA: İmplantasyon fertilizasyondan 5-7 gün sonra gerçekleşir.

Cevap D (Speroff, *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*, 6.baskı, 1999, s 262)

61.Overlerin Ultrasonografik görünümünden hangisi maligniteyi düşündürmez?

- a) Kalın septumlu polikistik ekolar
- b) Homojen komponentli solid ekolar
- c) Düşük empedanslı akımlar (doppler)
- d) İrregüler kalın septumlu polikistik ekolar
- e) Papiller kistik ekolar

Cevap A (Rock,Te Linde's *Operative Gynecology*, 8.baskı, 1997, s 629)

62.Aşağıdakilerden hangisi, ovarian steroidogenes-is'de yer alan reaksiyonlardan birisi değildir?

- a) Desmolasyon
- b) Saturasyon
- c) Hidroksilasyon
- d) Fosforilasyon
- e) Aromatizasyon

Cevap D (Speroff, *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*, 6.baskı, 1999, 39)

63.Aşağıdakilerden hangisi en sık görülen Müllerian Füzyon Defektidir?

- a) Arcuate Uterus
- b) Complete Uterus
- c) Bicornuate Uterus
- d) Uterus Didelphys
- e) İncomplete septum

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

Cevap C (Speroff, *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*, 6.baskı, 1999, s 145)

64. Gebelik endokrinolojisi için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Progesteron üretimi ağırlıklı olarak maternal kompartmanda gerçekleşmektedir
- b) Fetal kortikosteroidlerin temel kaynağı maternal kompartmandır
- c) Maternal kolesterol, Plasental yolla fetal kompartmana geçmektedir
- d) Plasental kompartman estradiol üretiminde rol almamaktadır
- e) Fetal kompartmanda kolesterol hormonal üretim zincirinde metabolize edilebilmektedir

Cevap E (Speroff, *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*, 6.baskı, 1999, s 280)

65. İnfertil çiftlerin incelenmesinde aşağıdakilerden hangisi temel testlerden biri değildir?

- a) Histerosalpingografi
- b) Spermogram
- c) Laparoskopi
- d) Adetin 3.günü kadında serum FSH, LH, E₂, progesteron, prolaktin tayini
- e) Kadında pelvik veya transvaginal USG

Cevap C (Brünsden, *Textbook of IVF and Assisted Reproduction*, 2.baskı, 1999, s 14)

66. Memede fibrokistik değişikliklere bağlı mastoidini (mastalji) tedavisinde yeri olmayan hangisidir?

- a) Göğüslerin desteklenmesi
- b) Metilksantinlerden uzak durmak
- c) Düşük doz testosteron
- d) Düşük doz estrogen
- e) Danazol

Cevap D (Çelikkanat, *Çağdaş Obstetrik ve Jinekolojik Teşhis ve Tedavi*, 1.cilt, 1994, s 824)

67. Hipomenore nedeni olmayan hangisidir?

- a) Himenal stenoz
- b) Servikal stenoz
- c) Düşük uterin sineşi
- d) Oral kontraseptif kullanımı
- e) Rahim içi araç kullanımı

Cevap E (Çelikkanat, *Çağdaş Obstetrik ve Jinekolojik Teşhis ve Tedavi*, 1.cilt, 1994, s 826)

68. Erkeğin semen incelemesinde milyon/ml cinsinden normal sperm sayımı en az kaç olmalıdır?

- a) 10
- b) 40
- c) 20
- d) 30
- e) 60

Cevap C (Hacker, *Essentials of Obstetrics and Gynecology*, 3.baskı, 1998, s 612)

69. Virilizmi olan bir kadında adrenal tümör düşündürecek DHEA-S değeri (ng/ml) hangi değerin üzerinde olmalıdır?

- a) 2500
- b) 1500
- c) 6000
- d) 4000
- e) 8000

Cevap E (Hacker, *Essentials of Obstetrics and Gynecology*, 3.baskı, 1998, s 599)

70. Gebeliğin intrahepatik kolestazında gebeliğin erken döneminde görülen semptom hangisidir?

- a) Kaşıntı
- b) Bulantı
- c) Baş ağrısı
- d) Kabızlık
- e) Sarılık

Cevap A (Hacker, *Essentials of Obstetrics and Gynecology*, 3.baskı, 1998, s 261)

71. Plasenta previa için yatkınlık yaratan etkenlerden yanlış olanı belirtiniz.

- a) Multiparite
- b) Hipertansiyon
- c) İleri anne yaşı
- d) Öyküde Plasenta previa bulunması
- e) Çoğul gebelik

Cevap B (Hacker, *Essentials of Obstetrics and Gynecology*, 3.baskı, 1998, s 188)

72. Makadi gelişte angajman olduğunda prezante olan kısmın en geniş çapı olarak hangi çap pelvik girimden geçmiş demektir?

- a) İntertrokanterik
- b) Biparietal
- c) Suboksipitobregmatik
- d) Oksipitofrontal
- e) Submentobregmatik

Cevap A (Hacker, *Essentials of Obstetrics and Gynecology*, 3.baskı, 1998, s 146)

73.Kombine oral kontraseptiflerin teorik başarısızlık yüzdesi kullanımına bağlı başarısızlık yüzdesi hangi şıkta doğru olarak verilmiştir ?

- a) 3,0-4,5
- b) 2,0-3,0
- c) 0,1-3,0
- d) 1,0-3,0
- e) 0,5-1,0

Cevap C (*Hacker, Essentials of Obstetrics and Gynecology, 3.baskı, 1998, s 516*)

74.Bakteriel vajinozis'in tanısında yararlı olmayan hangi şıkta verilmiştir?

- a) Vajinal pH \geq 5
- b) Koku testi
- c) Gri-yeşil köpüklü akıntı
- d) İpucu hücreleri
- e) Beyaz-gri yapışkan akıntı

AÇIKLAMA: Bakteriyel vajinoziste en sık etken Gardenella vaginalistir. Sıklıkla üretken yaştaki kadınları etkilemekle birlikte, prepuberte ve menopozda da görülebilmektedir. RİA (rahim içi araç) kullanımının ve teşhis öncesinde, son bir ay içindeki cinsel partnerlerin sayısı bakteriyel vajinoz için direk olarak ilişkili görülmüştür. Hastaların yaklaşık % 50 si asemptomatiktir. Semptomatik hastaların en sık şikayetleri kıvamlı, sarı-gri renkte, kötü kokulu (balık kokusu), cinsel ilişki sonrası kokusu daha da artan bir akıntıdır. Vajinanın pH'ı bazik yöne kayınca ortaya bazı aminler çıkmakta ve enfeksiyonda tipik olan balık kokusu duyulmaktadır. **Bu balık kokusu bakteriyel vajinit için tipiktir.** Bazen hastalar akıntıyla birlikte ortaya çıkan az ya da orta dereceli bir kaşıntıdan da şikayetçidirler. Teşhiste hastaların öyküsü yanında asıl tanı kriteri olarak amin testi ve mikroskopik inceleme gerekir. Ayrıca akıntı örneğinin mikroskopik incelenmesi sırasında görülen 'clue-ipucu' hücreler tanı koydurucudur.

Cevap C (*Hacker, Essentials of Obstetrics and Gynecology, 3.baskı, 1998, s 398*)

75.İntrauterin gelişme geriliği olan bebekler aşağıdakilerden hangisine yatkın değildir?

- a) Hiperglisemi
- b) Mekonyum aspirasyonu
- c) Mental retardasyon
- d) Asfiksi
- e) Polisitemi

Cevap A (*Hacker, Essentials of Obstetrics and Gynecology, 3.baskı, 1998, s 324*)

76. Hangisi hipofizden salgılanmaz?

- a) Oksitosin
- b) Prolaktin
- c) FSH
- d) GnRH
- e) TSH

Cevap D (*Speroff, Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite, 5.baskı, 1996, s 141-181*)

77.A. Uterina uterus içinde sırasıyla hangi dalları verir?

- a) Arkuat-bazal-radial-spiral
- b) Bazal-arkuat-radial-spiral
- c) Arkuat-spiral-bazal-radial
- d) Spiral-bazal-radial-arkuat
- e) Arkuat-radial-bazal-spiral

Cevap E (*Atasü, Jinekoloji, 1.baskı, 1996, s 23-24*)

78.Kleidotomi nedir?

- a) Hidrosefalide perforasyonla başı küçültmek amacıyla yapılan işlem
- b) İhmal edilmiş yan duruşlarda, önde gelen kol karşı taraf boynuna doğru kesilerek gövdenin ikiye ayrılması işlemidir
- c) Omuz çevresini küçültmek amacıyla klavikuların makasla kesilmesi işlemidir
- d) Çocuk gövdesinin iç organları boşaltılarak doğumun denemesi işlemidir
- e) Başın alet ile ezilerek küçültülmesi işlemidir

Cevap C (*Arısan, Doğum Bilgisi, 2.baskı, 1984, s 987*)

79.Hangisi normal doğum yapabilir?

- a) Alın geniş
- b) Yan geliş
- c) Plasenta previa totalis
- d) Makat geliş
- e) Mentum posterior

Cevap D (*Scott, Danforth Obstetrik ve Jinekoloji, 7.baskı, 1997, s 564*)

80.Aşağıdaki tümörlerin hangisinde Psödomeigs sendromu görülür?

- a) Serözkistadenom
- b) Musinöz kistadenom
- c) Brenner
- d) Disgerminom
- e) Fibroma

AÇIKLAMA: Psödomeigs Sendromu Brenner tümöründe görülür.

Cevap C (*Scott, Danforth Obstetrik ve Jinekoloji, 7.baskı, 1997, s 985-87*)

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

81. Gebelik sırasında nekroz sonucunda myomda meydana gelen dejenerasyona ne ad verilir?

- a) Hyalin dejenerasyon
- b) Kistik dejenerasyon
- c) Kırmızı dejenerasyon
- d) Septik dejenerasyon
- e) Nekrotik dejenerasyon

Cevap C (Beck, NMS Kadın Hastalıkları ve Doğum, 4. baskı, 1998, s 340)

82. Uretra ve mesanede stres üriner inkontinansa yol açan en önemli bozukluk hangisidir?

- a) Postmenopozal dönemdeki estrogen kaybı
- b) Uretral sfinkter kaybı
- c) Uterus prolapsusu
- d) Posterior üretravezikal açının kaybolması
- e) Hızlı kilo alımıdır

Cevap D (Berek, Novak Jinekoloji, 12.baskı, 1998, s 657)

83. Ektopik bir gebeliğin tanısında en kesin tanı yöntemi hangisidir?

- a) Kuldosentez
- b) Endometrial biyopsi
- c) Pelvik ultrason
- d) Human koryonik gonadotropin düzeyi seri ölçümleri
- e) Laparoskopi

Cevap E (Lambrou, Johns Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı, 1. baskı, 2000, s 175)

84. Hangisinde Rh uygunsuzluğu vardır?

- a) Anne Rh(+), Baba Rh(-), Çocuk Rh(-)
- b) Anne Rh(-), Baba Rh(+), Çocuk Rh(-)
- c) Anne Rh(+), Baba Rh(+), Çocuk Rh(+)
- d) Anne Rh(+), Baba Rh(-), Çocuk Rh(+)
- e) Anne Rh(-), Baba Rh(+), Çocuk Rh(+)

Cevap E (Lambrou, Johns Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı, 1. baskı, 2000, s 111)

85. Aşağıdakilerden hangisi Endometrial Patolojileri gösteren bir tetkik yöntemi değildir?

- a) Laparoskopi
- b) Histereskopi
- c) Endometrial biopsi
- d) Histerosalpingografi
- e) Sonohisterografi

Cevap A (Kışnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi)

86. Aşağıdakilerden hangisi prolaktin sekresyonunu inhibe edici ajandır?

- a) TRH
- b) Estrogen
- c) GnRH
- d) VIP
- e) Dopamin

Cevap E (Zacur, Hiperprolaktinemi International Symposium On Frontiers In Reproductive Endocrinology, 1997, s 145)

87. Araç/gereçlerin, bakteriyel endosporlar dahil, tüm mikroorganizmalardan (Bakteri, virüs, mantar ve parazit) arındırılması işlemine ne ad verilir?

- a) Dekontaminasyon
- b) Sterilizasyon
- c) Dezenfeksiyon
- d) Yıkama
- e) Yüksek düzeyde dezenfeksiyon

Cevap B (Kışnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi)

88. K.O.K kullanan kadınlarda aşağıdakilerden hangi ilaç, KOK'un etkisini azaltır ?

- a) Alkol
- b) Analjezik
- c) Antidepresan
- d) β Bloker
- e) Diazepam

Cevap B (Kışnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi)

89. Aşağıdakilerden hangisinin dış gebeliklerin medikal tedavisinde yeri yoktur?

- a) Metotreksat
- b) KC1
- c) PG
- d) Ru-486
- e) Rifampisin

Cevap E (Kışnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1996)

90. Myomların teşhisinde yanlış olanı işaretleyiniz

- a) Ultrasonografi
- b) Küretaj
- c) MR
- d) Histerosalpingografi
- e) Kolposkopi

Cevap E (Dudenhausen, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, 1994, s 333)

91.Vulva prekanseröz lezyonlarında miks distrofile-
rin tedavisinde yanlış olanı işaretleyiniz

- a) Laser vaporizasyon
- b) Kortikosteroidli pomadlar
- c) % 1 asetik asit
- d) %2'lik testeosteron prominent
- e) Sistemik vitamin A

Cevap C (Dudenhausen, Frauenheilkunde und
Geburtshilfe, 1994, s 445)

92.Serviks kanserleri etiyolojisinde riskant
faktörlerden yanlış olanı işaretleyiniz

- a) Erkeğin seksüel hijyeni (smegma)
- b) HPV tip 6-11-16-18
- c) Genç yaşta yapılan cinsel temas
- d) Hastanın düşük sosyo-ekonomik durumu
- e) Sigara içmeyenler

Cevap E (Dudenhausen, Frauenheilkunde und
Geburtshilfe, 1994, s 453)

93.Endometriyum kanserlerinde FIGO klasifikasy-
onda FIGO 1'de yanlış olanı işaretleyiniz

- a) Tümör endometriyumda sınırlı
- b) Myometriumun ½' sine kadar infiltrre
- c) Myometriumun yarısından fazlasından infiltrre
- d) Servikal stromaya infiltrasyon
- e) Yalnız endometriyum tutulması

Cevap D (Dudenhausen, Frauenheilkunde und
Geburtshilfe, 1994, s 465)

94.Over borderline tümörlerinde yanlış olanı
işaretleyiniz

- a) İnvazyon yok
- b) Kuvvetli proliferasyon, mitoz
- c) Hücre ve çekirdek atipileri
- d) Hakiki metastaz yok
- e) Pelvis içi radikal operasyon

Cevap E (Dudenhausen, Frauenheilkunde und
Geburtshilfe, 1994, s 469-473)

95.Aşağıdaki etkenlerden hangisiyle oluşan vaginitte
vajen pH'sında artma görülmez?

- a) Trichomonas vaginalis
- b) Gardnerella vaginalis
- c) Mycoplasma hominis
- d) Candida albicans
- e) Bacillus cereus

Cevap D (Novak's Gynecology, 12.baskı)

96.Endometriyozis tedavisinde hangi kullanılmaz?

- a) OKS

- b) Östrojen
- c) Progesteron
- d) Danazol
- e) GnRH agonistleri

Cevap B (Novaks Gynecology, 12.baskı)

97.Hangisi plasental kaynaklı değildir?

- a) E₃(Estriol)
- b) HPL
- c) HCG
- d) Prolaktin
- e) Progesteron

Cevap D (NMS, Kadın Hastalıkları ve Doğum)

98.Gebelik öncesi dönemde aşağıdakilerden
hangisinin alınmasının konjenital anomaliyi
azalttığı saptanmıştır?

- a) B₁ vit
- b) C vit
- c) Folik asit
- d) Fenilalanin
- e) Flor

AÇIKLAMA: Gebelik öncesi **folik asit** kullanmaya
başlayanlarda nöral tüp defekti oluşumunun daha az
olduğu, önceden nöral tüp defekli doğum yapıp folik
asit kullananlarda da nöks olasılığının azaldığı tespit
edilmiştir. Bu amaçla yapılan çalışmalarda folik asit
kullanımının nöral tüp defekti oluşum sıklığını %72
oranında azalttığı gösterilmiştir.

Cevap C (Creasy-Resnik, Maternal-Fetal Medicine,
4.baskı)

99.Aşağıdakilerden bir tanesi hariç diğerleri
2.trimesterde fetal kayıpla birlikte dir. Görülme yen i
işaretleyiniz.

- a) Müllerian anomaliler
- b) 1.trimester gebeliğin elektif sonlandırılması
- c) Kromosomal anomaliler
- d) İnuterо hayatta annenin DES etkisinde kalması
- e) Kollajen vasküler hastalıklar

Cevap B (Gabbe, Obstetrics normal and problems, 1991)

100.Doğum sonrasında myometriumu gevşeten
hangisidir?

- a) Sempatomimetik aktivitenin azalması
- b) Prostaglandinler
- c) Oksitosin
- d) Beta mimetik ajanlar
- e) Östrojen

Cevap D (Pernoll, Obstetrik ve Jinekoloji, 1994, s 204)

101.Alfa fetoprotein amniyon sıvısına nereden
salgılanır?

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

- a) Fetal beyin
- b) Medulla spinalis
- c) Fetal kemik iliği
- d) Fetal adrenal bez
- e) Fetal karaciğer

Cevap E (Pernoll, *Obstetrik ve Jinekoloji*, 1994, s 209)

102.Histolojik olarak "indian file" görünümü hangi meme tümöründe görülür?

- a) Medullar karsinom
- b) İntraduktal karsinom
- c) İnvaziv duktal karsinom
- d) Lobüler karsinom
- e) Kolloid karsinom

Cevap D (Ackerman, *Surgical Pathology*, 1989)

103.En sık görülen vulvar malignensi hangisidir?

- a) Malign melanom
- b) Yassı hücreli karsinom
- c) Adenokarsinom
- d) Bazal hücreli karsinom
- e) Adenoakantom

Cevap B (Robbins *PBOD*, 1994, s 1042)

104.Servikal karsinomlarda ilk önce hangi lenf nodu tutulur?

- a) Femoral
- b) Perineal
- c) Paraservikal
- d) Sakral ve inguinal
- e) İliak ve aortik

Cevap C (Ackerman, *Surgical Pathology*, s.1032)

105.Progesteron, estrogenin aktivitelerinden hangisini azaltır?

- a) Kolesterol ve LDL'de azalma
- b) HDL ve trigliserid düzeylerinde artış
- c) Antioksidan aktivite
- d) Atheroskleozun inhibisyonu
- e) Fibrinolizde artış

AÇIKLAMA: Progesteronun estrogen aktivitelerinden HDL ve trigliserid artışı üzerinde azaltıcı etkisi yanında kardiyak inotropik aktiviteyi, maymunlarda koroner atheroskleroz üzerinde etkisini ve akut reaktivitenin ölçümünü (örn. Akut vazodilatasyon) azaltıcı etkisi vardır. Diğer seçeneklerdeki etkileri ve beraberinde anjiyotensin dönüştürücü enzim aktivitesindeki azaltıcı etkisini azaltmamaktadır.

Cevap B (Gordon JD, *Speroff L: Handbook for Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia 2002 s.312)

106.Klomifen sitrat kullanımına bağlı komplikasyonlarla ilişkili hangisi yanlıştır?

- a) Vazomotor semptomlar en çok karşılaşılanıdır
- b) Ciltte kuruluk ve saç dökülmesi
- c) Komplikasyonları doza bağlıdır
- d) Görsel semptomlar belirirse tedavinin kesilmesi önerilir
- e) Abdominal distansiyon

AÇIKLAMA: Komplikasyonlar doza bağlı olmayıp ayrıca, baş ağrısı, memelerde rahatsızlık hissi, bulantı kusma görülür.

Cevap C (Gordon JD, *Speroff L: Handbook for Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia 2002 s.463)

107.Selektif östrojen reseptör modülatörlerinden raloksifen için yanlış seçenek hangisidir?

- a) Endometriyum üzerinde proliferatif etkisi vardır
- b) Kemik ve lipidler üzerinde olumlu etkileri vardır
- c) Sıcak basmalarını artırır
- d) Bacaklarda kramp oluşmasını artırır
- e) Meme kanserini azaltması olasıdır

AÇIKLAMA: Raloksifen endometriyumda proliferasyon yapmamaktadır. Osteoporozdan korunmada estrogen yerine kullanılan ajan değil fakat bir alternatiftir.

Cevap A (Gordon JD, *Speroff L: Handbook for Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia 2002 s.328)

108.Aşağıdaki progesteronlardan farklı olan hangisidir?

- a) Linestrol
- b) Norgestimat
- c) Gestodon
- d) Etinodiol diasetat
- e) Medroksiprogesteron asetat

Cevap E (Gordon JD, *Speroff L: Handbook for Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia 2002 s.383)

109.Galaktopoeziste rol almayan hangisidir?

- a) Büyüme hormonu
- b) Glukokortikoidler
- c) İnsülin
- d) Tiroksin ve paratiroid hormon
- e) Epiteliyal büyüme faktörü

AÇIKLAMA: Galaktopoeziste epiteliyal büyüme faktörü haricinde yukarıdakilerden başka, emzirme de rol alır. Emzirme ile oksitosin ve prolaktin uyarılmaktadır. Ayrıca gonadal hormonların baskılanmış olması da gerekmektedir.

Cevap E (*Lipscomb K, Novy Mj. The Normal Puerperium. In: Eds DeCherney AH, Nathan L. Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. 9 th International edition. Lange Medical Boks/ McGraw-Hill 2003 s.251.*)

110.Epiteliyal over kanserlerinin cerrahi evrelemesiyle ilgili olarak yanlış olan hangisidir?

- Batın içinde asit veya periton yıkama sıvısının alınması
- İnfrakolik omentektomi
- Pelvik ve pararortik lenf nodu biyopsileri
- Karaciğer dalak biyopsisi
- Histerektomi

AÇIKLAMA: Epiteliyal over kanserlerinde sitoredüktif ya da debulking cerrahi esastır. Tam bir batın içinde eksplorasyon ve tümörün olası ise tamamının çıkarılması amaçlanır. Ancak cerrahi evrelemede karaciğer ve dalak biyopsisi yapılmaz. Buralarda metastaz belirlenirse çıkarılması amaçlanır.

Cevap D (*Dorigo O, Baker VV. Premalignant and Malignant Disorders of the ovaries and oviducts. In: Eds DeCherney AH, Nathan L. Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. 9 th International edition. Lange Medical Boks/ McGraw-Hill 2003 s.942*)

111.Günümüzde gestasyonel trofoblastik neoplazilerin primer kemoterapi protokollerinde yer almayan farmakolojik ajan hangisidir?

- Etoposit
- Aktinomisin D
- Metotreksat
- 5-Flourourasil
- Vinkristin

AÇIKLAMA: Gestasyonel trofoblastik neoplazilerin tedavisinde tekli veya kombine protokoller vardır. Tekli olanda metotreksat veya aktinomisin D vardır. Çoklu tedavide daha çok EMA/CO, MAC, EP-EMA, gibi protokoller vardır ve 5-flourourasilin bu protokollerde yeri yoktur.

Cevap D (*Markusen TE, O' Quinn AG. Gestational Trophoblastic Disease. In: Eds DeCherney AH, Nathan L. Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. 9 th International edition. Lange Medical Boks/McGraw- Hill 2003 s.957*)

112.Erken membran rüptürü ile ilişkisi olmayan hangisidir?

- Servikal yetmezlik
- Beslenme bozukluğu
- İntrauterin enfeksiyon
- Ailede erken membran rüptürü öyküsü
- Prezentasyon anormalliği

AÇIKLAMA: EMR ile maternal enfeksiyon, hidramniyoz, membran gerilme gücünün azalması ve daha önce çok sayıda gebeliğin olması da ilişkilidir.

Cevap E (*Roman AS, Pernoll ML. Late Pregnancy Complications. In: Eds DeCherney AH, Nathan L. Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. 9 th International edition. Lange Medical Boks/McGraw-Hill 2003 s 292*)

113.Uterusun her iki yanında pelvis yan duvarlarına uzanan ve pelvis boşluğunu önde vezikouterin, arkada rektouterin kısım olmak üzere iki bölüme ayıran uterus ligamanı aşağıdakilerden hangisidir?

- Round ligamanı
- Kardinal ligaman
- Broad ligamanı
- Sakrouterin ligaman
- İfundibulopelvik ligaman

AÇIKLAMA: Pelvik kaviteyi belirten bölümlere ayıran uterus ligamanı broad ligamanıdır.

Cevap C (*Berek JS: Novak's Gynecology, 12. baskı, Hang Kong, Williams&Wilkins, 1996, s 95*)

114.Aşağıdakilerden hangisi intrauterin patolojilerin tanısında kullanılan yöntemlerden değildir?

- Salin infüzyon sonohisterografi
- Laparoskopi
- Histeroskopi
- Histerosalpingografi
- Manyetik rezonans görüntüleme

AÇIKLAMA: Salin infüzyon sonohisterografi, histeroskopi, histerosalpingografi, intrauterin patolojileri belirlemede kullanılan yöntemler arasındadır.

Cevap B (*Speroff L, Glass RH, Kase NG: Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 6.baskı, Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 1999, s 1027*)

115.Aşağıdakilerden hangisi postmenopozal hormon replasman tedavisi planlanan hastada yapılması gereken rutin işlemlerden değildir?

- Pelvik muayene
- Rutin biyokimya testleri
- Bilateral mamografi
- Endometriyal biyopsi
- Servikovajinal yayma

AÇIKLAMA: Özel bir endikasyon olmadıkça, endometriyal biyopsi postmenopozal hormon replasman tedavisi planlanan hastada rutin başlangıç testleri arasında yer almaz. Diğer seçeneklerde belirtilen işlemler tedavi öncesi ve takibinde rutin olarak yapılan işlemlerdir.

Cevap D (Wilson MM. Menopause, Clin Geriatr Med. 2003; 19(3): 483-506)

116.Aşağıdakilerden hangisi acil kontrasepsiyon yöntemleri arasında yer almaz?

- a) Kombine oral kontraseptif
- b) Saf progesterin içeren kontraseptif
- c) Dilatasyon küretaj
- d) Postkoital rahim içi araç uygulaması
- e) RU 486

AÇIKLAMA: Dilatasyon küretaj kontrasepsiyon yöntemi olarak kabul edilemez.

Cevap C (Speroff L, Glass R,H, Kase NG: Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 6.baskı, Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 1999, p.929-930)

117.Yirmisekiz yaşında gravida:2, parite: 1 olan gebe, gebeliğin 32.haftasında ağrısız parlak kırmızı renkte kanama ile hastaneye başvuruyor. Anamnezde ilk gebeliğinde sezaryen doğum yaptığı bildirilen hastada N:68/dk, TA:110/70 mmHg, A: 36.8 °C olarak ölçülüyor. Hemogram tetkikinde Hb:11.8 g %, Htc: 38% bulguları elde ediliyor. ÇKS (+) olan gebede olası tanınız nedir?

- a) Plasenta akreata
- b) Plasenta dekolmanı
- c) Uterus ruptürü
- d) Plasenta previa
- e) Erken doğum eylemi

AÇIKLAMA: Üçüncü trimester döneminde ağrısız vajinal kanamanın en sık sebeplerinden biri plasenta previadır. Öyküde sezaryenle doğum olması, parlak kırmızı renkte kanama, hematolojik parametrelerin stabil olması ve ÇKS'nin varlığı plasenta previa lehine bulgulardır.

Cevap D (Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD: Williams Obstetric, 21.baskı, ABD, McGraw Hill, 2001, s 612-669)

118.Düzenli ve korunmasız cinsel ilişkisi olan bir kadının bir yıl sonunda gebe kalma olasılığı nedir?

- a) % 65
- b) % 70
- c) % 75
- d) % 85
- e) % 95

AÇIKLAMA: Korunmasız ve düzenli cinsel ilişkisi olan bir kadının bir yıl sonunda gebe kalma olasılığı % 85'tir.

Cevap D (Speroff L, Glass R,H, Kase NG: Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 6.baskı, Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 1999, p.1013)

119.Aşağıdakilerden hangisi ovulasyonu belirlemede yararlı değildir?

- a) Midfolliküler faz progesteron ölçümü
- b) Endometriyal biyopsi
- c) Bazal vücut ısısı takibi
- d) İdrarda LH takibi
- e) Follikülometri(USG)

AÇIKLAMA: Ovulasyonu belirlemede midfolliküler faz progesteron ölçümünün değeri yoktur, midluteal progesteron ölçümü değerlidir. Diğer yöntemler ovulasyonu belirlemede kullanılır.

Cevap A (Speroff L, Glass R,H, Kase NG: Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 6.baskı, Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 1999, p.1028-1033)

120.Aşağıda belirtilenlerden hangisinin tedavi seçenekleri arasında oral kontraseptif yer almaz?

- a) Hirsutismus
- b) Sebebi bilinmeyen vajinal kanama
- c) Fonksiyonel over kisti
- d) Dismenore
- e) Endometriyozis

AÇIKLAMA: Tanısı konulmamış genital kanamada oral kontraseptifler kontrendikedir.

Cevap B (Speroff L, Glass R,H, Kase NG: Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 6.baskı, Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 1999, p 963.)

121.Aşağıdakilerden hangisi bakteriyel vajinozis'in klinik bulgularıyla uyuşmaz?

- a) Gri-sarı renkli, yapışkan, kötü kokulu vaginal akıntı gözlenir
- b) Vajinal akıntıya potasyum hidrosit eklendiğinde balık çürüğü kokusu oluşur (amin testi)
- c) Vajinal akıntının mikroskopisinde "ipucu hücreleri" görülür
- d) Vajinal akıntı pH'sı 4.5'un altındadır.
- e) Vajinal akıntının gram boyamasında laktobasillerin azalmış olduğu görülür

AÇIKLAMA: Bakteriyel vajinoziste vajen pH'sı alkali olup, genellikle 4.5 ile 6.5 arasındadır. **Bakteriyel vajinozis** vajen florasındaki laktobasillerin azalması, buna karşılık genellikle anaeroblardan oluşan

mikroorganizmaların aşırı çoğalmasıyla karakterize mikst bir vaginal enfeksiyondur. **Gebelikte ve postoperatif dönemde oluşan birçok enfeksiyonun kaynağını oluşturan en yaygın vaginit türüdür.** Nedeni kesin bilinmemekle birlikte genellikle sık cinsel ilişki ve vajinal lavaj'a bağlı vajinal alkalinizasyonun altta yatan neden olduğu kabul edilmektedir. Klinikte Amsel kriterleri olarak bilinen ve yukarıda soru maddeleri olarak sıralanan klinik ve mikroskopik muayene incelemeleriyle teşhis edilir.

Cevap D (David E. Soper. *Genitourinary infections and sexually transmitted diseases. In: Novak's Gynecology, Editors: Adashi EY, Hillard PA. 12 th ed. Baltimore, Willims&Wilkins Company, 1996, page430*)

122. Riskli gebelik nedir?

- Fetusun doğum öncesi dönemde morbiditesinin arttığı durumlar
- Yenidoğanın mortalitesinin arttığı durumlar
- Annenin doğum sonrası morbiditesinin arttığı durumlar
- Anne, fetus ve yenidoğanın morbidite ve mortalitesinin artabileceği durumlar
- Anne, fetus ve yenidoğanın morbiditesinin arttığı veya artabileceği durumlar

AÇIKLAMA: Anne, fetus ve yenidoğanın doğum öncesi veya doğum sonrası dönemde morbidite veya mortalite açısından riskinin arttığı veya artabileceği durumlara **riskli gebelik** denir.

Cevap E (Mehmet H. Ergeneli, Tekin DURUKAN,(*Riskli gebe izlemi ve doğumu*)*Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara, s. 319*)

123.Asemptomatik bakteriüri nasıl tanımlanır?

- İdrar kültüründe $100.000/mm^3$ ve üstünde mikroorganizma varlığı ile birlikte ateş ve dizüri saptanması
- İdrar kültüründe $40.000/mm^3$ ve altında mikroorganizma varlığı ile birlikte sık idrar çıkma ve yan ağrısı saptanması
- İdrar kültüründemikroorganizma saptanmadığı halde gebede ateş, dizüri ve yan ağrısı saptanması
- İdrar kültüründe $100.000/mm^3$ ve üstünde mikroorganizma varlığı ile birlikte ateş, dizüri, sık idrara çıkma, yan ağrısı gibi semptomların olmaması
- İdrar kültüründe bakteri üremediği halde ateş, dizüri, sık idrara çıkma, yan ağrısı gibi semptomların olmaması

AÇIKLAMA: Asemptomatik bakteriüri idrar kültüründe $100.000/mm^3$ ve üstünde mikroorganizma varlığı ile birlikte ateş, dizüri, sık idrara çıkma, yan ağrısı gibi semptomların olmaması ile tanımlanır.

Cevap D (Yunus Erdem, Çetin Turgan.(*Böbrek Hastalıkları ve Gebelik*) *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Ankara, s. 344*)

124.Zangmeister manevrası ile hangisi anlaşılır?

- Başın fundusta olup olmadığı
- Transvers duruş
- Oblik gelen kısım
- Başın dieksiyonda olup olmadığı
- Prezente olan başın symphysis pubisten taşımadağı

Cevap E (Uçar Asena,(*Doğum Komplikasyonları*)*Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara, 1996 s 445*)

125.Partus presipitatus nedir?

- Doğumun 3 saate yakın bir sürede gerçekleşmesi
- Doğumun aktif fazının nulliplarlarda 1.2 cm/saatte gerçekleşmesi
- Doğumun latent fazının nulliplarlarda 20 saatte gerçekleşmesi
- Doğumun latent fazının multiparlarda 14 saatte gerçekleşmesi
- Doğumun aktif fazının multiparlarda 1.5 cm/saatte gerçekleşmesi

Cevap A (Uçar Asena.(*Doğum Komplikasyonları*)*Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara, 1996 s 459*)

126.İkizlerin monozigote ve dizigote oranları nedir?

- 2/5 i monozigotik,3/5'i dizigotiktir
- 1/3 ü monozigotik,2/3 ü dizigotiktir
- 1/5 i monozigotik,4/5'i dizigotiktir
- 1/4 ü monozigotik,3/4 ü dizigotiktir
- İkizlerin monozigotik ve dizigotikliği aynı orandadır.

Cevap B (Namık Demir.(*Çoğul Gebelikler*)*Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara, 1996 s 1491*)

127.Aortik kapak alanı 1 cm^2 'den küçük olan kadınlarda hangisi yapılmalıdır?

- Gebe kalmalarına izin verilmemelidir
- Gebe kalmalarına izin verilmelidir

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

- c) Gebeliklerinde yüksek oranlı maternal mortalite görülmez
- d) Yüksek oranlı fetal mortalite görülmez
- e) Fizik aktiviteye kısıtlama getirilmemelidir.

Cevap A (Mehmet Kabukçu,Sırrı Kes.(Gebelik ve Kalp Hastalıkları)Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara, 1996 s 397)

128.Hangi faktörler endometriyum kanserini görülme olasılığını azaltmaktadır?

- a) Geç menopoz
- b) Evlenmemiş olmak
- c) Obezite
- d) Aile öyküsü
- e) Oral kontraseptif kullanımı

AÇIKLAMA: Karşılanmamış, uzun süreli östrojen kullanımına bağlı olarak endometrium kanseri insidansında artma gözlenmiştir. Aksine kombine östrojen ve progesteron tedavisi artmış olan bu riski önlemektedir.

Cevap E (Ali Ayhan.(Endometriyum Kanseri)Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara, 1996 s 963)

129.Preeklampsi ve eklampsinin kesin tedavisi nedir?

- a) Antikonvülsif tedavi
- b) Antihipertansif tedavi
- c) Doğumu gerçekleştirmek
- d) Hastaneye yatırılarak maternal takip
- e) Fetusun USG, NST. Fetal biofizik profil ile takibi

Cevap C (Tekin Durukan.(Gebelikte Hipertansiyon, Preeklampsi-Eklampsi)Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara, 1996 s 1649)

130.Embriyonik kayıp kabul edilebilmesi için transvaginal sonografi ile, en erken kaç mm'lik fetusta kalp atışının görülmemesi gereklidir?

- a) 6 mm
- b) 8 mm
- c) 10 mm
- d) 12 mm
- e) 14 mm

Cevap A (Başer İ, Girçkaya E., Birinci Trimester, s 228)

131.Aşağıdaki durumların hangisi orta serebral arter porsatilite indeksinin yüksekliği ile ilişkilidir?

- a) Hızlı beyin gelişimi
- b) Yüksek fetal kalp hızı
- c) Oligohidramniyoz

- d) Derin anemi
- e) Hipoksemi

Cevap C (Yüksel A, Obstetrik ve Jinekolojide Sonografi, s 261)

132.Dissemine İnrvasküler Koagülasyon(DIC) tanısında hangi test spesifik kabul edilmektedir.?

- a) Platelet sayımı
- b) Protrombin zamanı
- c) Fibrin yıkım ürünleri
- d) Protamin sülfat
- e) Faktör VIII ölçümü

Cevap C (Güner H, Pratik Jinekolojik Onkoloji, s 601)

133.Aşağıdaki tanımlanan onkogenlerden hangisi sitoplazmiktir?

- a) sis
- b) int-2
- c) erb B
- d) erb B-2
- e) raf-1

Cevap E (Güner H, Pratik Jinekoloji Onkoloji, s 77)

134.Fiziksel olarak normal olan, ancak ciddi mental retardasyon ile seyreden anöploidi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) XXY
- b) XYY
- c) XO
- d) XXXX
- e) XXXY

Cevap D (Maternal Fetal Medicine Creasy and Resnik Third edition, s 29)

135.Aşağıdaki overyal tümör tiplerinden hangisi çölemik hücre kökenlidir?

- a) Brenner tümörü
- b) Fibroma
- c) Tekoma
- d) Hilus hücreli tümör
- e) Gonadoblastoma

Cevap A (Hafez ve Kanemans Atlas of Human reproduction, s 146)

136.Aşağıdakilerden hangisi nöral tüp defektleri etiyolojileri içinde yer almamaktadır ?

- a) İnsülin bağımlı diabetes mellitus
- b) Maternal hipertermi
- c) Folat eksikliği
- d) Çinko eksikliği
- e) Magnezyum eksikliği

Cevap E (*Obstetrics and Gynecology Clinics of North America March 1997, Fetal Diagnosis and Therapy*)

137. Progresif hipovolemi ile seyreden bir vakada klinik bulguları en erken olandan en geç olana doğru sıralayınız

1. Artmış kalp atım hızı
 2. Anüri
 3. Hipotansiyon
 4. Asidofik nefes
- a) 1,3,2,4
 - b) 1,2,3,4
 - c) 3,1,2,4
 - d) 3,2,1,4
 - e) 4,3,2,1

Cevap A (*Te Linde's Operative Gynecology Seventh edition, s 189*)

138. Fetusta Sacrococcygeal teratoma bulunan 32. haftada bir gebede plasentamegali ve hidrops tespit edilmiştir. En uygun yaklaşım ne olmalıdır?

- a) Akciğer olgunlaşması beklenip elektif sezaryen
- b) Miad beklenip normal spontan doğum
- c) Acil sezaryen
- d) Miad beklenip sezaryen
- e) İndüksiyon ile normal spontan doğum

Cevap C (*C Allen, Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology Third edition, s 545*)

139. Aşağıdakilerden bulgulardan hangisi endometriyozisi düşündürür?

- a) Uterosakral ligamentte nodularite
- b) Overde büyüme
- c) Retroverti fikse uterus
- d) Laparoskopik implantların gözlenmesi
- e) Disparoni

AÇIKLAMA: Endometriyozis tanısı koymanın tek yolu laparotomi veya laparoskopi ile implantları görmek veya biyopsi ile kanıtlamaktır. Öyküsü yada fizik muayene bulguları akla getirebilir fakat tanı koydurucu değildir. Fizik muayene bulguları; kul de sak nodularitesi, fikse retroverti uterus endometriyozis ile uyumlu bulgular olmakla birlikte aynı zamanda pelvik kanserler, bağırsak kanserleri ve enfeksiyonlarla birlikte de bulunabilir.

Cevap D (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*)

140. Aşağıdaki amenore nedenlerinden hangisi yüksek gonodotropin seviyeleri ile birlikte?

- a) Gonadal disgenezis
- b) Kallman sendromu

- c) Anoreksia nevroza
- d) Rokitanski- Küstner-Hauser sendromu
- e) Asherman sendromu

AÇIKLAMA: Rokitanski- Küstner-Hauser sendromu bir müllerian yetersizliği durumudur overleri normaldir dolayısı ile gonodotropinleri normaldir. **Anoreksia**'da beslenme yetersizliği ile beraber olup hipotalamik supresyon nedeni ile gonodotropinler düşüktür. **Kalman sendromunda** konjenital olarak gonodotropin relasing hormon yapan nöronlarda defekt olduğu için gonodotropinler düşüktür. **Gonadal disgenezis** seks kromozom anormalliği ile karakterize overler çok az veya hiç fonksiyon görmezler. Dolayısı ile östrojen üretmezler ve gonodotropi seviyeleri yüksek kalır.

Cevap D (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*)

141. Aşağıdakilerden hangisi özel bir hormonal bir çalışma gerektirmez?

- a) Hirsutizm
- b) Anormal kilo artışı
- c) Yağlı cilt ve akne
- d) Histerosalpingografide proksimal tübal oklüzyon
- e) Menstrüel period düzensizliği

AÇIKLAMA: Hirsutizm, anormal kilo artışı, yağlı ciltler ve akne, menstrüel period düzensizliğinde androjen fazlalığı, insülin rezistansı beklenirken; Proksimal tübal oklüzyonda enfeksiyöz nedenler daha çok akla gelir.

Cevap D (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*)

142. Aşağıdakilerden hangisi laparoskopide bir hemostaz yöntemi olarak kullanılmaz?

- a) Bipolar elektrokoagülasyon
- b) Laser koagülasyon
- c) Endoloop
- d) Hemoklip
- e) İnsüflasyon, irrigasyon, aspirasyon

AÇIKLAMA: İnsüflasyon, irrigasyon ve aspirasyon hemostaz yapıcı işlemler değildir.

Cevap E (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*)

143. Normal bir gebelikte total demir gereksinimi için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) 100 mg
- b) 5000 mg
- c) 1 g
- d) 300 g
- e) 1000 g

AÇIKLAMA: Normal bir gebelikte total demir gereksinimi 1000 mg'dir. Bu miktarın yaklaşık 300 mg'ı aktif olarak fetus ve plasentaya transfer edilir; 200 mg'ı çeşitli normal yollarla atılır, geriye kalan 500 mg'ı annenin artan eritrosit volümü için kullanılır.

Cevap C (Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, et al. Williams Obstetrics. 21 st ed., New York, Mc Graw-Hill Medical Publishing Division, 2001 s.178)

144. Gebelikte demir suplementasyonu için aşağıdakilerden hangisi doğru değildir?

- Gebelik saptandığı andan itibaren demir suplementasyonuna başlanmalıdır
- Günlük 30 mg elemental demir gebeliğin ikinci yarısında gebenin günlük ihtiyacını karşılamak için yeterlidir
- Eğer gebe kilolu ise, gebeliğin geç dönemlerinde ise, demiri düzensiz kullanmış ise, ikiz gebelik söz konusu ise veya hemoglobinin düzeyi hafif deprese ise günde 60-100 mg demir uygulanmalıdır
- Aşkar anemide bölünmüş dozlarda günde 200 mg demir uygulanmalıdır
- Demir aç iken alınır ise daha iyi absorbe edilir

AÇIKLAMA: Gebeliğin ilk trimesterinde demir bulantı ve kusmayı artırabilir. Gebeliğin ilk 4 ayında gebenin demir gereksinimi çok azdır. Bu dönemde demir suplementasyonu gerekli değildir.

Cevap A (Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, et al. Williams Obstetrics. 21 st ed., New York, Mc Graw-Hill Medical Publishing Division, 2001 s.178)

145. Aşağıdakilerden hangisi Apgar skorlama sisteminin komponenti değildir?

- Kalp hızı
- Arteriyel kan basıncı
- Respiratuvar efor
- Musküler tonus
- Refleks irritabilite

AÇIKLAMA: Apgar skorlama sisteminin komponentleri kalp hızı, respiratuvar efor, musküler tonus, refleks irritabilite ve renktir.

Cevap B (Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, et al. Williams Obstetrics. 21 st ed., New York, Mc Graw-Hill Medical Publishing Division, 2001 s.388)

146. Aşağıdakilerden hangisi HELLP sendromunun bir komponentidir?

- Ödem
- Proteinüri
- Trombositopeni

d) Dissemine intravasküler koagülasyon
e) Hemokonsantrasyon

AÇIKLAMA: HELLP sendromu Hemoliz (H), Artmış karaciğer enzimleri (Elevated liver enzymes), Trombositopeni (Low Platelet) komponentlerini içerir.

Cevap C (Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, et al. Williams Obstetrics. 21 st ed., New York, Mc Graw-Hill Medical Publishing Division, 2001 s.579)

147. Monozigotik ikiz gebelik için hangisi doğru değildir?

- Monokoryoniktirler
- Sıklığı yaklaşık 250 doğumda 1'dir
- Monozigotik ikiz doğum sıklığı ırk, heredite, yaş ve pariteden bağımsızdır
- İkiz eşlerinin cinsiyetleri aynıdır
- Fetuslar arasında vasküler komünikasyonlar olabilir ve buna bağlı olarak ikiz-ikiz transfüzyon sendromu gelişebilir.

AÇIKLAMA: Bölünme fertilizasyondan sonraki 72 saat içinde oluşur ise iki embriyo, iki amniyon, iki koryon gelişecektir. Bölünme 4. günden sonra oluşur ise tek koryon oluşacaktır.

Cevap A (Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, et al. Williams Obstetrics. 21 st ed., New York, Mc Graw-Hill Medical Publishing Division, 2001 s.767)

148. Komplet mol hidatiform için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Fetus sıklıkla mevcuttur
- Villüs ödemi difüz özelliktedir
- Karyotip 46 XX veya XY'dir
- %25-30 olguda teka lutein kisti görülür
- Postmolar hastalık sıklığı parsiyel hidatiform molen yüksektir

AÇIKLAMA: Komplet mol hidatiformda fetus yoktur.

Cevap A (Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, et al. Williams Obstetrics. 21 st ed., New York, Mc Graw-Hill Medical Publishing Division, 2001 s.837)

149. Aşağıdakilerden hangisi gebelik sırasında respiratuvar sistemde oluşan değişiklik değildir?

- Vital kapasite artar
- Ekspiratuvar rezerv volüm ve rezidüel volüm azalır
- Fonksiyonel rezidüel kapasite azalır
- Tital volüm artar
- Dakika ventilasyonu azalır

AÇIKLAMA: Dakika ventilasyonu % 40 artar. Solunum hızı değişmediğinden bu artış primer olarak tidal volüm artışına bağlıdır

Cevap E (Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, et al. Williams Obstetrics. 21 st ed., New York, Mc Graw-Hill Medical Publishing Division, 2001 s.1224)

150. Hangisi internal iliak arterin dalı değildir?

- a) A. uterina
- b) A. ovarica
- c) A. vesicalis inferior
- d) A. obturatoria
- e) A. glutealis inferior

AÇIKLAMA: A. ovarica aortadan ayrılır ve infundibulopelvik ligament ile broad ligamente girer.

Cevap B (Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, et al. Williams Obstetrics. 21 st ed., New York, Mc Graw-Hill Medical Publishing Division, 2001 s.44)

151. Hangisi tubal sterilizasyon yöntemidir?

- a) Pomeroy
- b) Mc Donald operasyonu
- c) Salpingostomi
- d) Ooferektomi
- e) Salpingooferektomi

AÇIKLAMA: Mac Donald operasyonu servikal yetmezlikte uygulanır; salpingostomi ektopik gebelik tedavisinde uygulanır. Ooferektomi ve salpingooferektomi sterilizasyon yöntemleri değildir.

Cevap A (Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, et al. Williams Obstetrics. 21 st ed., New York, Mc Graw-Hill Medical Publishing Division, 2001, s.1555-1561)

152. Aşağıdakilerden hangisi ovulasyon indüksiyon ajanı değildir?

- a) Klomifen sitrat
- b) Bromokriptin
- c) Human menopozal gonadotropin
- d) Pür FSH
- e) Follitropin Beta

Cevap B (Speroff L, Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite, 1996 s 929)

153. Ektopik gebeliğin (Ekstrauterin gebeliğin) tanısında yer almayan hangisidir?

- a) Ultrasonografi
- b) Beta HCG titrasyonu
- c) Kuldosentez
- d) Kolposkopi
- e) Laparoskopisi

Cevap D (Speroff L, Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite, 1996 s 953)

154. Bishop'un pelvik skorlama sisteminde yer almayan hangisidir?

- a) Servikal dilatasyon
- b) Servikal silinme
- c) Gelen kısmın pozisyonu
- d) Serviksin pozisyonu
- e) Orta pelvisin ön arka çapı

Cevap E (De Cherney A., Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis & Treatment International Edition 2003. s 220)

155. Eylem indüksiyonunda kullanılan prostaglandin türü hangisidir?

- a) Prostaglandin E₂
- b) Prostaglandin I₂
- c) Prostaglandin C₂
- d) Prostaglandin D₂
- e) Prostaglandin A₂

Cevap A (De Cherney A., Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis & Treatment International Edition 2003. s 220)

156. Antenatal kanama yapan ve fetus orjinli olan kanama nedeni hangisidir?

- a) Plasenta previa
- b) Dekolman plasenta
- c) Vaza previa
- d) Marjinal sinüs rüptürü
- e) Plasental bilobata

Cevap C (De Cherney A., Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis & Treatment International Edition 2003. s 787)

157. Doğum sırasında perinenin 4. derece yırtıklarında hangi oluşum olaya katılmıştır?

- a) Vajen mukozası
- b) Yüzeysel vajen kasları
- c) Rektum serozası
- d) Rektum mukozası
- e) Sfinkter ani eksternus kası

Cevap D (De Cherney A., Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis & Treatment International Edition 2003. s 516)

158. A. Klitoris hangi arterin dalıdır?

- a) A. Hemoroidalis inferior
- b) A. Perinalis profunda
- c) A. Femoralis
- d) A. iliaka eksterna
- e) A. glutealis inferior

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

Cevap B (*De Cherney A., Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis& Treatment International Edition 2003. s 42*)

159.Fetal matürasyon testi olarak kullanılmayan hangisidir?

- a) L/S oranı
- b) Fosfotidil gliserol
- c) Floresan polarizasyon testi
- d) Lameller body cound test
- e) Fetal skalp PH blood testi

Cevap E (*De Cherney A., Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis& Treatment International Edition 2003. s 269*)

160.Doğum eylemi dışında uterus rüptürü nedeni olmayan hangisidir?

- a) Plasenta perkrata
- b) İnvaziv mol
- c) Koryokarsinoma
- d) Korneal gebelik
- e) İkiz gebelik

Cevap E (*De Cherney A., Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis& Treatment International Edition 2003. s 366*)

161.Polikistik over sendromlu hastalara eşlik eden en fazla endokrin bozukluk hangisidir?

- a) Hiper insülinemi- İnsülin Rezistansı
- b) Hipertirodi
- c) Hipotiroidi
- d) Hiperparatiroidi
- e) Hipogonadotropik hipogonadizm

Cevap A (*Shoham: Female İnfertil Treatment s 50:1999*)

162.CEA tümör markeri en fazla hangi organ kanserinde görülür?

- a) Kolon-Rektum
- b) Serviks
- c) Uterus
- d) Over
- e) Tuba

Cevap A (*R.Berkamty: Gynecologiz Oncology, s 101*)

163.3 Alfa Androstenodiol hangi hormon metabolitidir?

- a) Testosteron
- b) Dihidrotestosteron
- c) FSH
- d) Prolaktin
- e) DHEA

Cevap B (*S.P: Fertil Steril, 43-74*)

164.Aşağıdakilerden hangisi embriyonun erken gelişme değerlendirme kriteri değildir?

- a) Erken klivaj
- b) Klivaj oranı
- c) Fragmantasyon
- d) Zaona Pellucida hyalorinas salgısı
- e) Blostomer sinatrisi

Cevap D (*B.Başak: Reproductive Biomedicine Online S 113,2003*)

165.Endometriyozisde en fazla görülen semptom hangisidir?

- a) Dismenore
- b) Pelvik ağrı
- c) İnfertilite disparoni
- d) Menstrial bozukluk
- e) Gebelik

Cevap A (*W.Shaw; Endometriozis 1995,113*)

166.Vajinal epitelin en ince olduğu devre hangisidir?

- a) Proliferasyon
- b) Ovulasyon
- c) Menstruasyon
- d) Lohusalık
- e) Gebelik

Cevap C (*Handbook Gynecology:J Brown 1993 s:12*)

167.Aşağıdakilerden hangisi myom dejenerasyon şekillerinden değildir?

- a) Hyalin
- b) Calsifikasyon
- c) Kırmızı dejenerasyon
- d) Enjeksiyon
- e) Kistik

Cevap D (*Handbook Gynecology:J Brown s:129*)

168.İndirekt coombs testi için hangisi doğrudur?

- a) Annedeki antikor titresini gösterir
- b) Bebeğdeki antikor titresini gösterir
- c) Bebeğdeki antigen- antikor titresini gösterir
- d) Annedeki antigen-antikor titresini gösterir
- e) Bebeğdeki eritrosit düşüşünü gösterir

Cevap A (*Handbook Gynecology:J Brown 1993 s:329*)

169.Radikal histerektominin komplikasyonu olmayan hangisidir?

- a) Veziko-vajinal-fistül
- b) Uretero-vajinal-fistül
- c) Mesane atonisi
- d) Lenfokist
- e) Rekto-vajinal-fistül

Cevap E (Ayhan A, Klinik Jinekolojik Onkoloji Ankara 2003. s 79)

170.Endometriyum kanserinin insidansını azaltan faktör hangisidir?

- a) Geç menarş
- b) Diabetes Mellitus
- c) Obezite
- d) Gecikmiş menopoz
- e) Aile öyküsü

Cevap A (Ayhan A, Klinik Jinekolojik Onkoloji Ankara 2003. s 119(Clinical Gynecology Oncology'den çeviri)

171.Endometriyum kanserinde prognostik faktör içinde yer almayan hangisidir?

- a) Histolojik tip
- b) Aile öyküsü
- c) Myometrial invazyon
- d) Peritoneal histoloji
- e) Lenf nodu metastazı

AÇIKLAMA: Patolojik prognostik faktörler; histolojik tip, histolojik derece, evre, lenf düğümü metastazı ve periton sitolojisidir.

Cevap B (Ayhan A, Klinik Jinekolojik Onkoloji Ankara 2003. s 144(Clinical Gynecology Oncology'den çeviri)

172.Vulvar neoplazilerin en çok görülen histolojik tipi hangisidir?

- a) Bartolin bezi tüömleri
- b) Bazal hücreli karsinom
- c) Epidermoid karsinom
- d) Adenokarsinom
- e) Melanom

Cevap C (Ayhan A, Klinik Jinekolojik Onkoloji Ankara 2003. s 212(Clinical Gynecology Oncology'den çeviri)

173.Meme kanserinde en büyük risk faktörü hangisidir?

- a) Duktal ektazi
- b) Fibrozis
- c) Mastit
- d) Aile öyküsü
- e) İlerlemiş yaş

Cevap D (Ayhan A, Klinik Jinekolojik Onkoloji Ankara 2003. s 580(Clinical Gynecology Oncology'den çeviri)

174.Human plasental laktojen (HPL) hormonu hangi hücrelerden salgınır?

- a) Sitotrofoblast
- b) Amniyoblast
- c) Koryonblast
- d) Amniyon zarı

e) Sinsityotrofoblast

Cevap E (Speroff L, Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite, Ankara, 1996, s 270)

175.Oral kontraseptiflerin kesin kontraendike olmadığı durum hangisidir?

- a) Tromboflebit
- b) Meme kanseri şüphesi
- c) Diabetes Mellitus
- d) Gebelik
- e) Tanı konulmamış uterin kanama

Cevap C (Speroff L, Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite, Ankara, 1996, s 737)

176.Rahim içi araç yerinde iken gebe kalmış bir kadında düşük yapma oranı ortalama ne kadardır?

- a) % 50
- b) % 100
- c) % 1'den az
- d) % 10
- e) Düşük yapma riski hiç yoktur

Cevap A (Speroff L, Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite, Ankara, 1996, s 786)

177.Tekrarlayan gebelik kayıplarına neden olmayan faktör hangisidir?

- a) İmmunolojik faktör
- b) Endokrin faktör
- c) Anatomik faktör
- d) Enfeksiyon faktörleri
- e) Kimyasal faktörler

Cevap E (Speroff L, Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite, Ankara, 1996, s 842)

178.Endometriyozisin tedavisinde yer almayan hangisidir?

- a) Danazol
- b) GnRH analogları
- c) Oral kontraseptifler
- d) 5 Alfa redüktaz inhibitörleri
- e) Medroksi progesteron asetat

Cevap D (Speroff L, Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite, Ankara, 1996, s 862)

179.Prematür over yetersizliği tanısı için sınır yaş değeri kaçtır?

- a) 35
- b) 37
- c) 40
- d) 45
- e) 48

Cevap C (Novak's Gynecology, 13.baskı, Philadelphia, Williams&Wilkins, s 1111)

180.Semen analizinde oligospermi demek için sperm konsantrasyonu mililitrede kaçın altında olmalıdır?

- a) 15 milyon
- b) 20 milyon
- c) 25 milyon
- d) 30 milyon
- e) 35 milyon

Cevap B (Novak's Gynecology, 13.baskı, Philadelphia, Williams&Wilkins, s 980)

181.Endometriyozis hakkında aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Endometriyozis bir infertilite etkeni değildir
- b) CA 15-3 endometriyozis takibinde kullanılan faydalı bir belirteçtir
- c) Endometriyozis tedavi sonrası tekrarlamaz
- d) Medikal tedavisinde oral kontraseptifler faydalıdır
- e) Endometriyozise bağlı ağrının tedavisinde cerrahinin yeri yoktur

Cevap D (Novak's Gynecology, 13.baskı, Philadelphia, Williams&Wilkins, s 931-972)

182.Heterotopik gebelik ne demektir?

- a) İntrauterin ve ektopik gebeliğin aynı anda aynı kadında bulunmasıdır
- b) İntrauterin araç varken oluşan gebelik demektir
- c) Tubaların her ikisinde de birer adet ektopik gebelik olmasıdır
- d) Overde gebelik olmasıdır
- e) Gebeliğe karşı immünolojik reaksiyon gelişmesidir

Cevap A (Novak's Gynecology, 13.baskı, Philadelphia, Williams&Wilkins, s 508)

183.Hipermenore aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Adetlerin düzenli ve normal sürede ancak miktarca fazla olması
- b) Adetlerin düzensiz ve uzun sürmesi
- c) Adetlerin düzenli ve normal sürede ancak az miktarda olması
- d) Adet sıklığının azalması
- e) Kanamanın hiç kesilmemesi

Cevap A (Novak's Gynecology, 13.baskı, Philadelphia, Williams&Wilkins, s 365)

184.Alfa-fetoproteininin anne karnında düşük çıkması hangisini düşündürmelidir?

- a) Trizomi 21
- b) Omfolosel
- c) Spina bifida
- d) Anensefali

e) Kistik higroma

Cevap A (Williams Obstetrics, 21.baskı, New York, McGraw Hill, s 982)

185.Gebeliğin bulgularından Ladin belirtisi hangisidir?

- a) Seriksin ekimotik olması
- b) Seriksin yumuşaması
- c) Uterus ön duvarında uteroservikal bileşkenin yumuşaması
- d) Memelerde cildin koyulaşması
- e) Yüzde gebelik maskesinin oluşması

Cevap C (Current Obstetric&Gynecologic Diagnosis&Treatment, 9.baskı, New York, McGraw Hill, s 196)

186.Forseps uygulamasından önce aşağıdakilerden hangisi olması gerekli şartlardan değildir?

- a) Serviksin tam dilate olması
- b) Mesanenin dolu olması
- c) Sefalopelvik disproporsiyon olmaması
- d) Başın girimin üzerinde mobil olmaması
- e) Mentum posterior yüz gelişi olmaması

Cevap B (Current Obstetric&Gynecologic Diagnosis& Treatment, 9.baskı, New York, McGraw Hill, s 501)

187.İntrauterin gelişme geriliği olan bebeklerde aşağıdakilerden hangisine nadir rastlanır?

- a) Genetik anomaliler
- b) Omuz distosisi
- c) Metabolik asidoz
- d) Hipoglisemi
- e) Sepsis

Cevap B (Current Obstetric&Gynecologic Diagnosis & Treatment, 9.baskı, New York, McGraw Hill, s 301-309)

188.Maternal mortalite neye göre ifade edilir?

- a) 1000 canlı doğumda kaç annenin öldüğü
- b) 10.000 canlı doğumda kaç annenin öldüğü
- c) 100.000 canlı doğumda kaç annenin öldüğü
- d) 100.000 gebelikte kaç annenin öldüğü
- e) 10.000 gebelikte kaç annenin öldüğü

Cevap C (Williams Obstetrics, 21. baskı, New York, McGraw Hill, s 6)

189.Uterusta intramural yerleşimli 10 cm. çapındaki bir myomda en sık gözlenebilen dejenerasyon hangisidir?

- a) Kistik dejenerasyon
- b) Yağlı dejenerasyon
- c) Kalsifik dejenerasyon
- d) Malign dejenerasyon
- e) Hyalin dejenerasyondur

AÇIKLAMA: En sık görülen myom dejenerasyonu hyalin dejenerasyonudur(%65). Kistik dejenerasyon (% 5-10) yağlı dejenerasyon, kalsifik dejenerasyon, malign dejenerasyon (%01-0.5) daha nadir görülürler.

Cevap E (*Altıntaş A: Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1.baskı, Ankara, 1996, s.802-803*)

190.Baş prezentasyonu olan bir gebede normal vajinal doğum gerçekleşirken başın doğum kanalında ilerlemesi sırasında fetal başın hareketleri aşağıdakilerden hangisinde doğru sıralanmıştır?

- a) İç rotasyon- fleksiyon-ekstansiyon-dış rotasyon
- b) Ekstansiyon-iç rotasyon-fleksiyon-dış rotasyon
- c) Fleksiyon-iç rotasyon-ekstansiyon-dış rotasyon
- d) İç rotasyon-ekstansiyon-dış rotasyon-fleksiyon
- e) Ekstansiyon-fleksiyon-iç rotasyon-dış rotasyon

AÇIKLAMA: Baş prezentasyonunda baş pelviste ilerlerken sırasıyla; fleksiyon (pelvis giriminde), iç rotasyon (orta pelviste), ekstansiyon (pelvis çıkımında), dış rotasyon (başın doğumunu takiben) yapar.

Cevap C (*DeCherney Ah, Pernoll ML: Current Obstetric&Gynecologic Diagnosis&Treatment, 8.baskı, Appleton&Lange, s.209-213*)

191.Aşağıdakilerden hangisi endometriyum kanseri riskini azaltır?

- a) Obezite
- b) Granüloza hücreli over tümörü
- c) Polikistik over hastalığı
- d) Grandmultiparite
- e) Hipertansiyon

AÇIKLAMA: Diabetes mellitus, hipertansiyon, PCOS, obezite, yüksek endojen östrojen seviyeleri, nulliparite endometriyum kanseri sıklığını artıran faktörlerdir. Oral kontraseptif kullanımı, doğum sayısının artması ise endometriyum kanseri riskini azaltır.

Cevap D (*DeCherney Ah, Pernoll ML: Current Obstetric&Gynecologic Diagnosis&Treatment, 8.baskı, Appleton&Lange, s. 937*)

192.Menopozdaki bir kadında hormonal tablo için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Östrojenlerden en fazla seviyesi düşen östrondur
- b) LH seviyeleri, FSH seviyelerine göre daha fazla yükselir
- c) FSH seviyeleri düşerken, LH seviyeleri yükselir
- d) LH seviyeleri düşerken, FSH seviyeleri yükselir
- e) Hem FSH seviyeleri hem LH seviyeleri yükselir. Fakat genellikle FSH seviyelerindeki artış LH dan daha yüksektir.

AÇIKLAMA: Menopozda östrojenlerden en fazla düşüş gözlenen östradiol(E2)dür. Menopozla birlikte hem FSH, hemde LH seviyeleri yükselir fakat genellikle FSH daki yükseliş LH dan daha fazladır

Cevap E (*DeCherney Ah, Pernoll ML: Current Obstetric&Gynecologic Diagnosis&Treatment, 8.baskı, Appleton&Lange, s. 1032-1033*)

193.Aşağıdakilerden hangisi hiperprolaktinemiye yol açmaz?

- a) Hipotiroidizm
- b) Fenotiazin
- c) Apomorfin
- d) Gebelik
- e) Östrojenler

AÇIKLAMA: Apomorfin, L-Dopa, Bromokriptin prolaktin sekresyonunu azaltır. Hipotiroidizm, fenotiazinler, gebelik ve östrojenler prolaktin sekresyonunu arttıran faktörlerdir.

Cevap C (*DeCherney Ah, Pernoll ML: Current Obstetric &Gynecologic Diagnosis&Treatment, 8.baskı, Appleton&Lange, s. 144*)

194.Endometriyozisin tanısında aşağıdaki işlemlerden hangisi daha diagnostiktir ?

- a) Peritoneal sıvıda ekfoliyatif sitoloji
- b) Periton sıvısında prostaglandin F2 alfa ve prostoglandin E2 düzeylerinin ölçülmesi
- c) Ultrasonografi
- d) Komputere tomografi
- e) Laparoskopi

AÇIKLAMA: Endometriyoziste kesin tanı laparoskopi veya laparotomide implant ve lezyonların direk vizualizasyonuna ve alınan biyopsilerin histolojik incelemesine dayanır. Pelvik muayene bulguları peritoneal sıvıda ekfoliyatif sitoloji, kanda antiendometriyal antikörlerin saklanması, serum ve periton sıvısında Ca125 düzeyi yüksekliği, ultrasonografi, tomografi ve magnetik rezonans görüntüleme tanıda yardımcı olmakla birlikte sensitivite ve spesivite düşüktür.

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

Cevap E (*DeCherney Ah, Pernoll ML: Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment, 8.baskı, Appleton&Lange, s. 801-805*)

195.Kız çocuklarında pubertal değişimin belirti ve bulgularının ortaya çıkış sırası aşağıdakilerden hangisinde doğru gösterilmiştir?

- a) Menarş-Pubarş-Telarş
- b) Menarş-Telarş-Pubarş
- c) Pubarş-Telarş-Menarş
- d) Telarş-Menarş-Pubarş
- e) Telarş-Pubarş-Menarş

AÇIKLAMA: Kız çocuklarında pubertal gelişimin en erken bulgusu meme gelişiminin (Telarş) başlamasıdır. Telarştan sonra pubis ve aksilla kılları belirginleşir (Pubarş). Menarş (ilk adet) ise pubertal gelişiminin daha sonraki bir belirtisidir.

Cevap E (*DeCherney Ah, Pernoll ML: Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment, 8.baskı, Appleton&Lange, .s 124*)

196.Maternal Supin Hipotansiyon Sendromu gelişen miadında bir gebede tedavide hangisi yapılmalıdır?

- a) Derhal sezaryen ile doğurtulmalıdır
- b) Derhal indüksiyon ile vajinal doğum yaptırılmalıdır
- c) Plazma genişleticiler verilmelidir
- d) Gebe sol yana yatırılmalıdır
- e) Dopamin ile tansiyon yükseltilmelidir

AÇIKLAMA: Miadında bir gebede Vena Cava Inferior'un supin pozisyonunda uterus basısı nedeniyle obstrüksiyonu; azalmış kardiyak out-put, bradikardi ve hipotansiyon ile karakterize maternal supin hipotansif sendrom gelişimine yol açabilir. Bu sendrom geliştiğinde gebe kadın lateral pozisyonda tercihen sol yan tarafına yatırılır.

Cevap D (*DeCherney Ah, Pernoll ML: Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment, 8.baskı , Appleton&Lange, s. 158*)

197.Gebelik+Hipertiroidide Metimazol kullanımı hangi aşağıdaki komplikasyona yol açabilir?

- a) Duktus arteriozus'un prematür kapanması
- b) Gastroşizis
- c) Renal Disgenezis
- d) Aplasia cutis
- e) Özofagus atrezisi

Cevap D (*Williams Obstetvics 21 edition, McCraw Hill Medical Publishing Division ,2001,s 1341*)

198.Gebelikte kalsiyum ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Maternal ionize kalsiyum düzeyi önemli ölçüde değişmez
- b) Total maternal kalsiyum düzeyi değişmez
- c) Total maternal kalsiyum düzeyi artar
- d) Maternal ionize ve total kalsiyum düzeyi artar
- e) Maternal ionize kalsiyum düzeyi artar

Cevap A (*Johns Hopkins Jinekoloji ve Pbstetrik El Kitabı, Atlas Kitapçılık, 2000, s 93*)

199.Hangisi Ektopik gebelikte konservatif cerrahi yaklaşım yöntemlerinden değildir?

- a) Salpingostomi
- b) Salpingotomi
- c) Fibril boşaltma (Milink)
- d) Salpenjektomi
- e) Segmentol rezeksiyon ve reanastomoz

Cevap D (*Te Linde's Operative gynecology 7 th edition. John D. Thampson 1992 p 415*)

200.Aşağıdaki Kontraseptif yöntemlerden hangisi ektopik gebelik riski en yüksektir?

- a) Bakırlı RiA
- b) Kombine oral kontraseptif
- c) Progesteronlu RiA
- d) Norplant (Subdermal Implant)
- e) Minipil

Cevap D (*Novak's Gynecology, Jonathan S. Berek 1998, 12 th edition, s 492*)

201.Aşağıdakilerden hangisi yükselmiş serum alfa fetoprotein seviyeleri ile birlikte değildir?

- a) Konjenital nefroz
- b) Karın ön duvarı defekti
- c) Nöral tüp defekti
- d) Çoğul gebelik
- e) Down sendromu

Cevap E (*High Risk Pregnancy. Management Options Edited by Davit K. James Second edition p 155*)

202.Aşağıdakilerden hangisi NST(non-stress test)' te azalan variabiliteyi açıklamaz?

- a) Fetusun uyku dönemi
- b) Asfiksi
- c) Prematürite
- d) Trankilizan kullanımı
- e) Fetusun uyarılması

Cevap E (*High Risk Pregnancy. Management Options 1999 Second edition p 254*)

203. Belirtilen hastalık takibinde tümör marker eşleşmesi hangisinde yanlış olarak verilmiştir?

- a) Overin seroz papiller karsinomu- Ca 125
- b) Endometriyum adeno Carsinom- Ca 125
- c) Koriyokarsinom-β-HCG
- d) Endodermal sinüs tümörü- AFP
- e) Disgerminom-CEA

Cevap E (Novak's Gynecology Jonathan S. Berek p 1155 12 th)

204. Komplet hidatiform Mol'un karyotipi hangisidir?

- a) 46 XY
- b) 45 X
- c) 46 XX
- d) 69 XXX
- e) 69 XXY

Cevap C (Pritchard, ed 17 p, 446)

205. Amniyotik sıvı volümü hangi gebelik haftasında maksimum seviyesine ulaşır?

- a) 32-34 hf
- b) 34-36 hf
- c) 36-38 hf
- d) 38-40 hf
- e) 40-42 hf

Cevap C (Pritchard, ed 17, pp 740-741)

206. Uterus sarkomlarının en sık görülen tipi hangisidir?

- a) Endometriyal stromal sarkom
- b) Karsinosarkom
- c) Leiomyosarkom
- d) Miks mezodermal sarkom
- e) Rabdomyosarkom

AÇIKLAMA: Miks mezodermal sarkom en sık görülen uterin sarkomdur. Çoğu postmenopozal olmak üzere yaşlılarda görülür. Tümör çok hızlı büyür, genellikle postmenopozal kanama, pelvik ağrı, alt abdominal pelvik kitle ve metastaz bulguları ile karşımıza çıkar.

Cevap D (Gusberg, pp 459-463)

207. Hangi gebelik haftasında teratojenik ajanlar kongenital kalp malformasyon neden olur?

- a) 2- 3 hf
- b) 4-5 hf
- c) 6-8 hf
- d) 9-12 hf
- e) Hiçbiri

Cevap B (Danforth ed 5 pp 3317-319)

208. Nöral tüp defekti tarama programında 2 kez yüksek maternal serum alfa- fetoprotein (MSAFP) düzeyi tespit edilmesi durumunda bundan sonra yapılacak adım ne olmalıdır?

- a) 3. bir MSAFP tayini
- b) Ultrason muayenesi
- c) Amniyosentez
- d) Amniyografi
- e) Gebeliğin sonlandırılması

Cevap B (Evans, ed 3. pp 143-144)

209. Herniler, pubik tüberkülden spina iliaca anterior superiora uzanan fasiyal aponözün kalınlaşan alt sınırında oluşur. Kalınlaşan bu fasiya ne şekilde adlandırılır?

- a) İnguinal ligamentumaman
- b) Cooper ligamentumamanı
- c) Linea alba
- d) Posterior rektus kılıfı
- e) Round ligamentumaman

Cevap A (Appleton & Lange's Review of Obstetrics & Gynecology (Editörler; Vontver LA, Fujimoto VY, Leniz GM, Phelan S, Katz V, Lepine L, Smith R), 6. basım McGraw Hill, New York, 2000, s 11)

210. Yetişkin bir kadında inguinal kanal cerrahi olarak açılırsa, normalde aşağıdaki yapılardan hangisi bulunur?

- a) Nuck kanalı kisti
- b) Gartner kanalı kisti
- c) Cooper ligamanı
- d) Round ligamentum ve ilioinguinal sinir
- e) Piramidal kas

Cevap D (Te Linde's Operative Gynecology Editörler, JA. Rock, J.D. Thompson Chapter 6 Surgical Anatomy of the female pelvis. S 63. 8. basım, Lippincott, Raven, St. Louis, 1997)

211. 35 yaşında G2 P2 Y2 A0 D/C0 kadına geniş bir adneksial kistik kitle için eksploratris laparotomi yapılacaktır. Abdomene girildiğinde sol overin yerinde 20 il 30 cm arasında multikistik bir yapı görülür. Kistlerin içinde kirli sarı koyu kıvamlı bir sıvı vardır. Bu tümörün tanımı için aşağıdakilerden hangisi en uygundur?

- a) % 85 benignidir ve psödomiksoma peritonei ile ilişkilidir
- b) Kistin uzantısı sili epiteldir ve Psammon cisimleri ile ilişkilidir
- c) Kitle, yağ dokularının sıvısı ile olgun kistik teratomların kistik dejenerasyonunu gösterir
- d) Tümör epitele benzeyen geçiş hücrelerine sahiptir ve plevral effüzyon ve asit vardır

e) Agresif tipte malignitedir ve nedeni sarkomatöz dejenerasyondur

Cevap A (*Clinical Gynecologic Oncology*(Editörler; Philip J.DiSaia. William T. Creasman) Chapter 10: The adnexal mass& early ovarian cancer, s 263, 5. basım, Mosby, New York, 1997)

212.Uterin prolapsusta öncelikle aşağıdaki ligamentlerden hangisinin desteği kaybolmuştur?

- a) Ligamentum Latum uteri
- b) Ligamentum Rotundum
- c) Kardinal ligamentler
- d) Uterosakral Ligamentum
- e) Ligamentum Suspensorium uteri

Cevap C (*Te Linde's Operative Gynecology*(Editörler; J.A.Rock, J.D.Thompson) Chapter 38; Surgical Correction of defects in pelvic support. s 956, 8. basım, Lippincott, Raven, St. Louis, 1997)

213.Aşağıdaki eşleştirmelerden hangisi yanlıştır?

- a) Müsinöz tümör-Psödomiksoma peritonei
- b) Fibroma-Meigs sendromu
- c) Taşlı yüzük hücreli tümör
- d) Endodermal sinüs tümörü- alfa fetoprotein
- e) Embriyonal karsinom-Peutz Jeughers sendromu

Cevap D (*Clinical Gynecologic Oncology*(Editörler; Philip J.DiSaia. William T. Creasman) Chapter 10: The adnexal mass& early ovarian cancer, s 263-267-268, chapter 11: Epithelial ovarian cancer s 283-355-369 5.basım, Mosby, New York, 1997)

214.A.Uterin'ı üreter hangi seviyede çaprazlar?

- a) Sakroiliak eklem hizasında
- b) Serviks'in internal osu hizasında
- c) Ligamentum infundibulo pelvikum seviyesinde
- d) İliak damarlar hizasında
- e) Ön vajen forniksi seviyesinde

Cevap D (*Te Linde's Operative Gynecology* Editörler; J.A.Rock, J.D.Thompson) Chapter 40; Operative injuries to the urether: prevention and management s 1137, 8.basım, Lippincott, Raven, St. Louis, 1997)

215.Altmışiki yaşındaki postmenopozal bir kadın vulvar pruritis nedeni ile müracaat ediyor. Fizik muayenede vulvar dermise simetrik olarak 2-3 adet değişik kalınlıkta gri-beyaz hiperkeratotik lezyonlar varsa olası tanınız nedir?

- a) Hiperplastik distrofi
- b) Liken sklerozis
- c) Mikst distrofi
- d) Paget hastalığı
- e) Molluscum contagiosum

AÇIKLAMA: Skuamöz hücre hiperplazileri (**hiperplastik distrofi**) vulvar distrofilerin %21-51'ini oluşturmaktadırlar. Hastalar genellikle 50 yaşın altındadır. En çok tutulan bölgeler labia majora, labia minörlerin dış kısmı, intralabial sulkus ve klitoris bölgesidir. **En sık görülen semptom kaşıntıdır.** Kaşıntının nedeni tam olarak bilinmemekle beraber, terminal sinir liflerindeki dejenerasyon ve inflamasyona bağlı olduğu düşünülmektedir. Kaşıntı liken sklerozise oranla daha şiddetlidir. Kaşıntıya bağlı olarak mukoza ve derideki kalınlaşma dahada artar ve kskoriasyonlar görülebilir. Ayrıca ekskorie bölgelerde sekonder enfeksiyonlar gelişebilir. Nadiren ağrı ve acı hissi görülebilir. Klinik olarak vulva derisi pembe ve kırmızı renkte olup, üzerinde **gri** keratin tabakaları görülür. Deri sınırları oldukça keskinleşmiştir ve ekskoriasyonlar görülebilir.

Cevap A (*Clinical Gynecologic Oncology*(Editörler; Philip J.DiSaia. William T. Creasman) Chapter 2:Preinvasive disease of the vagina and vulva, s 41, 5. basım, Mosby, New York, 1997)

216.Kırksekiz yaşındaki perimenapozal bnr hasta yaklaşık 9 ay süreyle premarin tedavisi almış olup 15 gün içinde başlayan vajinal kanama mevcuttur. Hastadan alınan fraksione-C materyalinde fokal endometrial hiperplazi tespit edilmişse bu hastada tedaviniz ne olmalıdır?

- a) Histerektomi
- b) Premarin+progesteron tedavisi (6 ay süreyle)
- c) Progesteron tedavisi 3 ay süreyle sonra kontrol
- d) Premarin dozu 2 misline çıkartılır
- e) Tedaviye gerek yoktur 6 ay sonra kontrole çağırılır

Cevap E (*Clinical Gynecologic Oncology*(Editörler; Philip J.DiSaia. William T. Creasman) Chapter 5: Endometrial hyperplasia, s113-114, 5. basım, Mosby, New York, 1997)

217.Prognozu en kötü olan endometriyum kanseri tipi hangisidir?

- a) Sekretuar endometriyum adeno kanseri
- b) Müsinöz karsinom
- c) Berrak hücreli karsinom
- d) Papiller seröz karsinom
- e) Yassı hücreli karsinom

Cevap D (*Clinical Gynecologic Oncology* Editörler; Philip J.DiSaia. William T. Creasman) Chapter 5: Adenocarcinoma os the uterus, s 143, 5. basım, Mosby, New York, 1997)

218.Dermoid kistlerin en sık görülen komplikasyonu hangisidir?

- a) Torsiyon

- b) Ruptür
- c) Enfeksiyon
- d) Hemolitik anemi
- e) Maligamentumun değişim

AÇIKLAMA: Dermoid kistlerin en sık görülen komplikasyonu kistin torsiyonudur.

Cevap A (*Clinical Gynecologic Oncology Editörler; Philip J.DiSaia. William T. Creasman) Chapter 12: Germ cell and other ovarian tumors, s 361, 5. basım, Mosby, New York, 1997)*

219.Aşağıdakilerden hangisi gestasyonel trofoblastik hastalıkta iyi prognoz kriteridir ?

- a) Beyin ve karaciğer metastazı
- b) Term gebelik sonrası gelişmesi
- c) Önceden kemoterapi uygulanmamışsa
- d) Tedavi öncesi β -HCG değeri > 40.000 IU/ml ise
- e) 4 aydan uzun süre geçmişse

Cevap C (*Clinical Gynecologic Oncology>Editörler; Philip J.DiSaia. William T. Creasman) Chapter 7: Gestational trophoblastic neoplasia; s 188, 5. basım, Mosby, New York, 1997)*

220.Aşağıdakilerden hangisi temiz kontamine yaradır?

- a) Perfore apandisit tanısıyla opere olan hasta
- b) Pelvik abse (tubaovarian abse) nedeniyle opere edilen hasta
- c) Kolon temizliği yapılmış hastada kolektomi
- d) Kolon temizliği yapılmamış çekum perforasyonu oluşan hasta
- e) Preoperatif hazırlığı yapılmış splenektomi operasyonu yapılan hasta

Cevap C (*Te Linde's Operative Gynecology>Editörler; J.A. Rock, J.D. Thompson) Chapter 12; Postoperative infections: prevention and treatment. S 237. 8. basım, Lippincott, Raven, St . Louis, 1997)*

221.Vajinal akıntıdan yapılan yaymada protozoaların görülmesi halinde hangi tedavi uygulanır?

- a) Penisilin
- b) Tetrasiklin
- c) Sülfonamid
- d) Metranidazol
- e) TMP-SMX

Cevap D (*Comprehensive Gynecology>Editörler, Daniel R. Mishell, Morton A. Stenchever, William Droegemueller, Arthur L.Herbst), Chapter 21, Infections of the lower genital tract; s 631, 3.basım, Mosby, New York, 1997)*

222.Otuzdört yaşında G4 P3 Y3 A1 D/C0 olan kadın 26 haftalık hamiledir ve invaziv kanseri ekarte etmeyen yüksek derecede intra epitel lezyonlarla uyumlu bir pap smear sonucu vardır. Kolposkopide saat 6 hizasında anormal damarlar ile birlikte beyaz lezyonlar ve transformasyon bölgesi görülmektedir. Değerlendirmede 2. basamakta hangisi yapılmalıdır?

- a) Pap smear'ı tekrarlamak ve daha ileri tetkikler için doğum sonrası 6. haftaya kadar beklemek
- b) Servikal biyopsi ve endoservikal küretaj
- c) Cone biyopsisi
- d) Lezyonlu alana kolposkopi altında biyopsi
- e) Radikal histerektomi

Cevap D (*Comprehensive Gynecology>Editörler, Daniel R. Mishell, Morton A. Stenchever, William Droegemueller, Arthur L.Herbst), Chapter 27, Intraepithelial neoplasia of the cervix; s 820, 3.basım, Mosby, New York, 1997)*

223.Uterus atonisinin medikal tedavisinde en etkin ajan hangisidir?

- a) Oksitosin
- b) Meterjin
- c) Prostaglandin F2 α
- d) Prostaglandin E2
- e) İndometazin

Cevap C (*American College of Obstetricians and Gynecologists: Educational Technical Bulletin: number 243, January 1988 in Compendium of selected publications, s 697, 2001)*

224.Atoninin medikal tedavisinde dispne, bulantıkusma, hipertansiyon ve bronkokonstriksiyon hangi ajanda görülür?

- a) Oksitosin
- b) Meterjin
- c) Prostaglandin F2 α
- d) Prostaglandin
- e) İndometazin

Cevap C (*American College of Obstetricians and Gynecologists: Educational Technical Bulletin: number 243, January 1988 in Compendium of selected publications, s 697, 2001)*

225.Kondiloma aküminatum ile ilgili olarak hangisi doğrudur?

- a) Bir kişiden diğerine seksüel geçiş yüksektir
- b) Gram negatif basillerce oluşturulur
- c) Hastalığın eradikasyonu için 10 gün % 25'lik podofilin atuşmanı yeterlidir
- d) Genellikle diabetik gebelerde sık görülür
- e) Gebeliğin erken döneminde tespit edilen Condyloma 2.trimestere ulaşmadan podofilin ile tedavi edilmelidir

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

Cevap A (*Comprehensive Gynecology*(Editörler; Daniel R. Mishell, Morton A. Stenchever, William Droegemueller, Arthur L. Herbst), Chapter 21, *Infections of the lower genital tract*; s 609, 3. basım, Mosby, New York, 1997)

226. Mukopürülan servisit en sık hangi ajana bağlıdır?

- a) Chlamydia trachomatis
- b) Neisseria gonorrhea
- c) Trichomonas infestasyonu
- d) Candida infeksiyonu
- e) Gardnella infeksiyonu

AÇIKLAMA: Mukopürülan servistte en önemli etkenler C.trachomatis, N.gonorrhoeae, H.simplex virus 2, HHV6, Human papilloma virusudur. Nadiren adenoviruslar, kızamık virusu, CMV, Enterobius vermicularis, Entamoeba histolitica, M.tuberculosis, B grubu streptokoklar, N.meningitidis, aktinomiçes de etiyojide rol oynamaktadır.

Cevap A (*Comprehensive Gynecology*(Editörler; Daniel R. Mishell, Morton A. Stenchever, William Droegemueller, Arthur L. Herbst), Chapter 21, *Infections of the lower genital tract*; s 644, 3. basım, Mosby, New York, 1997)

227. Beş yıldır menopozda olan 58 yaşında kadın kronik alt abdominal ağrı ve bası şikayeti ile geliyor. Abdominal muayenesi normal olan kadının pelvik muayenesine 4x5x5 cm boyutlarında sağ adneksiyal kitle tespit ediliyor. Bu hastada en uygun yaklaşım hangisidir?

- a) Pap Smear
- b) Hiçbir müdahale bulunamaz
- c) Siklik hormonlarla supresyon tedavisi
- d) Radyasyon tedavisi
- e) Eksploratif laparotomi

Cevap E (*Comprehensive Gynecology*, Editörler; Daniel R. Mishell, Morton A. Stenchever, William Droegemueller, Arthur L. Herbst, Chapter 30, *neoplastik diseases; of the ovary*; s 908, 3. basım, Mosby, New York, 1997)

228. Schiller-Duval cisimcikleri aşağıdaki tümörlerden hangisinde görülürler?

- a) Endodermal sinüs tümörü
- b) Poliembriyoma
- c) Dermoid tümör
- d) Disgerminoma
- e) Maligamentumn teratoma

AÇIKLAMA: Endodermal sinüs tümörü malign germ hücreli tümörlerin %20'sini oluşturur. Hızlı büyüyen batın kitlesi ile karakterizedir. Öyleki hastaların yarısında semptomlar doktora başvurmadan birkaç ay

veya daha kısa bir süre önce başlamıştır. Seyrek olarak 40 yaşın üzerindeki hastalar etkilenir. **Schiller Duval** cisimciği görülen tümörün prognozu kötüdür. Alfa-fetoprotein tümör belirleyicisidir.

Cevap A (*Clinical Gynecologic Oncology*(Editörler; Philip J.DiSaia. William T. Creasman) Chapter 12: *Germ cell and other ovarion tumors*; s 355, 5. basım, Mosby, New York, 1997)

229. Call Exner cisimleri hangisinde bulunur?

- a) Disgerminomalarda
- b) Granüloza hücreli tümörlerde
- c) Seröz kistadenomalarda
- d) Dermoid tümörlerde
- e) Hilar hücreli tümörlerde

Cevap B (*Clinical Gynecologic Oncology*(Editörler; Philip J.DiSaia. William T. Creasman) Chapter 12: *Germ cell and other ovarion tumors*; s 367, 5. basım, Mosby, New York, 1997)

230. Vajen kanlanması hangi arterlerdendir?

- a) İnternel iliak
- b) Superior hemoroidal
- c) İnterior mezenterik
- d) Superior vezikal
- e) Femoral arter

Cevap A (*Comprehensive Gynecology*(Editörler; Daniel R. Mishell, Morton A. Stenchever, William Droegemueller, Arthur L. Herbst), *Basic Sciences*; s 54, 3. basım, Mosby, New York, 1997)

231. Beyaz kalın bir halka ile çevrelenmiş küçük santral koryonik plaklı plasenta şekli aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Battaledore plasenta
- b) Sirkumvallat plasenta
- c) Sirkummarjinat plasenta
- d) Sukkentril lob
- e) Çoğul gebelik plasenta

Cevap B (*William's Obstetrics*(Editörler; F Gary Cunningham Paul Mac Donald Norman F Gant) Chapter 31. *Diseases& abnormalites of the placenta and fetal membranes*. S 533,18.basım New York, 1987)

232. Elli altı yaşında, iki gün önce paravajinal suspansiyon ve Burch operasyonu uygulanan hasta mons pubisin sağında, sağ labia ve uyluğun sağ iç kısmında ağrıdan yakınmaktadır. Aşağıdaki nedenlerden hangisi bu ağrıyı açıklamaktadır?

- a) Siyatik sinir yaralanması
- b) Obtural sinir hasarı
- c) Femoral sinir harabiyeti

- d) İnguinal sinir hasarı
e) Pudendal sinir harabiyeti

Cevap D (*Comprehensive Gynecology*(Editörler; Daniel R. Mishell, Morton A. Stenchever, William Droegemueller, Arthur L. Herbst), Chapter 23: Postoperative Counseling&Management, s 752, 3. basım, Mosby, New York, 1997)

233. Doğum sonrası kanama tanımına hangisi uyar?

- a) Eylem başlangıcındaki hematokrit (Hct) ile doğum sonrası Hct arasında en az % 5 fark vardır.
b) Eylem başlangıcındaki Hct ile doğum sonrası Hct arasında en az % 10 fark vardır
c) Eylem başlangıcındaki Hct ile doğum sonrası Hct arasında en az % 12 fark vardır
d) Eylem başlangıcındaki Hct ile doğum sonrası Hct arasında en az % 15 fark vardır
e) Eylem başlangıcındaki Hct ile doğum sonrası Hct arasında en az % 20 fark vardır

Cevap B (*American College of Obstetricians and Gynecologists: Educational Technical Bulletin: number 243, January 1988 in Compendium of selected publications, s 694, 2001*)

234. Yenidoğan ölümlerine en sık yol açan neden nedir?

- a) Doğum yaralanması
b) Prematürile
c) Konjenital malformasyonlar
d) Metabolik hastalıklar
e) Doğum sonrası ateletaksi

Cevap B (*William's Obstetrics*(Editörler; F Gary Cunningham Paul Mac Donald Norman F Gant) Chapter 38. complications of pregnancy, s 742, 18. basım New York, 1987)

235. 27 saat önce suları gelen bir anne, 10 saat önce bir bebek doğurdu. Annenin eylem sırasında ateşi 38.5 dereceye yükseldi. Yenidoğanda solunum sıkıntısı, apne ve kan basıncında dalgalanmalar ortaya çıktı, aşağıdakilerden hangisi yenidoğandaki durumla ilgili olabilir?

- a) Group A Streptokok(*Streptococcus pyogenes*)
b) Group B Streptokok(*Streptococcus agalactica*)
c) Listeriosis
d) Herpese bağlı ensefalopati
e) Konjenital rubella

Cevap B (*William's Obstetrics*(Editörler; F Gary Cunningham Paul Mac Donald Norman F Gant) Chapter 33 complications of pregnancy, Diseases infections& injuries of the fetus& newborn infant s 561:18. basım, New York, 1987)

236. Majör fetal malformasyon (doğum defektleri) insidansı nedir?

- a) % 1'den az
b) % 3-5
c) % 10-15
d) % 25-30
e) % 40 üzeri

Cevap B (*William's Obstetrics*(Editörler; F Gary Cunningham Paul Mac Donald Norman F Gant) Chapter 32. Congenital malformations& inherited defects. s 561, 18. basım New York, 1987)

237. Doğumdan yaklaşık 2 gün sonra, görünürde sağlıklı bir erkek bebekte, kafa içi kanama bulguları ortaya çıkmıştır. Bebeğin vital bulguları normaldir, hematokrit ve beyaz küre sayımları normaldir, trombositler hafifçe düşüktür, kanama zamanı yaşı için normal, ancak protrombin zamanı uzamıştır, bebek kan grubu A Rh (-)'dir. Olan tanı nedir?

- a) Tanınmamış doğum travması
b) Sepsis
c) Eritoblastozis fetalis
d) Hemofili
e) Yenidoğanın hemorajik hastalığı

AÇIKLAMA: Yenidoğanın hemorajik hastalığı, K vitamini eksikliğine bağlı gelişen bir kanama bozukluğudur. Hastalık erken, klasik ve geç olmak üzere üç formda görülür. **Erken form** ilk 24 saatte görülen genellikle annenin warfarin, fenobarbital ve fenitoin gibi bazı antikonvulsan ilaçlar ve antitüberküloz ilaçlar kullanılmasına bağlı gelişir. Kafa içine kanamalar bu tipte siktir, bebeği ölüme götürebilecek kadar ciddi olabilir. **Klasik form** 2-7 günler arasında, plasental K vitamini geçişinin yetersizliğine, yalnız anne sütü ile beslenmeye ya da bağırsak florasının yetersizliğine bağlı gelişip, daha çok sindirim sistemi ve deride kanamalara yol açmaktadır. Yenidoğan döneminde yapılan sünnet sonrası gelişen kanamalar genelde bu tipte olmaktadır. **Geç form** ise 2-8. haftalarda ortaya çıkıp doğumda K vitamini uygulanmamasına ya da altta yatan karaciğer hastalığı, kistik fibrozis gibi hastalıklar sonucu K vitamini malabsorbsiyonuna bağlı olmaktadır. K vitamini eksikliğine bağlı parsiyel tromboplastin (PTT) ve özellikle de protrombin zamanı (PT) belirgin olarak uzamıştır. Kanama zamanı, trombosit sayımı, fibrinojen, faktör V ve VIII düzeyleri normaldir.

Cevap E (*William's Obstetrics*(Editörler; F Gary Cunningham Paul Mac Donald Norman F Gant) Chapter 32. Congenital malformations& inherited defects. s 611, 18. basım New York)

238. Yukarıdaki soruda yenidoğana uygulanması gereken tedavi nedir?

- a) Parantral vitamin K

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

- b) Trombosit transfüzyonu
- c) Exchange transfüzyonu
- d) Antibiotikler
- e) Antihemofilik globulin

AÇIKLAMA: Yenidoğanın hemorajik hastalığının tedavisinde ve hastalığın gelişmesini önlemede bebeğe doğumda K vitamini preparatının kas içine yapılması önemlidir.

Cevap A (*William's Obstetrics (Editörler; F Gary Cunningham Paul Mac Donald Norman F Gant) Chapter 32. Congenital malformations& inherited defects. s 611,18.basım New York*)

239.Perinatal ölüm oranı nedir?

- a) 500 gram ve üzerindeki ölü fetusların nüfusun 1000'ine oranıdır
- b) 1000 canlı doğumda fetal ölüm ve yenidoğan ölüm oranının toplamıdır
- c) 1000 canlı doğumda ve 1 yaş altında bebek ölümleridir
- d) 1000 gram ve üzerinde uterus içinde ölen fetusların 1000 doğuma oranıdır
- e) 36.gebelik haftasından sonra yaşamın ilk 3 ayı içerisinde fetus ve yenidoğan ölümleri toplamının nüfusun 1000'i başına olarak tanımlanmasıdır

Cevap B (*William's Obstetrics (Editörler; F Gary Cunningham Paul Mac Donald Norman F Gant) Chapter 1. Obstetrics in broad perspective, s 2, 18.basım New York, 1987*)

240.Kombine oral kontraseptiflerle karşılaşıldığında, yalnız progesterin içeren oral kontraseptiflerle ilgili hangisi doğrudur?

- a) Aynı derecede etkindir
- b) Daha sık düzensiz kanamaya yol açarlar
- c) Emziren annelerde kontrendikedir
- d) Ektopik gebeliği ve rahim içi gebeliği önlemede aynı derece etkindir
- e) LH düzeylerini inhibe etmeden kombine oral kontraseptiflerden daha etkindir

Cevap B (*William's Obstetrics(Editörler; F Gary Cunningham Paul Mac Donald Norman F Gant) Chapter 42. Family Planning, s 929, 18.basım New York*)

241.Pelvisin interspinöz çapı en az kaç cm'dir?

- a) 5 cm
- b) 8 cm
- c) 10 cm
- d) 11 cm
- e) 12 cm

Cevap C (*William's Obstetrics(Editörler; F Gary Cunningham Paul Mac Donald Norman F Gant) Chapter 8. The normal pelvis, s 166, 18.basım New York*)

242.Fetal başın en geniş çapı hangisidir?

- a) Oksipitofrontal
- b) Oksipitomental
- c) Suboksiputobregmatik
- d) Bitemporal
- e) Biparietal

Cevap B (*William's Obstetrics(Editörler; F Gary Cunningham Paul Mac Donald Norman F Gant) Chapter 8. The normal pelvis. s 166,18.basım New York*)

243.Verteks prezentasyonda, sagittal sutur transvers yada oblik, ancak simfize promotoryumdan daha yakın ise özel bir önem taşır, bu durumda hangisi söz konusudur?

- a) Posterior (arkaya) asinklitizm
- b) İç rotasyon
- c) Anterior(ön)asinklitizm
- d) Ekstansiyon
- e) Yerine geçme

Cevap A (*William's Obstetrics(Editörler; F Gary Cunningham Paul Mac Donald Norman F Gant) Chapter 11. Mechanism of normal labor in occiput presantation. s 229,18.basım New York, 1987*)

244.Yirmidört yaşında gravida 2, para 0, abortus: 1 olan bir kadın acilde vajinal kanama ve karın ağrısı nedeni ile değerlendirildi. Son adeti 10 hafta önce idi, öyküde iki yıl önce komplike olmamış bir abortus dışında bulgu saptanmadı. Abortusu provoke etmek için bir şey yapmadığını belirten hastanın fizik muayenesinde kan basıncı; 110/70, nabız 120/ dak. Ateş 38.5 karın hassas alt kadranslarda rebound haf,if derecede pozitif bulundu, vajende az miktarda kan vardı, serviks de kötü kokulu akıntı mevcuttu ve 2 cm açıklıkta saptandı. Uterus 8-10 haftalık cesamette ve adnekslerde kitle yoktu. Bu bilgiler ışığında tanınız nedir?

- a) Koryokarsinom
- b) Hidatiform mol
- c) Pelvik inflamatuvar hastalık
- d) Septik abortus
- e) Torsiyone olmuş over kisti

Cevap D (*William's Obstetrics(Editörler; F Gary Cunningham Paul Mac Donald Norman F Gant) Chapter 31. Diseases&abnormalites of the placenta*)

and fetal membranes. s 533,18.basım New York, 1987)

245. Pollaküri, sıkıştırma, piyuri ve disüri gibi yakınmaları olup idrar kültürü steril gelen bir kadında tanınız ne olur?
- E.Coli sistiti
 - Grup B Streptococcus sistiti
 - Chlamydia trachomatis üretriti
 - N.Gonorrhoeae üretriti
 - Candida

Cevap C (*Comprehensive Gynecology*(Editörler; Daniel R Mishell, Morton A. Stenchever, William Droegemuller, Arthur L. Herbst), Chapter 19: Urogynecology, s 579; 3.basım, Mosby, New York, 1997)

246. İlk trimestr düşüklerinde en sık görülen kromozomal anomali hangisidir?
- Triploidi
 - Otozomal Trizomi
 - Tetraploidi
 - Yapısal anomali
 - Kleinfelter

Cevap B (*William's Obstetrics*(Editörler; F Gary Cunningham Paul Mac Donald Norman F Gant) Chapter 29. Abortion, s 491,18.basım New York, 1987)

247. Sekonder seksüel gelişimi olmayan serviks mevcut bir hastada karyotip 46,XX'dir. Serum progesteronu 3 ng/ml'nin üzerinde, 17 α hidroksi progesteron 0.2 ng/ml'den düşük ve deoksikortikosteron 17 ng/ 100 ml'nin üzerindedir. Hastada hiponatremi ve hipokalemi mevcuttur. Bu hastaya hangi tedavi uygulanır?
- Östrojen
 - Östrojen ve Progesteron
 - Östrojen-Progesteron ve Kortikosteroidler
 - Diüretikler
 - Pituiter Cerrahi ve Gonadotropin replasmanı

Cevap C (*Comprehensive Gynecology*(Editörler; Daniel R Mishell, Morton A. Stenchever, William Droegemuller, Arthur L. Herbst), Chapter 19: Hyperandrogenism, s 1091; 3.basım, Mosby, New York, 1997)

248. Aşağıdakilerden hangisi plasentada ileri derecede büyüme yapar?
- N.Gonorrhoeae
 - Herpes
 - Şankroid
 - Chlamydia Trachomatis
 - Sfiliz

Cevap E (*William's Obstetrics*(Editörler; F Gary Cunningham Paul Mac Donald Norman F Gant) Chapter 59. Sexually transmitted diseases. s 1319,18.basım New York, 1987)

249. Plasental sülfataz eksikliği ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?
- Preterm eylemle ilişkilidir
 - X-linked resesif geçişlidir
 - Prekursor hormon fetal adrenallerde yapılır
 - Plasentada dehidroisoandrosteron sülfat biyolojik olarak zayıf androjendir
 - Östrojen konsantrasyonu düşüktür

Cevap A (*William's Obstetrics*(Editörler; F Gary Cunningham Paul Mac Donald Norman F Gant) Chapter 38. Preterm and postterm pregnancy and inappropriate fetal growth. s 759,18.basım New York, 1987)

250. Aşağıdaki psikotrop ilaçlarda hangisinin fetal kardiyak anomali özellikle de Ebstein anomalisi ile ilgisi vardır?
- Amitriptilin
 - İmipramin
 - Lityum
 - Klorpromazin
 - Seroksat

AÇIKLAMA: Lityumun gebelikte kullanımının triküspid kapağın 'Ebstein' anomalisine neden olduğu bilinmektedir.

Cevap C (*William's Obstetrics*(Editörler; F Gary Cunningham Paul Mac Donald Norman F Gant) Chapter 32. Congenital malformations&inherited defects. s 568,18.basım New York, 1987)

251. Potter's sendromunda bulunmayan fetal deformiteyi belirtiniz
- Büyük düşük kulaklar
 - Belirgin epikantus katlantıları
 - Yarı damak
 - Pulmoner hipoplazi
 - Gaga burun

Cevap C (*William's Obstetrics*(Editörler; F Gary Cunningham Paul Mac Donald Norman F Gant) Chapter 32. Congenital malformations&inherited defects. s 577,18.basım New York, 1987)

252. Acil konsepsiyon için oral kontraseptifler koitus sonrası ne kadar süre içinde alınmalıdır?
- 72 saat
 - 96 saat
 - 144 saat
 - 120 saat
 - İlk 5 gün

AÇIKLAMA: Acil Kontrasepsiyon Yöntemleri

a. Hormonal acil kontrasepsiyon

- Yüksek doz östrojen kullanımı, 50 mg Etilnil östradiol, günde iki kez, 5 gün 10 mg konjuge östrojenler, günde iki kez, 5 gün.

- Östrojen+progesteron kullanımı, ilk 72 saatte 50 mg östrojen içeren KOK'lerden 2 ya da 30 mg östrojen içerenlerden dört adet hap alınır ve aynı doz 12 saat sonra yinelenir.

- Yalnızca progesteron kullanımı, ilk 72 saate, 750 mg levonorgestrol 12 saat arayla alınır.

b. Postkoital RIA uygulaması

c. Mifepriston (RU 486), ilk 72 saatte tek doz 600 mg verilir.

Cevap A (*William's Obstetrics (Editörler; F Gary Cunningham Paul Mac Donald Norman F Gant) Chapter 42. Family Planning. s 929, 18.basım New York*)

253. Plasenta akreata olgularında hangi tabaka yok veya defektifdir?

- a) Decidua basalis
- b) Nitabuch's tabakası
- c) Rohr's stria
- d) Decidual stromal hücreler
- e) K hücreler

Cevap B (*William's Obstetrics (Editörler; F Gary Cunningham Paul Mac Donald Norman F Gant) Chapter 4. The placenta and fetal membranes. s 55, 18.basım New York*)

254. Gebelikte antihipertansif tedavisinin başlanması gereğinin diastolik kan basıncı sınır nedir?

- a) 105-110 mm Hg
- b) 90 mmHg
- c) 95 mmHg
- d) 120 mmHg
- e) >120mmHg

AÇIKLAMA: Gebelikte kan basıncında gebelik öncesine veya 1. trimestreye göre sistolik 25 mmHg veya daha fazla yükselme ve/veya diastolik 15 mmHg veya daha fazla yükselme olması gebelik hipertansiyonu tanısının konmasını sağlar.

Cevap A (*William's Obstetrics (Editörler; F Gary Cunningham Paul Mac Donald Norman F Gant) Chapter 35. Hypertensive disorders of pregnancy. s 683, 18.basım New York*)

255. Anovulatuvar disfonksiyonun en sık nedeni hangisidir?

- a) Hipogonadotropik hipogonadizm
- b) Hiperprolaktinemi
- c) Premature ovarian yetmezlik
- d) PCOS

e) Hipotiroidi

Cevap D (*Comprehensive Gynecology (Editörler; Daniel R Mishell, Morton A. Stenchever, William Droegemuller, Arthur L. Herbst), Chapter 23: Postoperative Counseling & management, s 752) Chapter 39: hyperandrogenism. S 1091; 3.basım, Mosby, New York, 1997*)

256. Ektopik gebeliklerle ilgili aşağıda verilen bilgilerden hangisi yanlıştır ?

- a) Seri beta-hCG ölçümleri, ultrasonografi ve dilatasyon ve küretaj (D&C) ektopik gebeliğin erken tanısında önemli metodlardır.
- b) Konservatif cerrahi tedavi ve medikal tedavi; başarı yüzdeleri ve fertilitenin korunması açısından birbirlerine eşittir.
- c) Tek doz metotratsat en az çoklu metotratsat rejimi kadar etkili ve maliyeti düşük bir yöntemdir.
- d) Salpenjektomiyi takiben profilaktik postoperatif sistemik metotratsat tedavisi persistans gösteren ektopik gebeliklerin tedavisinde önerilen bir yöntemdir.
- e) İn vitro fertilizasyon (IVF) öncesi salpenjektomi ektopik gebelik riskini azaltırken, daha önce tubal hasar nedeni ile IVF yapılan hastalarda bu risk artmaktadır.

Cevap C (*Scott JR: Danforth's Obstetrics and Gynecology, 9. baskı, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 2003, s. 101*)

257. Otuz yedi yaşında G₅P₅Y₅, 4200 g normal vajinal yol ile 4 saat önce ebe yardımı ile evde doğum yapan hasta vajinal kanama nedeni ile acil servise getiriliyor. Hikayesinde takipsiz bir gebe olduğu öğreniliyor. Fizik muayenede soluk görünümde olduğu izleniyor. Sistolik kan basıncı 90 mmHg, nabız ise 120/dakika ve filiform olarak ölçülüyor. Hemen damar yolu açılan tam kan sayımı ve kan istemi için kros kanı alınan ve destek tedavisi başlanan hastaya bundan sonra yapılması gereken ilk müdahale hangisidir ?

- a) Plasenta retansiyonu açısından elle kavite kontrolü
- b) Oksitosin 10 ünite IV puşe + 20 ünite/L litre dengeli tuz solusyonu içerisinde devamlı infüzyon, ardından metilergonovin 0,2 mg IM
- c) Uterin rüptür açısından ultrasonografi
- d) Hipogastrik/uterin arter ligasyonu
- e) Histerektomi

AÇIKLAMA: Uterus Atonisi: Uterusun kontrakte olamaması, postpartum kanamaların %75-80'ine neden olmaktadır.

Etiyoloji:

-Çoklu gebeliğe sekonder olarak rahmin çok genişlemiş olması, fetal makrozami veya polihidramniyoz,

-Birden fazla gebelik (parite>5)

-Doğumu başlatmak veya hızlandırmak için uzun süre oksitosin verilmesi

-Preeklampsi için magnezyum sülfat verilmesi

-Uterus enfeksiyonu

Tedavi:

-Riskli hastaları saptamak

-Yeterli IV sıvı vermek

-Uterusta plasenta retansiyonu için elle muayene etmek

-Medikasyonlar (sıralamaya göre kullanılır)

1-Oksitosin

2-Metilergonovin

3-15-metil prostoglandin F2α

-Eğer yukarıdakiler işe yaramamışsa uterus yırtılması veya anormal plasenta yerleşimi açısından değerlendirilmeli

-Son çare; cerrahi müdahale

Cevap B (*Bourgeois C: Obstetrics and Gynecology Recall, 1. baskı, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 2002, s. 68*)

258.Serviksin premalign lezyonları ile ilgili aşağıda verilenlerden hangisi yanlıştır?

a) ASC-US (önemi belirlenemeyen atipik skuamöz hücreler) şeklinde belirtilen sitolojiye sahip hasta; direkt kolposkopi, seri sitolojik örnekleme veya HPV (Human Papilloma Virus) tiplendirmesi yöntemlerinden herhangi biri ile takip edilebilir.

b) LGSIL (düşük dereceli skuamöz intra epitelial lezyon) sitolojisi, histolojik olarak CIN I'e (servikal intraepitelial neoplazi I) karşılık gelir.

c) Seksüel olarak aktif her yaştaki veya 25 yaşından büyük tüm kadınlar pelvik ve sitolojik izleme alınmalıdır.

d) Serviks kanserine yol açan risk faktörleri CIN'lerin gelişiminde de rol oynar.

e) CIN I, % 60 oranda normal histolojiye dönerken, CIN III'ün % 22 oranında invazif kansere dönüşme riski mevcuttur.

Cevap C (*Decherney A : Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment 9. baskı, Philadelphia, Mc Graw Hill 2003, s. 895*)

259.Çeşitli ilaçlar ve teratojenik ilişkileri ile ilgili doğru şıkkı işaretleyiniz.

a) Karbamazepin ⇒ artmış hiperbilirubinemi riski

b) Fenitoin ⇒ yarık damak ve yarık dudak riskinde artış

c) Asetaminofen ⇒ yenidoğanda yavaşlamış trombosit aggregasyonu

d) Medroksiprogesteron ⇒ fetal duktusun erken kapanması

e) Enoksaparin ⇒ intrauterin gelişme geriliği

AÇIKLAMA: Karbamazepin: Büyüme ve gelişme geriliği, minör kraniyofasiyal anomaliler, ilk 3 ayda nöral tüp defektleri

Fenitoin: Yenidoğanların %10'unda yarık damak ve dudak, kalp hastalığı ve mikrosefaki bulunabilir.

Asetaminofen: Antipiretik ve analjezik olarak kullanıldığında herhangi bir teratojenik etkisi görülmemiştir.

Medroksiprogesteron: Herhangi teratojenik etkisi görülmemiştir.

Enoksaparin: Büyük moleküllü olduğundan plasentayı geçmez. Güvenli bir ilaç olduğu görünmektedir.

Cevap B (*Bourgeois C: Obstetrics and Gynecology Recall, 1. baskı, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 2002, s. 176*)

260.Otuziki yaşında, 45 günü aşkın aralıklarla, seyrek düzensiz kanaması olan hastadaki anormal kanama paterni aşağıdakilerden hangisidir?

a) Oligomenore

b) Polimenore

c) Menoraji

d) Menometroraji

e) Hipomenore

AÇIKLAMA: Amenore: 3 ya da daha fazla adet dönemi için gereken sürede hiç adet görmemek

Oligomenore: 35 günden daha seyrek olan kanamalar

Polimenore: 21 günden daha sık olan kanamalar

Hipomenore: Adet kanamasının miktarının az olması

Hipermenore: Adet kanamasının miktarının fazla olması

Menoraji: Adet kanamasının süresinin uzaması

Metroraji: Ara kanamaların olması

Menometroraji: Düzensiz aralıklarla fazla miktarda kanama olması

Ovülasyon kanaması: Siklus ortasında görülen hafif kanama

Cevap A (*Bourgeois C: Obstetrics and Gynecology Recall, 1. baskı, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 2002, s. 324*)

261.Infertilite ile ilgili aşağıda verilenlerden hangisi yanlıştır?

a) İnfertil çiftin değerlendirilmesinde semen analizi, ovülasyon varlığının değerlendirilmesi

ve histerosalpingografi ile uterin tubal değerlendirme 1. basamak girişimlerdir.

- b) Ovulasyonun varlığının değerlendirilmesi için bazal vücut sıcaklığı ölçümü, LH (luteinize edici hormon) kitleri veya luteal progesteron ölçüm yöntemi kullanılabilir
- c) Polikistik over sendromu olan kadınlarda klomifene ek olarak 0,5 mg deksametazon sadece androjen seviyeleri de yüksek olanlarda gebelik şansını artırabilir
- d) Over rezervinin değerlendirilmesinde kullanılan klomifen challenge testi 3. gün FSH (folikül stimule edici hormon) ölçümü, 5-9. günler arası 75 mg. klomifen sitrat kullanımı, ardından 10. gün FSH ölçümü şeklinde yapılır.
- e) Açıklanamayan infertilitesi olan çiftler, klomifen sitrat/intrauterin inseminasyon, enjekte edilen gonadotropinler/intrauterin inseminasyon veya IVF yöntemleri ile tedavi edilebilirler.

Cevap D (Scott JR: Danforth's Obstetrics and Gynecology, 9. baskı, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 2003, s. 695)

262. Otuzüç yaşında G₁P₀Y₀ olan ve preeklampsi nedeni ile hospitalize edilmiş medikal durumu stabil annenin 35 hafta 4 günlük olan fetüsüne, değerlendirme amacı ile biyofizik profili yapılıyor. Gözlemlerde 40 dakikalık Nonstress Test (NST) sırasında 1 kez akselerasyon olduğu, 30 dakikalık ultrasonografi takibinde ise 45 saniye süren 2 nefes alma süreci olduğu, 4 kez ekstremite hareketi olduğu ve bu hareketlerden ikisinin fleksiyondan ekstansiyona geçiş hareketi olduğu ayrıca en geniş vertikal cebin 26 mm olduğu rapor ediliyor. Fizik muayenede Bishop skoru 3 olan annenin bebeğine yapılması gerekli girişim hangisidir?

- a) Amniyoinfüzyon
- b) Misoprostol ve ya oksitosin ile doğum indüksiyonu
- c) Kortikosteroid verilmesi ve NST tekrarı
- d) 24 saat içinde biyofizik profilinin tekrarı
- e) Sezeryan ile doğum

Cevap D (Cunningham FG: Williams Obstetrics, 21. baskı Philadelphia, Mc Graw Hill 2001, s. 1104)

263. Hangisi internal iliak arterin (hipogastrik arter) bir dalı değildir?

- a) Uterin arter
- b) Vajinal arter
- c) İnternal pudental arter
- d) İnfior vezikal arter
- e) Middle gluteal arter

AÇIKLAMA: İnternal iliak (hipogastrik) arterin dalları:

Anterior (visseral):

- Uterin
- Superior vezikal
- Orta vezikal
- İnfior vezikal
- *Orta hemoroidal
- İnfior hemoroidal
- Vajinal

Anterior (pariyetal):

- Obturator
- İnfior gluteal
- İnternal pudental

Posterior:

- İliolomber
- Lateral sakral
- Superior gluteal

Cevap E (Bourgeois C: Obstetrics and Gynecology Recall, 1. baskı, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 2002, s. 28)

264. Altmışdokuz yaşında 1.5 yıldır lekelenme tarzında vajinal kanaması olan hastanın pelvik muayenesi doğal özgeçmişinde diyete ile regüle diyabeti dışında özellik yoktur. İstenen endometriyal örnekleme sonunda Endometriyal adenokarsinom grade 2 olduğu saptanmıştır. Cerrahi girişim sırasında pozitif sitoloji ve pelvik paraaortik lenf nodlarında malignansi izlenen hastanın FIGO sistemine göre evresi hangisinde doğru olarak verilmiştir?

- a) Evre II B
- b) Evre III A
- c) Evre III B
- d) Evre III C
- e) Evre IV A

Cevap C (Scott JR: Danforth's Obstetrics and Gynecology, 9. baskı, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 2003, s. 954)

265. Emziren kadınlarda en uygun ve en erken başlanabilecek kontrasepsiyon metodu hangisidir?

- a) Sadece progesterin içeren oral kontraseptifler
- b) Depo medroksiprogesteron asetat
- c) Hormonal implantlar
- d) Kombine oral kontraseptifler
- e) Rahim içi araçlar

AÇIKLAMA: Emzirenler, doğumu sonrası hemen mini hapa başlayabilirler. Postpartum amenoreisi olan kadına ikinci aydan sonra mini hap başlanacaksa gebelik ekarte edilmelidir.

Olumlu Yönleri:

- Östrojen içermedikleri, **progestin** miktarı da çok düşük olduğu için endikasyonları daha geniştir.
- Emzirenler için uygundur, anne sütünün miktarını azaltmaz, niteliğini değiştirmez.
- İleri yaş grup kadınlara da çok uygundur.
- Kombine OK'lara göre yan etkileri daha azdır.
- Adet miktarını azaltır.
- Metabolik etkileri azdır.
- Cinsel ilişkinin zamanından-bağımsız yöntemlerdir.

Olumsuz Yönleri:

- Emzirme dışındaki koruyuculuğu daha azdır.
- Ara kanaması, lekelenme, amenore ve adet düzensizliği daha sıklıkla görülür.
- Mini hap alınması geciktirilirse veya unutulursa gebelik olasılığı artar.
- Dış gebelik (enderdir)

Kullanım Endikasyonları:

- Emzirenler
- Östrojen'in yan etkisi nedeni ile hap kullanamayanlar.
- İleri yaş kadınlar

Kullanım kontrendikasyonları:

- Fonksiyonel over kisti tanısı olanlar
- Ektopik gebelik öyküsü olanlar
- Gebelik
- Aktif karaciğer hastalığı
- Tanı konulmamış vajinal kanama
- Meme kanseri tanısı olan kadınlar, mini hap kullanmamalıdır.

Cevap A (Scott JR: Danforth's Obstetrics and Gynecology, 9. baskı, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 2003, s. 954)

266.Aşağıdaki uterin sarkomlarından hangisinin görülme sıklığı en fazladır?

- Leiomyosarkom
- Endometrial stromal sarkom
- Malign mikst mezodermal tümör
- Embriyonal rabdomyosarkom
- Fibrosarkom

AÇIKLAMA: Malign mikst mezodermal tümörler bütün uterin sarkomların %50, tüm uterin tümörlerin ise %3-6'sını oluştururlar. Bu insidansları nedeniyle uterusun en sık görülen sarkomları olmaktadır.

Cevap C (DeCherney AH, Nathan L, Current Obstetric&Gynecologic Diagnosis&Treatment, 9th ed, 2003, s.928)

267.Aşağıdakilerden hangisi GnRH bağımsız puberte prekoks nedeni değildir?

- Endojen östrojen
- Hipotalamus-hipofiz aksının prematür aktivasyonu
- McCune-Albright Sendromu
- Psödopuberte prekoks
- Prematür telarş

AÇIKLAMA: GnRH bağımsız puberte prekoks nedenleri; endojen östrojenler, eksojen östrojenler, McCune-Albright Sendromu, psödopuberte prekoks, prematür telarş, prematür pubarş ve prematür menarş olup hipotalamus-hipofiz aksının prematür aktivasyonu GnRH bağımlı puberte prekoks nedenidir.

Cevap B (DeCherney AH, Nathan L, Current Obstetric&Gynecologic Diagnosis&Treatment, 9th ed, 2003, s.614)

268.Servikal kanser tanılı bir olgunun yapılan evreleme çalışmasında tümörün üst vajeni tuttuğu ancak parametrial yayılımın olmadığı tesbit edilmektedir. Olgunun evresi FIGO evrelemesine göre aşağıdakilerden hangisidir?

- Evre IA₁
- Evre IA₂
- Evre IB₁
- Evre IB₂
- Evre IIA

AÇIKLAMA: Tanımlanan klinik değerlendirme FIGO Evre IIA'dır.

Cevap E (DeCherney AH, Nathan L, Current Obstetric&Gynecologic Diagnosis&Treatment, 9th ed, 2003, s.907)

269.Bir siklusta multipl LH surge'leri izleniyor ancak FSH seviyelerinde belirgin değişiklikler gözlenmiyor ise aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- Normal bir siklusda gözlenen değişikliklerdir.
- Yüksek doz kombine tip oral kontraseptif kullanılmaktadır.
- Ardışık oral kontraseptif kullanılmaktadır.
- Sadece progesteron içeren hap kullanılmaktadır.
- Düşük doz kombine tip oral kontraseptif kullanılmaktadır.

AÇIKLAMA: Sadece progesteron içeren hap (minipill) kullanımında; siklusta multipl LH surge'leri izlenir ancak FSH seviyelerinde belirgin değişiklikler

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

gözlenmez. Kombine tip oral kontraseptif kullanımında LH ve FSH seviyelerinde hiç artış yoktur. Ardışık oral kontraseptif kullanımında düzensiz LH sekresyonları vardır. Normal siklusta ise FSH iki pikli, LH ise tek pikli bir yükselme gösterir.

Cevap D (DeCherney AH, Nathan L, Current Obstetric&Gynecologic Diagnosis&Treatment, 9th ed, 2003, s.635)

270.Plasenta dekolmanına ikincil olarak gelişen defibrinasyon sendromu tedavisinde aşağıdakilerden hangisinin yeri yoktur?

- a) Taze tam kan
- b) Kriyopresipitat
- c) Fibrinojen
- d) Fibrinolizin
- e) Trombosit

AÇIKLAMA: Fibrinoliziner örneğin aminokaproik asid'in bu tedavide yeri yoktur.

Cevap D (DeCherney AH, Nathan L, Current Obstetric&Gynecologic Diagnosis&Treatment, 9th ed, 2003, s.361)

271.Aşağıdakilerden hangisi dizigotik ikizlik insidansını arttırmaz?

- a) Parite
- b) Maternal yaş
- c) Irk
- d) Klomifen sitrat gebeliği
- e) Annenin dizigotik ikiz eşi olması

AÇIKLAMA: Parite dizigotik ikizlik insidansını etkilemez.

Cevap A (DeCherney AH, Nathan L, Current Obstetric&Gynecologic Diagnosis&Treatment, 9th ed, 2003, s.316)

272.Gebelikte akut bağırsak tıkanmasının en sık nedeni hangisidir?

- a) Volvulus
- b) Adezyon
- c) Herni
- d) Neoplazm
- e) Safra taşı

AÇIKLAMA: Adezyon gebelikte akut bağırsak tıkanmasının en sık nedenidir. Volvulus ikinci sırada gelmektedir.

Cevap B (DeCherney AH, Nathan L, Current Obstetric&Gynecologic Diagnosis&Treatment, 9th ed, 2003, s.458)

273.Erken gebelikte en sık görülen adneksiyal kitle aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Benign kistik teratom
- b) Seröz kistadenom
- c) Korpus luteum kisti
- d) Musinöz kistadenom
- e) Disgerminom

AÇIKLAMA: Erken gebelikte en sık görülen adneksiyal kitle korpus luteum kistidir. Gebelik boyunca ise benign kistik teratom en sık görülen adneksiyal kitledir.

Cevap C (DeCherney AH, Nathan L, Current Obstetric&Gynecologic Diagnosis&Treatment, 9th ed, 2003, s.459)

274.Gebelikte laparotomiye en sık gerek duyulan ekstrauterin komplikasyon aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Kolelityazis
- b) Kolesistit
- c) Akut apandisit
- d) Peptik ülser rüptürü
- e) Akut pankreatit

AÇIKLAMA: Gebelikte apandisit insidansı 1.4/1000 olup özellikle tanıda gecikme nedeniyle rüptürü gebelik dışı döneme göre 2-3 kat daha fazladır. **Bu nedenle de en fazla laparotomiye gerek duyulan ekstrauterin komplikasyon akut apandisitir.**

Cevap C (DeCherney AH, Nathan L, Current Obstetric&Gynecologic Diagnosis&Treatment, 9th ed, 2003, s.454)

275.Aşağıdakilerden hangisi endometriozisin medikal tedavisinde kullanılan ajanlardan değildir?

- a) Oral kontraseptifler
- b) Progesterinler
- c) GnRH agonistleri
- d) Androjenler
- e) Gestrinon

AÇIKLAMA: Östrojenin endometriozisin büyümesini stimüle ettiği bilindiğinden östrojen sentezini suprese etmek için hormonal tedavi düzenlenmiştir. Böylece ektopik endometrial implantların atrofişi indüklenirken, stimülasyon ve kanama siklusu önlenir. Bu amaçla oral kontraseptifler, progesterinler, gestrinone, danazol ve GnRH agonistleri kullanılabilir. Dietilstil bestrol, metil testosteron veya diğer androjenler etki azlığı, belirgin yan etkiler ve tedavi sırasında gebelik olursa fetus üzerine olan risk nedeniyle artık önerilmemektedir.

Cevap D (Jonathan S, Berek, Novak's Gynecology, 12th ed, Baltimore, Mass Publishing, 1996, s.901)

276. İnsülin rezistansı olan kadınlarda hiperandrojenizm ve akantozis nigrikans'tan oluşan sendrom hangisidir?

- Forbes Albright sendromu
- Hair-AN sendromu
- Chiari-Frommel sendromu
- Ahumado del Castillo sendromu
- Lynch II sendromu

AÇIKLAMA: Akantozis nigrikans'ın hirsutizmli kadınlarda insülin rezistansının bir işaretleyicisi olduğuna inanılmaktadır. Bu kalınlaşmış, pigmentli, kadifemsi cilt lezyonu çoğu kez vulvada görülür ve aksillada, ensede, göğüslerin altında ve uyluğun iç kısımlarında da bulunabilir.

Ağır insülin rezistansı olan kadınlarda bazen hiperandrojenizm, insülin rezistansı ve acanthosis nigricans'tan oluşan **hair-AN sendromu** gelişebilir.

Bu hastalarda genellikle yüksek testosteron seviyeleri (>1.5 ng/ml), 25 µg/ml (normali <20 µg/ml)'den daha yüksek açlık insülin seviyeleri vardır ve glikoz yüklemesine maksimal serum insülin cevabı 300 mg/ml'yi (normali <150 µg/ml) geçer.

Cevap B (*Jonathan S. Berek, Novak's Gynecology, 12th ed, Baltimore, Mass Publishing, 1996, s.839*)

277. Aşağıdakilerden hangisi Krukenberg tümörü için yanlıştır?

- Müsin ile dolu taşlı yüzük hücreleri içerirler.
- Primer tümör en sık midede yerleşir.
- Nadiren serviks ya da mesane primer odak olabilir.
- Over tümörlerinin %2'sini oluşturur.
- Sıklıkla unilateral görülürler.

AÇIKLAMA: Over tümörlerinin %5-6'sı diğer organlardan metastaz yapan tümörler olup en sık kadın genital traktından, memeden ve gastrointestinal traktüsten kaynaklanır. Krukenberg tümörü overlerin metastatik kanserlerinin %30-40'ını oluşturur. Ovaryan stromada gelişir, müsin ile dolu **taşlı yüzük hücreleri** içerir. **Primer tümör en sık midede, daha az olarak kolon, meme ve bilier traktüse yerleşir.** Nadiren serviks ya da mesane primer alan olabilir. Krukenberg tümörleri over tümörlerinin %2'sini oluşturur. Sıklıkla **bilateral** görülürler. Primer lezyon ilerlemeden önce lezyonlar nadiren saptanırlar ve hastaların çoğu 1 yıl içerisinde ölür. Bazı vakalarda primer tümörün nereden kaynaklandığının saptanması mümkün olmaz.

Cevap E (*Jonathan S. Berek, Novak's Gynecology, 12th ed, Baltimore, Mass Publishing, 1996, s.1212*)

278. Aşağıdakilerden hangisi ovarian gebelik tanısı için kullanılan Spiegelberg kriterlerinden değildir?

- Fetal sac overin pozisyonunu tutmalıdır.
- Etkilenen taraftaki fallop tüpü intakt olmalıdır.
- Over uterusu ovarian ligament ile bağlanmış olmalıdır.
- İnfundibulopelvik ligament tutulmuş olmalıdır.
- Ovarian doku kese duvarında lokalize olmalıdır.

AÇIKLAMA: Ovarian gebelik tüm ektopik gebeliklerin %0.5-1'ini oluşturur ve nontubal ektopik gebeliklerin en sık görülen tipidir. Tanısal kriterler 1878 yılında Spiegelberg tarafından tanımlanmıştır. Tubal gebelikten farklı olarak ovarian oluşması ile ilgili tek risk faktörü rahim içi araç kullanımınıdır.

Ovarian gebelik tanı kriterleri (Spiegelberg)

- Etkilenen taraftaki fallop tüpü intakt olmalıdır.
- Fetal sac overin pozisyonunu tutmalıdır.
- Over uterusu ovarian ligament ile bağlanmış olmalıdır.
- Ovarian doku kese duvarında lokalize olmalıdır.

Cevap D (*Jonathan S. Berek, Novak's Gynecology, 12th ed, Baltimore, Mass Publishing, 1996, s.512*)

279. Gebelikte diyabetin white klasifikasyonuna göre vitreus hemorajisi veya proliferatif retinopati gelişen olgular hangi klasifikasyonda yer alırlar?

- Class A
- Class B
- Class R
- Class F
- Class H

AÇIKLAMA: Gebelikte diyabetin white klasifikasyonu

Gestasyonel diyabet	OGTT anormaldir fakat sadece diyetle öglisemi sağlanır veya diyet yetersiz olup insülin gerekir.
Klas A	Sadece diyet yeterli, hastalık süresi veya başlangıç yaşı değişken
Klas B	Başlangıç yaşı 20 ve süre 10 yıl
Klas C	Başlangıç yaşı 10-19 veya süre 10-19 yıl
Klas D	Başlangıç yaşı 10 veya süre 20 veya hipertansiyon (preeklampsi yok) veya background retinopati
Klas R	Proliferatif retinopati veya vitreus hemorajisi
Klas F	Nefropati (proteinüri 500 mg/gün)
Klas RF	Klas R ve F kriterleri birlikte.
Klas H	Klinik olarak arteriosklerotik kalp hastalığı
Klas T	Renal transplantasyon öncesi

Cevap C (*Alan H. Decherney: Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment, 9th ed, USA, Mc Graw-Hill Companies, s.329*)

280. Puerperal septik pelvik tromboflebit en sık hangi veni tutar?

- a) Hipogastrik ven
- b) Vaginal ven
- c) Common iliac ven
- d) Ovaryan ven
- e) Uterin ven

AÇIKLAMA: Septik pelvik tromboflebit normal vaginal doğumun nadir bir komplikasyonudur. Postpartum endometritin major bir komplikasyonu olup, infeksiyonun venöz yol ile yayılması esasına dayanır. Plasental bölgenin bakteriyel enfeksiyonu myometrial venlerde tromboza ve anaerobik bakteriyel proliferasyona yol açabilir. Bunu takiben sıklıkla plasental bölgeyi drene eden ovaryan venler tutulur. Sıklıkla unilateraldir ve sağ taraf daha fazla tutulur. Sol ovaryan venin septik flebiti ise renal vene doğru ilerler.

Cevap E (Alan H. DeCherney: *Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment, 9th ed, Mc Graw Hill Companies, 2003, s.418*)

281. Endometriumun morfolojik özelliklerinden hangisi yanlıştır?

- a) Üst 2/3 kısım fonksiyonel tabakadır.
- b) Alt 1/3 kısım bazal tabakadır.
- c) Proliferasyon ve sekresyon bazal tabakada gelişir.
- d) Bazal tabaka menstruasyonda kaybolan fonksiyonel tabakanın yenilenmesini sağlar.
- e) Blastokist implantasyonu fonksiyonel tabakada olur.

Cevap C (Speroff L, Glass RH, Kase NG. *Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite. 5.baskı, İstanbul, 1996, s.111*)

282. Menstruel endometriumla ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- a) Endometriumdaki doku kaybı ne kadar hızlı ise kanama süresi de o kadar kısa olur
- b) Menstruasyonda endometriumdaki bezler yırtılır, damar ve stromada parçalanma olur
- c) Bazal tabakada estrogen reseptörleri yoktur
- d) Siklusun 5.-6. gününe kadar endometrial kavite reepitelize olur
- e) Endometriumdaki onarımı proliferasyon izler

Cevap C (Speroff L, Glass RH, Kase NG. *Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite. 5.baskı, İstanbul, 1996, s.113*)

283. Desidua için hangisi yanlıştır?

- a) Desidua gebelik için özelleşmiş endometriumdur
- b) Desidua hücreleri estrogen hormon etkisi ile endometriumun stroma hücrelerinden gelişir
- c) Desiduadan prolaktin salgılanır
- d) Desiduadan relaksin salgılanır
- e) Desiduadan fibroblast büyüme faktörü salgılanır

Cevap B (Speroff L, Glass RH, Kase NG. *Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite. 5.baskı, İstanbul, 1996, s.127*)

284. Aşağıdakilerden hangisi Mayer-Rokitansky-Kustner sendromu için doğru değildir?

- a) Vagina normaldir.
- b) Uterus yoktur.
- c) Tuba uterinalar gelişmemiştir.
- d) İnfertildir.
- e) Primer amenore vardır.

AÇIKLAMA: Mayer-Rokitansky-Kustner sendromu'nda müller yapılarının konjenital olarak yokluğu söz konusudur. Bu hastalarda idrar yolları anomali insidansı yüksektir. Vakaların çoğunda vagina fonksiyonsuz olacak kadar kısadır.

Cevap A (Speroff L, Glass RH, Kase NG. *Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite. 5.baskı, İstanbul, 1996, s.419*)

285. Aşağıdakilerden hangisi myoma uteri için doğru değildir?

- a) Leiomyomlarda çok sayıda östrojen reseptörü bulunur.
- b) Leiomyomlarda luteal fazda mitotik aktivite artar.
- c) Progesteron antagonistleri myomlarda küçülme sağlar.
- d) GnRH analogları ile myom hacminde geçici olarak küçülme sağlanabilir.
- e) Myomlar menopozdan sonra da büyümeye devam ederler.

AÇIKLAMA: Menopozda miyom atrofiye gider, gebelikte büyür. Ayrıca miyomlarda sıklıkla anovulasyon, endometriyal polipler, endometriyal hiperplaziler gibi hiperestrogenik durumlar da bulunur.

Cevap E (Speroff L, Glass RH, Kase NG. *Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite. 5.baskı, İstanbul, 1996, s.131*)

286. Aşağıdakilerden hangisi prostaglandinler için yanlıştır?

- Prostaglandinler luteal regresyonda etkilidir.
- Prostaglandinler ile uterusun kontraksiyonları arasında bağlantı yoktur.
- Prostaglandinler doğumdan sonra uterusu kontraksiyona sokmak için kullanılabilir.
- Prostaglandinler servikal olgunlaşmada etkilidir.
- Prostaglandin inhibitörü indometazin erken doğumun durdurulmasında da etkilidir.

AÇIKLAMA: Prostaglandinler direkt olarak miyometriyuma etki ederek ve oksitosin salgılatılarak yaptığı etki ile kasılmalara sebep olurlar.

Cevap B (Speroff L, Glass RH, Kase NG. Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite. 5.baskı, İstanbul, 1996, s.301)

287. Aşağıdakilerden hangisinde dişi psödohermafroditizm (parsiyel virilizasyon) görülmez?

- Turner sendromu
- 21 hidroksilaz eksikliği
- Plasental aromataz eksikliği
- 11 β hidroksilaz eksikliği
- 3 β hidroksisteroid dehidrogenaz eksikliği

AÇIKLAMA: Hermafroditizm tablosunda hem over hem de testis kişide aynı anda mevcutsa **gerçek hermafroditizm**, bunlardan biri mevcutsa **yalancı hermafroditizm** adı verilir. Yalancı hermafroditizm (psödohermafroditizm) gonadların yapısına göre iki sınıfta toplanır. Gonadlar over, dış genital sistem erkek genital sistemi şeklinde ise dişi, gonadlar testis, dış genital sistem kadın genital sistemi şeklinde ise erkek psödohermafroditizmi ifadeleri kullanılır. **Dişi psödohermafroditizmi bir parsiyel virilizasyon tablosu olup en sık konjenital adrenal hiperplazi, nadiren de adrenal dişi androjenizasyon yapan sebeplere bağlı olarak gelişir.** Bunlarda kromozomal yapı 46, XX şeklindedir ve maskülinize dişi görünümüleri vardır. Erkek psödohermafroditizminde kromozomal yapı 46, XY şeklindedir. Gerçek hermafroditizmde ise hem over hem de testis dokusu mevcuttur, iç yapılar komşu gonadla uyumludur.

Cevap A (Speroff L, Glass RH, Kase NG. Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite. 5.baskı, İstanbul, 1996, s.329)

288. Aşağıdaki hormon değerlerine sahip hangi kadının çocuk sahibi olma olasılığı en azdır?

- FSH 5 IU/L LH 8 IU/L
- FSH 12 IU/L LH 18 IU/L
- FSH 30 IU/L LH 12 IU/L
- FSH 4 IU/L LH 15 IU/L

e) FSH 7 IU/L LH 10 IU/L

Cevap C (Speroff L, Glass RH, Kase NG. Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite. 5.baskı, İstanbul, 1996, s.409)

289. Prematür over yetmezliği için hangisi doğrudur?

- Sekonder amenore vardır.
- Gonadotropin seviyeleri normaldir.
- Folikül gelişimleri normal seyredir.
- Fertilite normaldir.
- Progesteron çekilme kanaması pozitiftir.

Cevap A (Speroff L, Glass RH, Kase NG. Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite. 5.baskı, İstanbul, 1996, s.412)

290. Aşağıdakilerden hangisi ile ovulasyon tayini yapılamaz?

- Histerosalpingografi
- 21.gün progesteron ölçümü
- Bazal vücut ısısı takibi
26. gün endometrial biyopsi
- Ultrasonografi ile follikülometri yapılması

AÇIKLAMA: Histerosalpingografi dışındakilerin tamamı ovulasyon tayini için kullanılan yöntemlerdir.

Cevap A (Speroff L, Glass RH, Kase NG. Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite. 5.baskı, İstanbul, 1996, s.825-826)

291. Preeklampsi ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi doğru değildir?

- Epigastrium ve sağ üst kadranda ağrı şiddetli hastalık kriteridir.
- Böbreklerdeki histolojik görünüm glomerüler kapiller endoteliozistir.
- Tromboksan A₂ düzeyleri düşüktür.
- Prostasiklin düzeyleri düşüktür.
- Fibronektin düzeyleri yükselmiştir.

AÇIKLAMA: Preeklampsi vakalarında normal hastalara kıyasla, PGI₂ türevlerinin böbreklerden atılması veya PGI₂'nin plasentadaki kan damarlarında yapımı düşüktür ve Tromboksan A₂ düzeyleri yükselmiştir.

Cevap C (Danforth Obstet and Gyn. 7.baskı, s.351-365)

292. Gestasyonel diabetes ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Tedavinin amacı açlık kan glukoz düzeylerinin 60-90 mg/dl olmasını sağlamaktır.
- Preeklampsi sıklığı artmıştır.
- Polihidramnion sık görülür.
- En sık görülen fetal anomali sakral agenezidir.

- e) Doğumdan sonra bebekte hipoglisemi riski artmıştır.

AÇIKLAMA: Sakral agenezi seyrek görülür ancak başka vakalarda rastlanmaz. Bu anomalinin görüldüğü tüm bebeklerin anneleri diabetiktir.

Cevap D (*Danforth, Obstet and Gyn, 7.baskı, s.343-350*)

293.Disgenetik gonadlardan ve klasik olarak normal fenotipik görünümü ancak karyotipik olarak hemen daima Y kromozomu bulunan kişilerde gelişen tümör hangisidir?

- a) Gonadoblastoma
- b) Poliembriyoma
- c) Mikst germ hücreli tümör
- d) Koryokarsinoma
- e) Teratom

AÇIKLAMA: Klasik olarak gonadoblastoma, fenotip olarak normal görünümü kişilerde bulunur. Bu kişilerin büyük çoğunluğu dişidir fakat dikkatli analiz edilirse, karyotipik anormallikler gösterdiği, hemen daima bir Y kromozomu bulundukları anlaşılır.

Cevap A (*Current Jin. ve Obst. s.1234*)

294.Menopozda hormon profili için hangisi yanlıştır?

- a) Progesteron düşer.
- b) DHEA düşer.
- c) Testosteron yükselir.
- d) FSH yükselir.
- e) Östradiol düşer.

AÇIKLAMA: Menopozda testosteron düzeyi azalır.

Cevap C (*Current Obstetri ve Jin. -Türkçe, s.1346*)

295.Genellikle genç yaşta kadınlar da görülen ve erkekteki karşılığı seminoma olan tümör hangisidir?

- a) Disgerminoma
- b) Teratom
- c) Gonadoblastoma
- d) Brenner tümörü
- e) Müsinöz karsinoma

AÇIKLAMA: Disgerminoma genç yaşta kadınlar da görülür. Seminoma erkekteki karşılığıdır ve genç erkeklerde görülür.

Cevap A (*Current Obstetri ve Jinekoloji-Türkçe, s.1231*)