

## EDİTÖR

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL (Ankara)

## YAYIN SEKRETERLERİ

Dr.İbrahim ERSOY (Ankara)

## SORU HAZIRLAYAN ÖĞRETİM ÜYELERİ

Prof.Dr. Adnan ABACI (Gazi)  
Yrd.Doç.Dr. Kadir ACAR (Meram)  
Doç.Dr. Ali ACAR (Meram)  
Prof.Dr. Hasan ACAR (Meram)  
Doç.Dr. Aysen AKALIN (Eskişehir Osmangazi)  
Doç.Dr. Ömer AKÇALI (Dokuz Eylül)  
Yrd.Doç.Dr. Füsün Zeynep AKÇAM (Süleyman Demirel)  
Doç.Dr. Nevbahar AKÇAR DEĞİRMENÇİ (Eskişehir Osmangazi)  
Prof.Dr. Tülay AKÇAY (Cerrahpaşa)  
Prof.Dr. Ali AKDENİZ (GATA)  
Prof.Dr. Recep AKDUR (Ankara)  
Uzm.Dr. Esen AKKAYA (Süreyyapaşa GHGC EAH)  
Prof.Dr. Yeşim AKKOÇ (Ege)  
Doç.Dr. R. Yavuz AKMAN (Düzce)  
Doç.Dr. Hülya AKSOY (Atatürk)  
Yrd.Doç.Dr. Tevfik AKTOZ (Trakya)  
Yrd.Doç.Dr. Soner ALBAY (Süleyman Demirel)  
Yrd.Doç.Dr. Meltem ALKAN MELİKOĞLU (Akdeniz)  
Doç.Dr. İbrahim Ufuk ALPAGUT (İstanbul)  
Doç.Dr. Ahmet ALPER KİYKİM (Mersin)  
Prof.Dr. Köksal ALPTEKİN (Dokuz Eylül)  
Doç.Dr. Mustafa ALTINIŞIK (Adnan Menderes)  
Prof.Dr. Levent ALTINTOP (Ondokuz Mayıs)  
Doç.Dr. Betül Uğur ALTUN (Trakya)  
Yrd.Doç.Dr. E.Elif ALTUNTAŞ (Cumhuriyet)  
Doç.Dr. Mehmet Ufuk ALUÇLU (Dicle)  
Doç.Dr. Alpaslan APAN (Kırıkkale)  
Yrd.Doç.Dr. Cavidan ARAR (Trakya)  
Prof.Dr. İlknur ARI (Uludağ)  
Prof.Dr. Yasin ARİFOĞLU (İzmit Baysal)  
Yrd.Doç.Dr. Nebil ARK (Fatih)  
Yrd.Doç.Dr. Cüneyt ATABEK (GATA)  
Yrd.Doç.Dr. Erhan ATAHAN (Cumhuriyet)  
Doç.Dr. Fatih ATUĞ (Dicle)  
Doç.Dr. Ferit AVCU (GATA)  
Yrd.Doç.Dr. Alaettin AVŞAR (Afyonkarahisar Kocatepe)  
Prof.Dr. Mustafa Cihat AVUNDUK (Meram)  
Doç.Dr. Pınar AY (Marmara)  
Prof.Dr. İsmail Hakkı AYDIN (Atatürk)  
Yrd.Doç.Dr. Süleyman AYDIN (Firat)  
Yrd.Doç.Dr. Sayime AYDIN (Dumlupınar)  
Doç.Dr. Mehmet AYDIN (Başkent Ü. Yüreğir H.)  
Prof.Dr. Raci AYDIN (Ankara Atatürk EAH)  
Prof.Dr. İsmet AYDOĞDU (Meram)  
Prof.Dr. Sultan D. AYDOĞDU (Eskişehir Osmangazi)  
Doç.Dr. Dursun AYGÜN (Ondokuz Mayıs)  
Prof.Dr. Zuhâl AYKAÇ (Siyami Ersek GKDC EAH)  
Prof.Dr. Ahmet Şükrü AYNACIOĞLU (Gaziantep)  
Prof.Dr. Şükrü BALEVİ (Meram)  
Prof.Dr. Işıl B. BARLAN (Marmara)  
Yrd.Doç.Dr. İbrahim BARUT (Süleyman Demirel)  
Doç.Dr. Sabri BARUTCA (Adnan Menderes)  
Prof.Dr. Halil BAŞAR (Kırıkkale)  
Prof.Dr. Esin F. BAŞER (Celal Bayar)  
Prof.Dr. Ömer BAYEZİD (Akdeniz)  
Doç.Dr. Barbaros BAYKAL (Süleyman Demirel)  
Yrd.Doç.Dr. Aylin H. BAYRAK (Dicle)  
Prof.Dr. Alper BAYSEFER (Meram)  
Doç.Dr. Recep BEKİŞ (Dokuz Eylül)  
Doç.Dr. Uğur BERBEROĞLU (Dr.A.Y. Ankara Onkoloji EAH)  
Doç.Dr. Fatma Sibel BEYZAŞ (Cumhuriyet)

Yrd.Doç.Dr. Cihangir BİÇER (Erciyes)  
Yrd.Doç.Dr. Süleyman Sırrı BİLGE (Ondokuz Mayıs)  
Doç.Dr. Mustafa BİLİCİ (İst.Erenköy RSH EAH)  
Doç.Dr. Levent Sinan BİR (Pamukkale)  
Prof.Dr. M. Kamuran BİRCAN (Dicle)  
Doç.Dr. Murat BİRTANE (Trakya)  
Prof.Dr. Mehmet BİTİRGEN (Meram)  
Prof.Dr. Ali Zahit BOLAMAN (Adnan Menderes)  
Prof.Dr. Bülent BOYACI (Gazi)  
Yrd.Doç.Dr. Banu BOZKURT (Meram)  
Doç.Dr. Murat BOZLU (Mersin)  
Prof.Dr. Özcan BÖR (Eskişehir Osmangazi)  
Yrd.Doç.Dr. Yaşar BÜKTE (Dicle)  
Doç.Dr. Mehmet Akif BÜYÜKBEŞE (Gaziantep)  
Uzm.Dr. Sevim CANIK (Siyami Ersek GKDC EAH)  
Yrd.Doç.Dr. Levent CANKORKMAZ (Cumhuriyet)  
Prof.Dr. Fikri CANOĞLU (Dicle)  
Yrd.Doç.Dr. Şahika Liva CENGİZ (Meram)  
Uzm.Dr. Yavuz CEYLAN (İst.Bakırköy KDÇH EAH)  
Doç.Dr. Hakan CEYRAN (Erciyes)  
Prof.Dr. Ahmet COŞAR (GATA)  
Doç.Dr. Alpaslan ÇAKAN (Ege)  
Doç.Dr. Banu ÇAKIR (Hacettepe)  
Prof.Dr. Engin ÇALGÜNER (Gazi)  
Yrd.Doç.Dr. Cüneyt ÇALIŞIR (Eskişehir Osmangazi)  
Doç.Dr. H. Kamil ÇAM (Düzce)  
Doç.Dr. Filiz ÇAY ŞENLER (Ankara)  
Prof.Dr. Bilge ÇELEBİOĞLU (Hacettepe)  
Prof.Dr. Onur ÇELİK (Celal Bayar)  
Doç.Dr. Yahya ÇELİK (Trakya)  
Doç.Dr. Çetin ÇELİK (Meram)  
Prof.Dr. Atiye ÇENGEL (Gazi)  
Uzm.Dr. Abdullah ÇETİN (Dr.A.Y. Ankara Onkoloji EAH)  
Doç.Dr. Mustafa ÇETİNER (Marmara)  
Doç.Dr. Ziya ÇETİNKAYA (Firat)  
Prof.Dr. Mahmut Nedim ÇİÇEK (Dr. Z.T.B. E.A.H.)  
Doç.Dr. Yusuf Kenan ÇOBAN (Kahramanmaraş Sütçü İmam)  
Uzm.Dr. Alkin ÇOLAK (Trakya)  
Prof.Dr. Mehmet ÇOLAKOĞLU (Meram)  
Doç.Dr. Tülin ÇORA (Meram)  
Yrd.Doç.Dr. Dürrin Özlem DABAK (Firat)  
Doç.Dr. Mehmet DALAK (GATA)  
Doç.Dr. Didem DAK (Hacettepe)  
Prof.Dr. Şenol DANE (Atatürk)  
Prof.Dr. Mehmet Kadri DANEYEMEZ (GATA)  
Doç.Dr. Süleyman DEMİR (Pamukkale)  
Prof.Dr. Hüseyin DEMİR (Erciyes)  
Prof.Dr. Mehmet DEMİRCAN (İnönü)  
Doç.Dr. Mustafa DEMİRCİ (Süleyman Demirel)  
Yrd.Doç.Dr. Birol DEMİREL (Gazi)  
Prof.Dr. Emine DEMİREL YILMAZ (Ankara)  
Prof.Dr. A Tuncay DEMİRYÜREK (Gaziantep)  
Doç.Dr. Salih DEVECİ (GATA)  
Doç.Dr. Gürsoy DOĞAN (İnönü)  
Prof.Dr. Pakize DOĞAN (Hacettepe)  
Doç.Dr. Kudret DOĞRU (Erciyes)  
Prof.Dr. Nesrin DOĞRUEL (Eskişehir Osmangazi)  
Yrd.Doç.Dr. Ayhan DÖNMEZ (Ege)  
Doç.Dr. Berri DÖNMEZ ÇOLAKOĞLU (Dokuz Eylül)  
Prof.Dr. Hatice DURAK (Dokuz Eylül)  
Doç.Dr. Kadir DURGUT (Meram)

Prof.Dr. Gül DURMAZ (Eskişehir Osmangazi)  
Yrd.Doç.Dr. Bülent DÜZ (GATA)  
Yrd.Doç.Dr. Selma DÜZENLİ GEPDİREMEN (İzmit Baysal)  
Yrd.Doç.Dr. Tamer EDİRNE (Yüzüncü Yıl)  
Yrd.Doç.Dr. Mete EDİZER (Ondokuz Mayıs)  
Doç.Dr. Mustafa EDREMITLİOĞLU (Kırıkkale)  
Doç.Dr. Mücahit EĞRİ (Gaziosmanpaşa)  
Yrd.Doç.Dr. Çiğdem ELMAS (Gazi)  
Doç.Dr. Mehmet EMİN ORHAN (GATA)  
Prof.Dr. Ö. Naci EMİROĞULLARI (Erciyes)  
Prof.Dr. Hüseyin ENDOĞRU (Meram)  
Yrd.Doç.Dr. Burhan ENGİN (Meram)  
Doç.Dr. Rıza Hakan ERBAY (Pamukkale)  
Prof.Dr. Deniz ERDOĞAN (Gazi)  
Doç.Dr. Ender ERDOĞAN (Yüzüncü Yıl)  
Yrd.Doç.Dr. Abdullah ERDOĞAN (Akdeniz)  
Doç.Dr. Haydar ERDOĞAN (Cumhuriyet)  
Yrd.Doç.Dr. Mesut ERDURMUŞ (Fatih)  
Prof.Dr. M Nesimi EREN (Dicle)  
Doç.Dr. Şevval EREN (Dicle)  
Doç.Dr. M. Ali ERGÜN (Gazi)  
Prof.Dr. M sabri ERGÜNEY (Cerrahpaşa)  
Prof.Dr. Lütüye FIRAT (İstanbul)  
Yrd.Doç.Dr. Demet EROL (Afyonkarahisar Kocatepe)  
Doç.Dr. Serpil EROL (Atatürk)  
Prof.Dr. Ali EROL (Düzce)  
Doç.Dr. Alpaslan ERSOY Uludağ  
Prof.Dr. M. Özcan ERSOY (İnönü)  
Prof.Dr. Erhan ESER (Celal Bayar)  
Prof.Dr. Aliye ESMAOĞLU ÇORUH (Erciyes)  
Doç.Dr. Duygu EŞEL (Erciyes)  
Prof.Dr. Mukaddes EŞREFOĞLU (İnönü)  
Prof.Dr. Mukaddes EŞREFOĞLU (İnönü)  
Yrd.Doç.Dr. Yezdan FIRAT (İnönü)  
Doç.Dr. Süleyman GANİDAĞLI (Gaziantep)  
Yrd.Doç.Dr. Ercan GEDİK (Dicle)  
Prof.Dr. Osman GENÇ (Pamukkale)  
Prof.Dr. Metin Fikret GENÇ (İnönü)  
Prof.Dr. Akçahan GEPDİREMEN (İzmit Baysal)  
Doç.Dr. Mustafa GÖKÇE (Kahramanmaraş Sütçü İmam)  
Prof.Dr. Nahide GÖKÇORA (Gazi)  
Prof.Dr. Ayşe Deniz GÖKENGİN (Ege)  
Doç.Dr. Sıtkı GÖKSU (Gaziantep)  
Prof.Dr. Engin GÖNÜL (GATA)  
Prof.Dr. Mustafa GÖNÜLLÜ (Cumhuriyet)  
Prof.Dr. Vedat GÖRAL (Dicle)  
Prof.Dr. Metin GÖRGÜNER (Atatürk)  
Yrd.Doç.Dr. Uzey GÖRMÜŞ (Cerrahpaşa)  
Doç.Dr. Mustafa GÜL (Atatürk)  
Doç.Dr. Sibel GÜLDİKEN (Trakya)  
Yrd.Doç.Dr. Babürhan GÜLDİKEN (Trakya)  
Yrd.Doç.Dr. Hayal GÜLER (Mustafa Kemal)  
Doç.Dr. Gülnur GÜLER (Hacettepe)  
Prof.Dr. Recep GÜLOĞLU (İstanbul)  
Yrd.Doç.Dr. Hülya GÜLTEKİN (Erciyes)  
Yrd.Doç.Dr. Nurhan GÜMRAL (Süleyman Demirel)  
Prof.Dr. Yakup GÜMÜŞALAN (Kahramanmaraş Sütçü İmam)  
Prof.Dr. Işıl GÜNDAY (Trakya)  
Doç.Dr. Osman Hakan GÜNDÜZ (Marmara)  
Prof.Dr. Kamer GÜNDÜZ (Celal Bayar)  
Yrd.Doç.Dr. Mukaddes G. GÜNELİ (Dokuz Eylül)

Prof.Dr. Enis Alpin GÜNERİ (*Dokuz Eylül*)  
Doç.Dr. A. Önder GÜNEY (*Meram*)  
Prof.Dr. Adem GÜNGÖR (*Ankara*)  
Prof.Dr. A. Firat GÜNGÖR (*Akdeniz*)  
Prof.Dr. Şafak GÜNGÖR (*Dr.A.Y. Ankara Onkoloji EAH*)  
Prof.Dr. Salim GÜNGÖR (*Meram*)  
Prof.Dr. Asuman GÜRAKSIN (*Atatürk*)  
Doç.Dr. İnanç Elif GÜRER (*Akdeniz*)  
Doç.Dr. Mustafa GÜZEY (*Harran*)  
Yrd.Doç.Dr. Zekai HALICI (*Atatürk*)  
Yrd.Doç.Dr. Berna HALILOĞLU (*Maltepe*)  
Doç.Dr. Mevrit İKBAL (*Karadeniz Teknik*)  
Yrd.Doç.Dr. Gül İLBAY (*Kocaeli*)  
Prof.Dr. S. Sami İLKER (*Celal Bayar*)  
Yrd.Doç.Dr. Ali İNAL (*GATA*)  
Doç.Dr. V. Sevinç İNAN (*Celal Bayar*)  
Doç.Dr. Fatma İNANÇ TOLUN (*Kahramanmaraş Sütcü İmam*)  
Doç.Dr. Işıl İNANIR (*Celal Bayar*)  
Yrd.Doç.Dr. Yusuf İZCİ (*GATA*)  
Uzm.Dr. Nihal KADIOĞULLARI (*Dr.A.Y. Ankara Onkoloji EAH*)  
Doç.Dr. Ali Kemal KADIOĞLU (*Kahramanmaraş Sütcü İmam*)  
Prof.Dr. H. Cemal KAHRAMAN (*Erciyes*)  
Yrd.Doç.Dr. Erdal KALKAN (*Meram*)  
Doç.Dr. Mecit KANTARCI (*Atatürk*)  
Doç.Dr. Atilla KARAALP (*Marmara*)  
Prof.Dr. Sevim KARAASLAN (*Meram*)  
Doç.Dr. Kürşat KARADAYI (*Cumhuriyet*)  
Doç.Dr. Güngör KARAGÜZEL (*Akdeniz*)  
Prof.Dr. Turgut Nedim KARAIŞMAIOĞLU (*Ondokuz Mayıs*)  
Yrd.Doç.Dr. Altınur KARAMUSTAFAOĞLU (*Trakya*)  
Prof.Dr. Ahmet R. KARASALİHOĞLU (*Trakya*)  
Yrd.Doç.Dr. Erkan KARATAŞ (*Gaziantep*)  
Doç.Dr. Mehmet KARATAŞ (*Başkent Ü. Yüreğir H.*)  
Doç.Dr. Tekin KARSLIGİL (*Gaziantep*)  
Prof.Dr. Adil KARTAL (*Meram*)  
Doç.Dr. Mukaddes KAVALA İST.GÖZTEPE EAH  
Prof.Dr. Ahmet KAYA (*Meram*)  
Doç.Dr. Meryem KAYA (*Trakya*)  
Prof.Dr. Tamer KAYA (*Eskişehir Osmangazi*)  
Prof.Dr. Nazmiye KAYA (*Meram*)  
Yrd.Doç.Dr. Ali KAYIKCI (*Düzce*)  
Prof.Dr. Özcan R. KAYIKCIOĞLU (*Celal Bayar*)  
Doç.Dr. Mahmut KEBAPÇI (*Eskişehir Osmangazi*)  
Uzm.Dr. Sevgi KELEŞ (*Marmara*)  
Yrd.Doç.Dr. İlker KELLE (*Dicle*)  
Yrd.Doç.Dr. Servet KERİMOĞLU (*Karadeniz Teknik*)  
Yrd.Doç.Dr. Hürkan KERİMOĞLU (*Meram*)  
Prof.Dr. Fatma Suna KIRAC (*Pamukkale*)  
Prof.Dr. Mehmet KIRNAP (*Erciyes*)  
Yrd.Doç.Dr. Necdet KOCABIYIK (*GATA*)  
Prof.Dr. Sermet KOÇ (*Cerrahpaşa*)  
Prof.Dr. Emel KOPTAGEL (*Cumhuriyet*)  
Doç.Dr. Meliha KORKMAZ (*Ankara Hst.*)  
Yrd.Doç.Dr. Selim KORTUNAY (*Pamukkale*)  
Prof.Dr. Ali KOŞAR (*Fatih*)  
Uzm.Dr. Gültekin KÖKLÜ (*Ankara Ulucanlar Göz EAH*)  
Prof.Dr. İftihar KÖKSAL (*Karadeniz Teknik*)  
Doç.Dr. Şeref KÖMÜRÇÜ (*GATA*)  
Prof.Dr. Lale KÖZER BİLGİN (*İstanbul*)  
Prof.Dr. Rahim KUCUR (*Meram*)  
Yrd.Doç.Dr. Merihan KURDOĞLU (*Yüzüncü Yıl*)  
Prof.Dr. Ercan KURT (*GATA*)  
Prof.Dr. Deniz Sıha KÜÇÜKAKSU (*Yeditepe*)  
Yrd.Doç.Dr. Tervik KÜÇÜKKARTALLAR (*Meram*)  
Prof.Dr. Aysel KÜKNER (*İzmit Baysal*)  
Prof.Dr. Osman LATİFOĞLU (*Gazi*)  
Yrd.Doç.Dr. Murat LİVAOĞLU (*Karadeniz Teknik*)  
Prof.Dr. Halit MADENOĞLU (*Erciyes*)  
Doç.Dr. Dilek MEMİŞ (*Trakya*)  
Prof.Dr. Faruk MERİÇ (*Dicle*)

Yrd.Doç.Dr. Ertan MERT (*Mersin*)  
Doç.Dr. Selçuk MISTIK (*Erciyes*)  
Prof.Dr. Nermin MUTLUER (*Ankara*)  
Doç.Dr. Hasan NAZAROĞLU (*Dicle*)  
Prof.Dr. Umman NUREDDİN SANLIDİLEK (*Ankara*)  
Prof.Dr. Fahri ÖĞÜZKAYA (*Erciyes*)  
Prof.Dr. Neziht OKTAR (*Ege*)  
Yrd.Doç.Dr. Ahmet Mesut ONAT (*Gaziantep*)  
Doç.Dr. Bülent ORAN (*Meram*)  
Prof.Dr. İrfan ORHAN (*Fırat*)  
Yrd.Doç.Dr. F. Özlem ORHAN (*Kahramanmaraş Sütcü İmam*)  
Prof.Dr. Ali OTLU (*İnönü*)  
Prof.Dr. Kemal ÖDEV (*Meram*)  
Doç.Dr. Murat ÖZETÜRK (*Fırat*)  
Prof.Dr. Tunç Cevat ÖĞÜN (*Meram*)  
Prof.Dr. Selmin ÖKESLİ (*Meram*)  
Prof.Dr. Selmin ÖKESLİ (*Meram*)  
Doç.Dr. Abdurrahman ÖNEN (*Dicle*)  
Prof.Dr. Pemur ÖNER (*İstanbul*)  
Prof.Dr. Yaşar Ali ÖNER (*İstanbul*)  
Prof.Dr. Ünsal ÖNER (*Gaziantep*)  
Yrd.Doç.Dr. Kurtuluş ÖNGEL (*Süleyman Demirel*)  
Prof.Dr. Rahmi ÖRS (*Meram*)  
Prof.Dr. Oya ÖZATAMER (*Ankara*)  
Doç.Dr. Davut ÖZBAĞ (*Kahramanmaraş Sütcü İmam*)  
Yrd.Doç.Dr. Zeynep ÖZBEK SÖYLEMEZOĞLU (*Dokuz Eylül*)  
Yrd.Doç.Dr. Fatih ÖZCURA (*Dumlupınar*)  
Prof.Dr. Neziht ÖZDEMİR (*Ankara*)  
Yrd.Doç.Dr. Ercan ÖZDEMİR (*Cumhuriyet*)  
Yrd.Doç.Dr. Mehmet ÖZDEMİR (*Meram*)  
Doç.Dr. Murat ÖZDEMİR (*Gazi*)  
Doç.Dr. Cevdet ÖZDEMİR (*Marmara*)  
Prof.Dr. Ferda ÖZDEMİR (*Trakya*)  
Prof.Dr. Nazmi ÖZER (*Hacettepe*)  
Doç.Dr. Sezai ÖZKAN (*GATA Haydarpaşa E.H.*)  
Doç.Dr. Metin ÖZKAN (*Erciyes*)  
Prof.Dr. Ragıp ÖZKAN (*Eskişehir Osmangazi*)  
Doç.Dr. Işıl ÖZKOÇAK (*Zonguldak Karaelmas*)  
Doç.Dr. Mine ÖZKOL (*Celal Bayar*)  
Prof.Dr. Sıtkı ÖZTAŞ (*Atatürk*)  
Prof.Dr. Yusuf ÖZTÜRK (*Erciyes*)  
Doç.Dr. Feral ÖZTÜRK (*İnönü*)  
Uzm.Dr. Işın PAK (*Dr.A.Y. Ankara Onkoloji EAH*)  
Prof.Dr. Zafer PAMUKÇU (*Trakya*)  
Prof.Dr. E. Ferda PERÇİN (*Gazi*)  
Yrd.Doç.Dr. Hatice Tuba SANAL (*Ankara*)  
Prof.Dr. Haluk Burçak SAYMAN (*Cerrahpaşa*)  
Yrd.Doç.Dr. Halil İbrahim SEÇER (*GATA*)  
Prof.Dr. M. Şevki SERT (*Gazi*)  
Yrd.Doç.Dr. Emel SESLİ ÇETİN (*Süleyman Demirel*)  
Prof.Dr. M. Behçet SEVİN (*Eskişehir Osmangazi*)  
Yrd.Doç.Dr. R. Göktuğ SEYMENOĞLU (*Celal Bayar*)  
Prof.Dr. Orhan SEZGİN (*Mersin*)  
Prof.Dr. İlhan SEZGİN (*Celal Bayar*)  
Prof.Dr. Muzaffer SİNDEL (*Akdeniz*)  
Doç.Dr. Mehmet SÖNMEZ (*Karadeniz Teknik*)  
Doç.Dr. Ahmet Bilge SÖZEN (*İstanbul*)  
Prof.Dr. Erdoğan Mutevelli SÖZÜER (*Erciyes*)  
Doç.Dr. Nehir SUCU (*Mersin*)  
Prof.Dr. Haldun SÜMER (*Cumhuriyet*)  
Prof.Dr. Ahmet Bülent SÜMERKAN (*Erciyes*)  
Prof.Dr. H. Selçuk SÜRÜCÜ (*Hacettepe*)  
Yrd.Doç.Dr. Recep SÜTÇÜ (*Süleyman Demirel*)  
Doç.Dr. Altan ŞAHİN (*Hacettepe*)  
Prof.Dr. Hayrettin ŞAHİN (*Dicle*)  
Uzm.Dr. Asife ŞAHİNARSLAN (*Gazi*)  
Prof.Dr. Varol ŞAHİNTÜRK (*Eskişehir Osmangazi*)  
Doç.Dr. Abdurrahman ŞİMŞEK (*GATA*)  
Doç.Dr. Zeynep ŞİMŞEK (*Harran*)  
Yrd.Doç.Dr. Gülten TAÇOY (*Dicle*)

Yrd.Doç.Dr. Yusuf TAMAM (*Dicle*)  
Doç.Dr. Ferdi TANIR (*Çukurova*)  
Doç.Dr. İbrahim Arif TARHAN (*Siyami Ersek GKDC EAH*)  
Prof.Dr. Nebahat TAŞDEMİR (*Dicle*)  
Doç.Dr. Kutay TAŞDEMİR (*Erciyes*)  
Doç.Dr. Nurettin TAŞTEKİN (*Trakya*)  
Yrd.Doç.Dr. Yusuf TAVİL (*Gazi*)  
Prof.Dr. Talat TAVLI (*Celal Bayar*)  
Prof.Dr. Lema TAVLI (*Meram*)  
Prof.Dr. İbrahim TEKDEMİR (*Ankara*)  
Doç.Dr. Ali TEKİN (*Düzce*)  
Yrd.Doç.Dr. Işıl TEKMEK (*Dokuz Eylül*)  
Doç.Dr. Sibel TEMÜR (*Yeditepe*)  
Doç.Dr. Timur TİMURKAYNAK (*Gazi*)  
Yrd.Doç.Dr. Hüseyin TOL (*Meram*)  
Prof.Dr. Suat TOPAKTAŞ (*Cumhuriyet*)  
Yrd.Doç.Dr. Ahmet TOPAL (*Meram*)  
Doç.Dr. Ramazan TOPSAKAL (*Erciyes*)  
Yrd.Doç.Dr. Zeynep TOSUN (*Erciyes*)  
Yrd.Doç.Dr. Hatice TOY (*Meram*)  
Prof.Dr. Armağan TUĞRUL (*Trakya*)  
Doç.Dr. Hakan TUNA (*Trakya*)  
Prof.Dr. İsmail Cengiz TUNCAY (*Başkent*)  
Prof.Dr. Recep TUNCER (*Çukurova*)  
Doç.Dr. Mustafa Tayfun TURAN (*Erciyes*)  
Doç.Dr. Nilde TURGUT (*Trakya*)  
Prof.Dr. Davut TÜNEY (*Marmara*)  
Prof.Dr. Emel TÜRK ARIBAŞ (*Meram*)  
Yrd.Doç.Dr. Sedat TÜRKÖĞLU (*Gazi*)  
Yrd.Doç.Dr. Rıza TÜRKÖZ (*Başkent Ü. İstanbul U.A.M.*)  
Prof.Dr. Birsen TURK (*Eskişehir Osmangazi*)  
Prof.Dr. Hatice UĞURLU (*Meram*)  
Yrd.Doç.Dr. Faruk UĞUZ (*Meram*)  
Prof.Dr. Ahmet ULUGÖL (*Trakya*)  
Yrd.Doç.Dr. Hasan Basri ULUSOY (*Erciyes*)  
Prof.Dr. Onur URAL (*Meram*)  
Yrd.Doç.Dr. Meltem USLU (*Adnan Menderes*)  
Yrd.Doç.Dr. Yeşim Hülya UZ (*Trakya*)  
Yrd.Doç.Dr. Kaan UZUNCA (*Trakya*)  
Doç.Dr. Kağan ÜÇÖK (*Afyonkarahisar Kocatepe*)  
Doç.Dr. Doğan ÜNAL (*Fatih*)  
Doç.Dr. Şakir ÜNAL (*Mersin*)  
Doç.Dr. Yahya ÜNLÜ (*Atatürk*)  
Prof.Dr. Yaşar ÜNLÜ (*Erciyes*)  
Prof.Dr. K. Muzaffer ÜSTDAL (*Erciyes*)  
Doç.Dr. Mehmet Erkan ÜSTÜN (*Meram*)  
Yrd.Doç.Dr. Akın ÜZÜMCÜGİL (*Hacettepe*)  
Doç.Dr. Nigar VARDI (*İnönü*)  
Prof.Dr. Birkan YAKAN (*Erciyes*)  
Doç.Dr. Bülent YALÇIN (*GATA*)  
Prof.Dr. M. Rıdvan YALÇIN (*Gazi*)  
Prof.Dr. Melda YARDIMOĞLU YILMAZ (*Kocaeli*)  
Prof.Dr. Orhan YAZANEL (*Dicle*)  
Prof.Dr. Birgül B. YELKEN (*Eskişehir Osmangazi*)  
Prof.Dr. Seher Naz YENİ (*Cerrahpaşa*)  
Doç.Dr. Aydın YENİLMEZ (*Eskişehir Osmangazi*)  
Yrd.Doç.Dr. Mustafa YILDIRIM (*Düzce*)  
Doç.Dr. Mustafa YILDIZ (*Süleyman Demirel*)  
Doç.Dr. İsmail YILMAZ (*Başkent Ü. Yüreğir H.*)  
Prof.Dr. Mustafa YILMAZ (*Fırat*)  
Yrd.Doç.Dr. Gürdal YILMAZ (*Karadeniz Teknik*)  
Prof.Dr. Osman YILMAZ (*Meram*)  
Doç.Dr. Selçuk YILMAZLAR (*Uludağ*)  
Doç.Dr. Meral YİRMİBEŞ KARAOĞUZ (*Gazi*)  
Prof.Dr. Fuat YÖNDEMİL (*Meram*)  
Doç.Dr. Nurullah YÜCEER (*Dokuz Eylül*)  
Yrd.Doç.Dr. Aykan YÜCEL (*Kırıkkale*)  
Doç.Dr. Selçuk YÜCEL (*Akdeniz*)  
Doç.Dr. Pınar YÜKSEL BAŞAK (*Süleyman Demirel*)  
Uzm.Dr. Orhan ZİLELIOĞLU (*Ank. Ulucanlar Göz EAH*)

-İsimler Soyadı sırasına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

-Soru Hazırlayan Öğretim Üyeleri, 26. Ulusal Tıp Bilimleri Yarışması'na soru gönderen ve katkıda bulunan Öğretim Üyeleri tarafından oluşturulmuştur.

**İÇİNDEKİLER**

181	<b>Genel Cerrahi</b>
192	<b>Anesteziyoloji ve Reanimasyon</b>
194	<b>Çocuk Cerrahisi</b>
196	<b>Kalp-Damar Cerrahisi</b>
201	<b>Göz Hastalıkları</b>
205	<b>K.B.B.</b>
207	<b>Nöroşirürji</b>
209	<b>Ortopedi ve Travmatoloji</b>
212	<b>Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi</b>
215	<b>Üroloji</b>
221	<b>Deneme Sınavı</b>

Türkiye Klinikleri tüm işlemlerini elektronik ortamda internet üzerinden yürütmektedir. İşlemlerinizi "kullanıcı adı ve şifrenizi" kullanarak [www.turkiyeklinikleri.com](http://www.turkiyeklinikleri.com) adresinden yapabilirsiniz.

**Yeni kayıt olmak için;** [www.turkiyeklinikleri.com](http://www.turkiyeklinikleri.com) adresindeki "Kayıt" linkini tıklayınız.

Sorularınız için;

**Bilgi İşlem Servisi**

Tel: 0312 286 56 56 / 115

e-posta: [bilgiislem@turkiyeklinikleri.com](mailto:bilgiislem@turkiyeklinikleri.com)

**Türkiye Klinikleri Dergilerine makale göndermek için;** [www.turkiyeklinikleri.com](http://www.turkiyeklinikleri.com) adresindeki "Makale Gönder" linkini tıklayınız (Yalnızca bu yolla gönderilen makaleler işleme alınmaktadır).

**Makale yazım kuralları için;** [www.turkiyeklinikleri.com](http://www.turkiyeklinikleri.com) adresindeki "Periyodik Dergiler" linkinden, ilgili derginin internet sitesindeki "Yazım Kuralları" linkini tıklayınız.

Makalelerle ilgili görüşmek için;

**Yazı İşleri Servisi**

Tel: 0312 286 56 56 / 119

e-posta: [yaziisleri@turkiyeklinikleri.com](mailto:yaziisleri@turkiyeklinikleri.com)

**Türkiye Klinikleri Dergilerine abone olmak ve yayınlanmış diğer sayılarına ulaşmak için;** [www.turkiyeklinikleri.com](http://www.turkiyeklinikleri.com) adresindeki "Abone Satış" linkini tıklayınız.

Abone işlemleriyle ilgili görüşmek için;

**Abone ve Halkla İlişkiler Servisi**

Tel: 0312 286 56 56 / 118

e-posta: [abone@turkiyeklinikleri.com](mailto:abone@turkiyeklinikleri.com)

Türkiye Klinikleri Dergilerine reklam vermek için;

**Pazarlama Satış-Proje Servisi**

Tel: 0312 286 56 56 / 140

e-posta: [pazarlama@turkiyeklinikleri.com](mailto:pazarlama@turkiyeklinikleri.com)

**YAYIN PERİYODU VE TÜRÜ:** Türkiye Klinikleri Meditest Dergisi;

Ocak, Mart, Mayıs, Temmuz olmak üzere, yılda 4 sayı yayınlanır.

Yerel süreli yayın.

**YAYIN HAKKI:** Türkiye Klinikleri Meditest Dergisi'nde yayınlanan yazılar, resim, şekil ve tablolar yayıncının yazılı izni olmadan kısmen veya tamamen herhangi bir vasıta ile basılamaz, çoğaltılamaz. Bilimsel amaçlarla (kaynak göstermek kaydıyla) özetleme ve alıntı yapılabilir. Dergide yayınlanan yazı, şekil ve resimlerden yazarları, ilan ve reklamlardan firmaları sorumludur.

Türkiye Klinikleri dergileri halka açık yerlerde satılmaz. Sağlıkla ilgili kişi ve kurumlara abonelik usulü gönderilir.

Basıma verilmiş tarihi: 23.09.2008

**BASILDIĞI YER-BASIMCI-YAYIMCI**  
**Ortadoğu Reklam Tanıtım Yayıncılık Turizm Eğitim İnşaat Sanayi**  
**ve Ticaret A.Ş. adına**  
**İmtiyaz Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü**  
Dr. Mehmet Battin Akgül

**Yönetim Yeri:**

Türkocağı Cad. No:30 06520 Balgat/Ankara/Türkiye

Tel : 0 312 286 56 56

Faks : 0 312 220 04 70

e-posta : [info@turkiyeklinikleri.com](mailto:info@turkiyeklinikleri.com)

web : [www.turkiyeklinikleri.com](http://www.turkiyeklinikleri.com)



Türkiye Klinikleri

ISSN: 1300-0276

All procedures regarding Türkiye Klinikleri publications are online. Türkiye Klinikleri web site can be reached through [www.turkiyeklinikleri.com](http://www.turkiyeklinikleri.com), all transactions can be made with a username and password.

**New Users;** click on "Register" link at [www.turkiyeklinikleri.com](http://www.turkiyeklinikleri.com)

For questions and comments;

**Data Processing Department**

Phone: +90 286 56 56 / 147

E-mail: [bilgiislem@turkiyeklinikleri.com](mailto:bilgiislem@turkiyeklinikleri.com)

**To send articles to Türkiye Klinikleri Journals;** click on "send article" link at [www.turkiyeklinikleri.com](http://www.turkiyeklinikleri.com). For consideration, all articles must be submitted online. Articles submitted in other forms will not be considered.

**Rules and regulations for manuscript writing;** can be reached through [www.turkiyeklinikleri.com](http://www.turkiyeklinikleri.com). Use "Periodical Journals" link to reach the list of journals. Click on related journal to reach "Rules and Regulations" regarding the journal.

For question regarding manuscripts;

**Manuscript Editing Department**

Phone: +90 312 286 56 56 / 147

E-mail: [yaziisleri@turkiyeklinikleri.com](mailto:yaziisleri@turkiyeklinikleri.com)

**To subscribe and to reach former issues of Türkiye Klinikleri Journals;** click on "Subscriptions and Sales" at [www.turkiyeklinikleri.com](http://www.turkiyeklinikleri.com)

To subscribe;

**Subscription and Public Relations Department**

Phone: +90 312 286 56 56 / 147

E-mail: [abone@turkiyeklinikleri.com](mailto:abone@turkiyeklinikleri.com)

To place advertisements;

**Marketing Sales-Project Department**

Phone: +90 312 286 56 56 / 147

E-mail: [pazarlama@turkiyeklinikleri.com](mailto:pazarlama@turkiyeklinikleri.com)

**PUBLICATION TYPE AND PERIODS:** Türkiye Klinikleri Journal of Meditest is published in January, March, May and July, in total 4 times a year.

**COPYRIGHT:** All articles, drawings, figures and tables published in Türkiye Klinikleri Journal of Meditest cannot be reproduced in whole or in part without prior written permission from the publisher. Only for scientific purposes summarizing and quotations can be done with the condition of proper citations listed as references. Responsibility of the articles, figures and photos belongs to authors. And advertising parties are fully responsible for their advertisements.

Türkiye Klinikleri Journals cannot be sold by second parties, but will be distributed to persons in the related fields of health through subscriptions.

**PUBLISHING HOUSE-PUBLISHER**

**On behalf of Ortadoğu Reklam Tanıtım Yayıncılık Turizm Eğitim İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş.**

**General Manager:**

Mehmet Battin Akgül, MD

Administration Address:

Türkocağı Cad. No:30 06520 Balgat/Ankara/Turkey

Tel : +90 312 286 56 56

Faks : +90 312 220 04 70

e-mail : [info@turkiyeklinikleri.com](mailto:info@turkiyeklinikleri.com)

web : [www.turkiyeklinikleri.com](http://www.turkiyeklinikleri.com)

# GENEL CERRAHİ

## 1. 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, glikoprotein özelliğindedir.

Cevap C (*Schwartz et al. Principles of Surgery, 7.baskı. s.1187*)

## 2. 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 (oklusalif hepatik ven basıncı) yüksektir

**AÇIKLAMA:** Schistomiasise bağlı portal hipertansiyon presinüzoidal tiptedir. Bunlarda OHVP yükselmez.

Cevap E (*Schwartz et al. Principles of Surgery, 7.baskı. s.1427*)

## 3. Peritonitte yanlış olan ifadeyi 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 yansıması duyulur

**AÇIKLAMA:** Visseral periton otonomik sinir sistemi ile innervedir ve ağrıya duyarsızdır. Peritonit sonucu intravasküler alandan üçüncü boşluğa 5-8 lt sıvı kaçı-

şır olur. Adrenal bezden salınan hormonlarla sıvı ve elektrolit kaybı önlenmeye çalışılır. Teşhiste fizik bulgular anamnezden daha değerlidir. Karın oskültasyonunda kalp seslerinin yansıma şeklinde duyulması yoktur.

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

## 4. Hiperpotasemili hastaların tedavisinde aşağıdaki uygulamaların hangisinin yeri yoktur?

- Kalsiyum glukonat verilmesi
- Hipotonik sodyum klorür verilmesi
- Glukoz-insülin karışımının verilmesi
- Sodyum bikarbonat verilmesi
- Kasyon değiştiren reçineler kullanılması

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

Cevap B (*Ulusoy N, Polat C, Sıvı-elektrolit Dengesi Bozuklukları ve Tedavisi, s.231; A.H. Şahinoğlu, Türkiye Klinikleri, Ankara, 2003*)

## 5. Açlıkta nöroendokrin refleksi başlatan temel uyaran hangisidir?

- Hipoglisemi
- Proteoliz
- Serbest yağ asidi miktarında artma
- Keton cisimlerinde artma
- Adrenalin miktarında artma

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

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

## 6. Aşağıdakilerden hangisi absorbabl cerrahi sütür materyali değildir?

- Krome katgüt
- Poliglikolik asit
- Poliglaktik asit
- Polidiaksonon
- Polipropilen

**AÇIKLAMA:** Polipropilen suture malzemeleri sentetik non-absorbable'dır. Krome katküt doğal absorbable, diğerleri ise sentetik absorbable suture malzemeleridir. Sentetik absorbable suture malzemeleri 50-180 gün arasında, doğal absorbable suture malzemesi olan krome katküt ise 21 günde absorbe olur.

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

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

- a) Otogreft
- b) İzogreft
- c) Allogreft
- d) Ksenogreft
- e) Heterogreft

**AÇIKLAMA:** **Otogreft;** aynı kişide organın çıkartılıp başka yere transplante edilmesi,  
**İzogreft;** 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, 1999, s.363*)

**8. Aşağıdakilerden hangisi kolorektal kanserler için risk faktörü değildir?**

- a) Villöz adenom
- b) Familial polipozis
- c) Ülseratif kolit
- d) Crohn kolitisi
- e) Somatostatinoma

**AÇIKLAMA:** Villöz adenomalar tüm neoplastik adenomaların %10'unu oluştururlar ve klasik olarak kabul edilen malignite oranları %40'tır. Familial adenomatozis kolit 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 tümürüdür ve kolorektal kanser gelişimi için bir risk faktörü değildir.

Cevap E (*Schwartz, Principles of Surgery, 1999, s.1314,1330,1342*)

**9. Aşağıdakilerden hangisi primer karaciğer rezeksiyonunda 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 ederler ve bunlara ilave olarak santral yerleşimli tümörlerde ve APACHE II skoru >10 olanlarda karaciğer rezeksiyonu kontrendikedir.

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

**10.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, cinsiyet, 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 kemoterapi etkili bir faktör olarak gösterilemez.

Cevap C (*Ünal, Tiroid Hastalıkları, 2000, s.398-416*)

**11.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*)

12. Aşağıdakilerden hangisi hematobilia etiyolojisinden 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 hematobilia etiyolojisinden sorumlu olabilir.

Cevap B (*Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.1454-5*)

13. Aşağıdakilerden hangisi total parenteral nütrisyon endikasyonu değildir?

- a) Kısa bağırsak sendromu
- b) Anoreksia nervoza
- c) Bilinci kapalı hastalar
- d) Reversibl böbrek yetmezliği
- e) 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*)

14. Herediter meme/over sendromu aşağıdaki genlerden hangisi ile yakından bağlantılıdır?

- a) p53 geni
- b) BRCA-1 geni
- c) BRCA-2 geni
- d) RAS geni
- e) Retinoblastom geni

**AÇIKLAMA:** BRCA-1 geni hereditör 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*)

15. 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?

- a) Obturatar testi
- b) Rovsing belirtisi

- c) Rebound belirtisi
- d) Defans
- e) İleopsoas belirtisi

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

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

- a) Laksatif 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, Principles of Surgery, 1999, s.1265, 1383*)

17. 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*)

**18.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*)

**19.Soliter veya dominant tiroid nodüllerinin değerlendirilmesinde aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Çocuk ve yaşlılardaki nodüllerin malign olma ihtimali daha fazladır
- b) Soliter nodüllerin yaklaşık %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 %85'i sintigrafik olarak soğuk nodüllerdir

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

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

**20.Aşağıdakilerden hangisi feokromasitoma için doğru bir tanımlama değildir?**

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

**AÇIKLAMA:** Feokromasitomanın etiyojisi 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*)

**21.Aşağıdaki doğumsal anomalilerden 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 40 000 ve 60 000'de bir görülür.

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

**22.Daha önce kolesistektomi geçirmiş bir hastada koledokolitiazis en iyi hangi şekilde tedavi edilir?**

- a) Endoskopik sfinkterotomi
- b) Koledokoduodenostomi
- c) Mono-oktanoin ile dissolüsyon
- d) Koledokojejunostomi
- e) Açık koledok esplorasyonu



**AÇIKLAMA:** Koledokolitiazis en iyi endoskopik sfinkterotomi ile tedavi edilir. Sfinkterotomi için relatif kontrendikasyonlar distal koledok striktürü, duodenal divertikül, koagülasyon bozuklukları ve yakın zamanda geçirilmiş pankreatit sayılabilir. Mekanik olarak taşın çıkarılmadığı durumlarda kimyasal dissolüsyon önerilmektedir. Cerrahi tedavi nadiren önerilmektedir.

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2. baskı, 1996, s. 979)

**23. Kist hidatiğin yapısı aşağıdaki organlardan hangisinde diğerlerine göre farklıdır?**

- a) Akciğer
- b) Karaciğer
- c) Beyin
- d) Kemik
- e) Böbrek

**AÇIKLAMA:** Vücutta bütün organlara yerleşebilen kist hidatik, her yerde klasik yapısını gösterir. En dışta fibröz bir doku tabakası olan perikist, onun içinde laminar membran ve iç yüzeyde germinatif membran vardır. Hepsinin içinde hidatik sıvı (kaya suyu) bulunur. Bu düzenli yapı kemikte yoktur.

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2. baskı, 1996, s. 903)

**24. Aşağıdakilerden hangisi postkolesistektomi sendromunun sebeplerinden biri değildir?**

- a) Koledok striktürü
- b) Koledokta rezidüel taş
- c) Duktus sistikusun kısa bırakılması
- d) Oddi disfonksiyonu
- e) Pankreas başı karsinomu

**AÇIKLAMA:** Kolesistektomi sonrası hastanın preoperatif şikayetlere benzer şikayetlerinin devamı halinde postkolesistektomi sendromundan söz edilir. Bunlardan safra yollarına ait sebepler; rezidüel koledok taşları, koledok striktürleri, duktus sistikusun uzun bırakılması veya safra kesesinin distal kısmının bırakılması sonucu güdük dilatasyonu, pankreas başı karsinomu gibi koledok alt ucuna ait tümörler, oddi fibrozisi, disfonksiyonu ve spazmidir. Safra yollarına ait lezyon bulunmadığında ayırıcı tanıda hiatus hernisi, peptik ülser, pankreatit, mide ve kolon karsinomları düşünülmelidir.

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2. baskı, 1996, s. 954)

**25. Bir akut kolesistit atağında, sistik kanal tıkanıklığından şüpheleniliyorsa, ilk tercih edilecek görüntüleme yöntemi aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Ultrason

- b) Tomografi
- c) Sintigrafi
- d) ERCP
- e) PTK (perkütan transhepatik kolanjiografi)

**AÇIKLAMA:** Sintigrafi safra yollarının görüntülenmesinde ilk tercih edilecek yöntemlerden biridir. Akut kolesistitte taşdan şüpheleniliyor ve genel değerlendirme yapılmak isteniyorsa ultrason, sistik kanal değerlendirilmek isteniyorsa sintigrafi ilk tercihtir. PTK aynı bilgiyi vermesine karşılık daha invaziv bir yöntemdir.

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2. baskı, s. 935)

**26. Cerrahi sırasında iyatrojenik koledok kesisi halinde ideal tedavi yaklaşımı aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Eksternal drenaj
- b) T-Tüpü üzerinde uç-uca anastomoz
- c) Proksimal ucun duodenuma ağızlaştırılması
- d) Roux-en-Y koledokojejunostomi
- e) Uç-yan koledokojejunostomi

**AÇIKLAMA:** Cerrahi sırasında iyatrojenik koledok zedelenmeleri hemen rekonstrüktif bir işlemle düzeltilmelidir. İdeal tedavi bir T tüpün üzerinde uç-uca anastomoz yapılarak bütünlüğün sağlanmasıdır. Eğer yaygın doku kaybı nedeniyle bu mümkün değilse proksimal uç Roux en-Y şeklinde jejunuma anastomoz edilir.

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2. baskı, 1996, s. 976)

**27. Onaltı yaşında ve pigmentli safra taşları olan bir kız hastada aşağıdakilerden hangisinin olması en muhtemeldir?**

- a) Herediter sferositoz
- b) Sickle cell anemi
- c) Eliptositoz
- d) Akkiz hemolitik anemi
- e) Talasemi major

**AÇIKLAMA:** Herediter sferositozlu erişkin hastaların %85'inde pigmentli safra taşı görülür. Pigmentli safra taşı olan çocukların büyük kısmında da herediter sferositoz vardır. Tedavi splenektomi veya kolesistektomidir.

Cevap A (Stillman, General Surgery, 3. baskı, s. 139)

**28. Aşağıdaki yapılardan hangisi hem Hesselbach üçgeninin, hem de femoral üçgenin sınırını oluşturur?**

- a) İnför epigastrik damarlar
- b) Konjoid tendon
- c) Sartorius kası
- d) İnguinal ligament
- e) Hiçbiri

**AÇIKLAMA:** İnguinal ligament, Hesselbach üçgeninin inferior sınırını ve femoral üçgenin süperior sınırını oluşturur.

Cevap D (*Stillman, General Surgery, 3. baskı, s. 215*)

**29.Radyasyon enterokoliti ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?**

- a) Striktür formasyonu geç bir komplikasyondur
- b) Kanama yaygın vasküler ektazi nedeniyledir
- c) Arterit ve mukozal iskemi belirgin maruziyet seviyelerinde ortaya çıkar
- d) Hasar toplam doz 5000 radı geçince oluşur
- e) Cerrahi rutin olarak yapılmalıdır

**AÇIKLAMA:** Bu tür hastalarda cerrahi risklidir. Çünkü komşu bağırsak segmentleri de hasara uğradığından reanastomozlarda sorun çıkar. Konservatif yollar işe yaramadığında cerrahiye başvurulmalıdır.

Cevap E (*Cecil, Essentials of Medicine, Ch., s. 112*)

**30.Kolon kanserlerinde en sık hangi lokalizasyon görülür?**

- a) Splenik fleksura
- b) Desenden kolon
- c) Çekum
- d) Transvers kolon
- e) Rektosigmoid

**AÇIKLAMA:** Kolon kanserlerinin %50'si rektosigmoid bölgeden kaynaklanır.

Cevap E (*Way, Current Surgical Diagnosis, s. 654*)

**31.Postoperatif izlem ile ilgili aşağıdaki bilgilerden hangisi yanlıştır?**

- a) İdrar yolu enfeksiyonu postop 3 ile 6. günler arasında ateş sebebidir
- b) Yara enfeksiyonu postop 5 ila 8. günlerde ortaya çıkar
- c) Hastanın erken mobilizasyonu önemlidir
- d) Pulmoner komplikasyonlar ilk günlerde en sık ateş sebebidir
- e) Postop 3. günde üçüncü boşluğa sıvı sekestrasyonu olduğu için İV sıvı verilmelidir

**AÇIKLAMA:** Postoperatif izlemde ateşin ortaya çıktığı zaman ile en sık sebepleri seçeneklerde doğru olarak verilmiştir. Kateter enfeksiyonları İYE ile eşzamanlı dönemde görülür. Cerrahi sonrası üçüncü boşluğa sıvı sekestrasyonu olduğu için dehidratasyon siktir, ancak postop 3-4. günlerde bu sıvı mobilize olduğundan sıvı kısıtlanmasına geçilmelidir.

Cevap E (*Akgül, Çağdaş Cerrahi, 2. baskı, s. 43*)

**32.Karın grafilerinde retroperitoneal travmayı düşündüren bulgular arasında yer almayan aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Psoas kenarlarının saptanmaması
- b) Psoas boyunca retroperitoneal hava alması
- c) Sağ böbrek üstünde hava olması
- d) Mide havasının yer değiştirmesi
- e) Double bubble görünümü

**AÇIKLAMA:** Künt veya penetran karın travmalarında, karın grafileri retroperitoneal travma bulguları açısından dikkatle incelenmelidir. Bunlar;

1. Psoas boyunca retroperitoneal hava olması
2. Psoas kenarlarının saptanamaması
3. Sağ böbrek üstünde hava olması
4. Mide havasının yer değiştirmesidir.

Double bubble görünümü ise duodenal atrezili çocuklarda karın grafilerinde izlenen bir bulgudur.

Cevap E (*Sayek, Temel Cerrahi, s. 242*)

**33.Aşağıdakilerden hangisi mide Ca'da inoperabilite kriteri değildir?**

- a) Karında assit varlığı
- b) Karaciğerde solid 2x2 cm boyutlarında metastaz
- c) Wirchof nodülü
- d) Krukenberg tümörü
- e) Epigastrik LN tutulumu

**AÇIKLAMA:** Epigastrik lenf nodu tutulumu evre 2'de meydana gelir. Bu uzak metastaz sayılmayacağı için inoperabl sayılmayacaktır. Fakat diğerlerinin hepsi uzak metastaz sayılacağı için kabul edilirler.

Cevap E (*Sayek, 1995, s. 709*)

**34.Aşağıdakilerden hangisi abdominal hernileri önlemede en önemli oluşumdur?**

- a) Scarpa fasyası
- b) Transversus abdominis kası
- c) Fasya transversalis
- d) Pariyetal periton
- e) Inguinal ligament

**AÇIKLAMA:** Abdominal (veya transversalis) fasyasının bütünlüğü abdomen duvarının bütünlüğü için esastır. Eğer bu tabaka bozulmamışsa, herni yoktur. Gerçekte bir herni transversalis fasyada bir delik olarak tanımlanabilir. Periton ara kapanmasında çok az görev yaparken enfeksiyonun yayılmasına karşı önemli koruma sağlar.

Cevap C (*Sayek, Temel Cerrahi, 1994, s. 1090*)

35. Abdominal travmalarda meydana gelen dalak yaralanmalarının tedavisinde uygulanan dalağı koruyucu operasyonların kontrendikasyonları arasında bulunmayan aşağıdakilerden hangisidir?

- Ağır hiler vasküler yaralanma varsa
- Splenik hemostaz girişimi başarısız ise
- Splenik kopma veya çok parçalanma varsa
- Yanı sıra majör yaralanma nedeni ile hastanın durumu stabil değilse
- 2 cm ve daha küçük laserasyonlarda

**AÇIKLAMA:** Dalak yaralanmalarında hemen açılan hastalarda ölüm oranı %0.06 iken nonoperatif yaklaşımlarda bu oran %0-26 arasındadır. Dalak koruyucu operasyon için:

- Kanamayan kapsüller laserasyonlarda tedavi gerekmez.
- Minimal kanamalı, minimal laserasyonlarda (2 cm) mikrofibriller kollajen ve diğer hemostatik araçlar kullanılır.
- Daha büyük yaralanmalar dikiş ile tamir edilirler.
- Hilusuna içine almayan yaralanmalarda parsiyel splenektomi yapılabilir.

Dalak korucuyu operasyon kontrendikasyonları:

- Dalak yanısıra majör yaralanma nedeni ile hastanın durumu stabil değilse,
- Dalak kopmuş veya çok parçalanmış ise,
- Ağır hiler vasküler yaralanma varsa,
- Splenik hemostaz girişimi başarısız ise.

Cevap E (Sayek, *Temel Cerrahi*, s. 245)

36. Tiroidden alınan nodül biyopsisinin patolojik incelenmesinde gözlenen "Psammoma cisimleri" aşağıdaki kanserlerden hangisine spesifiktir?

- Papiller karsinom
- Foliküller karsinom
- Medüller karsinom
- Anaplastik karsinom
- Lenfoma

**AÇIKLAMA:** "Psammoma cisimleri" tiroidin papiller karsinomasında görülen spesifik patolojik değişikliklerdir. **Tiroid papiller karsinoması için patognomoniktir.** Papiller karsinomalar tiroide malignensilerinin %70'inden fazlasını oluşturur. **Menenjiomda ve over seröz tümörlerinde** de görülebilen bu cisimler distrofik kalsifikasyon örnekleridir.

Cevap A (Sayek, *Temel Cerrahi*, 1993, s. 1203)

37. Aşağıdakilerden hangisi Hürtle hücreli karsinom için yanlıştır?

- Foliküler hücreli neoplazilerin bir çeşididir
- Radyoaktif iyodu %60 oranında tutar

- Sıklıkla multifokal ve bilateraldir
- Hürtle hücreli karsinom demek için vasküler invazyon olması gereklidir
- Bu hastalarda santral lenf nodlarının diseksiyonu gereklidir

**AÇIKLAMA:** Hürtle hücreli karsinomlar radyoaktif iyodu %10 oranında tutarlar.

Cevap B (Schwartz, *Principles of Surgery*, 7. baskı, 1999, s. 1685)

38. Aşağıdakilerden hangisi malign melanom risk faktörleri için yanlıştır?

- Küçük nevüslerin sayısı arttıkça melanom riski artar
- Melanositik nevüslerin bulunduğu yerde melanom riski daha fazladır
- Melanomda ailesel yatkınlık çok yüksektir
- Saç ve cilt rengi melanoma riski ile ilgilidir
- Konjenital melanositik nevüslü kişilerde risk yüksektir

**AÇIKLAMA:** Melanomda ailesel yatkınlık %6-14 arasındadır.

Cevap C (Desmond, *Surgical Clin N Am*, 2003, s. 1-29(18))

39. Akseuar dalağın en az oranda görüldüğü yer aşağıdakilerden hangisidir?

- Gastrosplenik ligament
- Splenokolik ligament
- Büyük omentum
- Pelvis
- Splenorenal ligament

**AÇIKLAMA:** Akseuar dalak en sık dalak hilusunda ardından sırayla; gastrosplenik ligament, splenokolik ligament, splenorenal ligament büyük omentum, nadiren de pelvis ve skrotumda görülür.

Cevap D (Schwartz, *Principles of Surgery*, 7. baskı, s. 1501)

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

- Kemikte hem osteoklastik hem de osteoblastik aktiviteyi artırır
- 1 $\alpha$ -hidroksilaz aktivitesini stimüle ederek böbreklerde 25-hidroksikolekalsiferol'ün 1,25-dihidroksikolekalsiferol'e dönüşümünü artırır
- Vitamin D sentezini artırarak kalsiyumun GİS'den absorpsiyonunu artırır
- Böbrekten bikarbonat atılımını artırır
- 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 döngüsel AMP oluşumu ile sonuçlanır. Osteoklastların ise PTH reseptörü yoktur ancak indirekt olarak osteoblastlardaki döngüsel 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*)

**41.Primer hiperparatiroidizmin tedavisi ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- Semptomatik olgularda tedavi hemen her zaman cerrahidir
- Asemtomatik olgularda dahi erken cerrahi girişimin bazı komplikasyonları önlemek bakımından faydalı olduğu görülmüştür
- İyot<sup>131</sup> ile yapılan sintigrafik inceleme paratiroid bezi patolojisinin lokalize edilmesinde oldukça faydalıdır
- Hiperplazi olgularında lokalizasyon çalışmasına sıklıkla gerek yoktur
- Adenom ve hiperplazi olgularında yapılması gereken cerrahi tedavi farklıdır

**AÇIKLAMA:** Asemtomatik 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 semptomatik olgularda paratiroid eksplorasyonunun yapılmasıdır. Lokalizasyon çalışmasının endike olduğu durumlarda ise tercih edilmesi gereken incelemeler <sup>99m</sup>Tc-sestamibi sintigrafisi ve ultrasonografidir. Hiperparatiroidizm adenoma bağlı ise bu adenomu eksise etmek tedavide yeterli olur ancak bezlerde hiperplazi söz konusu ise subtotal paratiroidektomi (3.5 bezin çıkartılması) tercih edilmelidir.

Cevap C (*Kreml GA, Medina JE. Current issues in hyperparathyroidism. The Otolaryngologic Clinics*

*of North America, Vol.36, No.1, 2003, s.207-215*)

**42.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, premenopozal 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 belirteç 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.

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

**43.Cushing hastalığının sebebi nedir?**

- Adrenal bez tümörü
- Pituiter bez tümörü
- Ektopik ACTH salgılayan tümör
- Adrenal karsinom (malign tümör)
- Her türlü ACTH salgılayan tümör

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

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

**44.Aşağıdakilerden hangisi künt karın travması geçirmiş hastada tanısal peritoneal lavaj için kontrendikasyon oluşturur?**

- Açık ve kesin laparotomi gereksinimi
- Derhal kraniyotomi gereksinimi
- Kanama nedeniyle forakotomi veya tarafın ambulasyonu için hemen ameliyata alınma gereksinimi
- Şüpheli fizik muayene bulguları
- Önceden alınan ilaç veya alkol nedeniyle mental durumun güvenilmezliği

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

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

**45.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, 1999, s.1454-5*)

**46.Piyojenik karaciğer abselerinin en sık nedeni hangisidir?**

- a) Bilier 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 Abscess Hanley and Belfus Inc, 1996, s.210*)

**47.Evre .... erken meme kanseri olarak adlandırılmaktadır ve yapılabilecek en sınırlı cerrahi .... olup .... mutlaka eklenmelidir.**

**Bu cümlede yeralan boşluklar en uygun hangi seçeneklerle ile doldurulabilir?**

- a) I ve II-modifiye radikal mastektomi-kemoterapi
- b) I, II ve III-modifiye radikal mastektomi-radyoterapi
- c) I, II ve III-modifiye radikal mastektomi-radyoterapi+kemoterapi
- d) I ve II-lumpektomi+aksilla diseksiyonu-radyoterapi
- e) I ve II-lumpektomi+aksilla diseksiyonu-kemoterapi

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

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

**48.Aşağıdakilerden hangisi perianal fistül şekillerinden değildir?**

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

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

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

**-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, 1991, s.71*)

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

- 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 yeterli 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*)

50. 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 (obsturasyon) değil, intramural obstrüksiyon nedenidir.

Cevap B (Schwartz et al. Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.1054-1055)

51. İnkarserasyon ve strangülasyon eğilimi en fazla olan fitik tipi aşağıdakilerden hangisidir?

- Spigelian herni
- Femoral herni
- Direkt inguinal herni
- İndirekt inguinal herni
- Umbilikal herni

**AÇIKLAMA:** Strangülasyon, fitiğin en ciddi komplikasyonlarından. Genellikle inkarsere hernilerde ve yaşlılarda gözlenir. **Kasık fitiklarından femoral fitikler en sık strangüle olanlardır.** Kasık fitiklerinden sağda yerleşim gösterenlerde strangüleasyon daha sık gözlenir.

52. Kolorektal kanserler için premalign oluşum en çok hangisindedir?

- Familiyal adenomatöz polip
- Juvenil polip
- Hiperplastik polip
- Sesil polip
- Soliter polip

**AÇIKLAMA:** Kolorektal kanserlerin büyük çoğunluğunun etiolojisi 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, Malignant Tumors of the Colon, s.1780)

53. Safra taşı oluşumu ile aşağıdakilerden hangisinin ilişkisi bildirilmemiştir?

- Hemolitik hastalık
- Aort kapak replasmanı
- Doğum kontrol hapları
- İleal rezeksiyon
- Ülseratif kolit

**AÇIKLAMA:** Hemolitik hastalıklar sırasında artmış bilirubin oluşumuna bağlı pigment taşları görülür. Aort kapak replasmanında olduğu gibi mekanik travmaya bağlı hemolizde safra taşları artar. Östrojen kullanımı kolesterol düzeyini yükseltir ve safra kesesi boşalmasını baskılar. İleum rezeksiyonu safra emilimini engelleyerek, safrada kolesterol oranını yükseltir. Ülseratif kolitte ise kolonun safra metabolizması ile ilişkisi olmadığından safra taşlarında artış yoktur.

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2. baskı, s. 947)

54. Daha önce safra yolları ameliyatı geçirmemiş bir hastada pneumobilia (safra yollarında hava) en çok hangi patolojiyi düşündürmelidir?

- Akut kolesistit
- Süpüratif kolanjit
- Paraziter hastalıklar
- Biliyer enterik fistüller
- Safra yolları karsinoması

**AÇIKLAMA:** Safra yollarında hava amfizematöz kolesistit ve bilioenterik fistüllerde görülür.

Cevap D (Değerli Cerrahi-2, s. 334)

55. Aşağıdakilerden hangi damarın ligasyonunda karaciğer enzimlerinde bir yükselme beklenmez?

- Sağ hepatik arter
- Sol hepatik arter
- Gastroduodenal arterin distal kısmında ana hepatik arter
- Gastroduodenal arterin proksimal kısmında ana hepatik arter
- Hiçbiri

**AÇIKLAMA:** Sağ ve sol hepatik arter ligasyonu enzim yükselmesine yol açmakla birlikte genellikle tolere edilebilir. Hepatik arterin gastroduodenal arterin

distalinden bağlanması daha risklidir. Proksimalinden bağlandığında ise kollateraller devreye girer.

Cevap D (*Shakleford's Surgery of the Alimentary Tract, Cilt 3, 1996, s. 447*)

**56.İnce bağırsakların en sık görülen sarkomu hangisidir?**

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

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

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

**57.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 diffüz özofagus spazmı, kardiyospazm ve özofajit gibi patolojilere sık rastlanması bu düşünceyi kanıtlar niteliktedir. **Olguların ¾'ünde hiatal herni divertiküle eşlik eder.**

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

**58.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, Colonic Polyps. s.1657*)

**59.Aşağıdakilerden hangisi kanama zamanının oluşumunda rol oynamaz?**

- a) Trombosit
- b) ADP
- c) TF4
- d) Mg
- e) 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*)

# ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON

1. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır ?

- a) İspiryonun en önemli kası diyafragmadır
- b) Solunan gazın nemlendirilmesi ve filtre edilmesi üst solunum yolunun fonksiyonudur
- c) Akciğerlerde gaz değişimi sadece alveol seviyesinde olur
- d) Diyafragma C3-C5 sinir kökünden çıkan frenik sinir tarafından innerve edilir
- e) Vagal aktivite muskarinik reseptörler aracılığı ile bronkokonstrüksiyon ve bronşiyal sekresyonlarda artmaya neden olur

**AÇIKLAMA:** Akciğerlerde respiratuvar bronşiyol seviyesinde başlayan, alveol kanalı ve alveol keseciği ile devam eden bir gaz değişimi mevcuttur, gaz değişimi sadece alveol seviyesinde olmaz.

Cevap C (*Morgan GE, Mikhail MS, Murray JM, Klinik Anesteziyoloji, 4. baskı, 2008, s.439-40*)

2. Malign Hipertermi riski olduğu bilinen bir vakada anestezi için hangi ajan güvenlidir?

- a) Halotan
- b) Süksinilkolin
- c) Propofol
- d) Sevofluran
- e) Eter

**AÇIKLAMA:** Doğru seçenek propofoldür. İnhalasyon ajanları ve depolarizan kas gevşeticiler malign hipertermiyi indükler ve başlatır.

Cevap C (*Morgan GE, Mikhail MS, Murray MJ, Clinical Anesthesiology Lange, 2002, s.869-874*)

3. Genel anestezi sırasında kas gevşeticilerden hangisi uygulandığında fasikülasyon beklenmelidir?

- a) Panküronyum
- b) Atraküryum
- c) Veküronyum
- d) Mivaküryum
- e) Suksametonyum

**AÇIKLAMA:** Süksinil kolin=suksametonyum depolarizasyonla fasikülasyona neden olur.

Cevap E (*G.E. Morgan, Clinical Anesthesiology, third edition*)

4. Aşağıdakilerden hangisi endotrakeal entübasyon sırasında gelişen komplikasyonlardan değildir?

- a) Aspirasyon
- b) Dental hasar

- c) Laringospazm
- d) Laringeal travma
- e) Endobronşiyal entübasyon

**AÇIKLAMA:** Doğru cevap C seçeneğidir. Diğer seçeneklerdeki komplikasyonlar endotrakeal entübasyon işlemi sırasında ortaya çıkabilirken laringospazm komplikasyonu ekstübasyondan sonra gelişebilmektedir.

Cevap C (*Ezekiel MR, Anesteziyoloji El Kitabı, 2006, s.157-8*)

5. Aşağıdakilerden hangisi önlenebilir anestezi kazalarına yol açan insan hatalarından değildir?

- a) Solunum devresinde fark edilmeyen kaçaklar
- b) Yanlış ilaç uygulaması
- c) Solunum yolu kontrolünün sağlanmasında hata
- d) Anestezi cihazının yanlış kullanımı
- e) Pozisyona bağlı hava embolisi

**AÇIKLAMA:** İlk dört seçenek insana bağlı anestezi hatalarından en sık görülen örneklerdir. Oysa Pozisyona bağlı hava embolisi hastanın operasyonu sırasında gelişebilecek bu duruma özel bir komplikasyon olup gelişme oranı ve şiddeti tamamen olguya özeldir. Öncelikli olarak oluştuğunda tedavisinin gerçekleştirilip gerçekleştirilmemesine bağlı olarak gelişecek sonuçta ikincil bir insan faktörü rol oynayabilir.

Cevap E (*G.E. Morgan, M.S. Mikhail, Klinik Anesteziyoloji, 2002, s.805*)

6. Genel anestezi uygulanacak "Yanık ve Travma" lı bir hastada aşağıdaki cümlelerden hangisi yanlıştır?

- a) Depolarizan kas gevşeticiler uygulandığında, ekstrasjunksiyonel reseptörlerin kanal açılış cevabı artar
- b) Küçük dozlarda uygulanan nondepolarizan ajanlar, ekstrasjunksiyonel reseptörler üzerindeki suksinilkolin cevabını engeller
- c) Masif yanıklı hastalar d-tubakurarin ve nondepolarizan ajanlara karşı direnç gösterirler
- d) Ekstrasjunksiyonel reseptörler, intrajunksiyonel reseptörlere oranla farklı bir protein yapısı taşırlar
- e) Denervasyondan sonra, ekstrasjunksiyonel reseptörler çoğunlukta dirlar

**AÇIKLAMA:** Yanık ve travma vakalarında özellikle sinir hasarı mevcutsa, ekstrasjunksiyonel reseptörlerde artış gözlenir. Bu asetilkoline hassasiyeti, daha da ö-



nemlisi depolarizan kas gevşeticilerine karşı hassasiyeti artırır. Depolarizan kas gevşeticilerinden özellikle suksinilkolin hiperkalemi ve kontraksiyona neden olur. Nondepolarizan kas gevşetici ajanların bu olaylar üzerinde düzeltici bir etkileri yoktur.

Cevap B (*DG Silverman, NR Connelly, Review of Clinical Anesthesia, s.78-80*)

**7. Serebral kan akımı üzerine en etkili olan aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Arteriyal kan parsiyel oksijen basıncı
- b) Arteriyal kan parsiyel karbondioksit basıncı
- c) Arteriyal kan bikarbonat değeri
- d) Arteriyal kan glukoz düzeyi
- e) Arteriyal kan hematokrit değeri

**AÇIKLAMA:** Serebral kan akımı üzerine en etkili olan dış etkenler solunumsal gaz basınçları, özellikle de parsiyel karbondioksit basıncıdır. Serebral kan akımı 20-80 mmHg arasındaki parsiyel karbondioksit basıncına direkt bağlıdır.

Cevap B (*Morgan, Clinical Anesthesiology, 3rd ed, 2002, s.554*)

**8. Geç dönemde oluşan hipodinamik septik şok için aşağıdakilerin hangisi yanlıştır?**

- a) Düşük veya normal periferik vasküler rezistans
- b) Miks venöz oksijen satürasyonu düşük olabilir
- c) Pulmoner hipertansiyon belirgindir
- d) Pulmoner vasküler rezistansın yükselmesi ile pulmoner diyastolik basınç ve Pulmoner arter wedge basıncı arasındaki fark genişler
- e) Bu basınçlar arasındaki farkın daralması yüksek mortalite ile ilişkilidir

**AÇIKLAMA:** Geç dönemde oluşan hipodinamik septik şokta düşen periferik vasküler rezistansa karşılık artan bir pulmoner vasküler rezistans vardır. Pulmoner diyastolik basıncın düşmesi veya pulmoner vasküler rezistansın artması, kısaca bu basınçlar arasındaki farkın azalması değil tersine farkın artması yüksek mortalite ile ilişkilidir.

Cevap E (*G.E. Morgan, M.S. Mikhail, Klinik Anesteziyoloji, 2002, s.805*)

**9. Uzun süreli kullanımlarında megaloblastik anemi ve periferik polinöropati yapabilen inhalasyon ajanı aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Halotan

- b) İsofluran
- c) Azot protoksit
- d) Desfluran
- e) Sevofluran

**AÇIKLAMA:** Azot protoksit uzun süreli maruz kalma kemik iliği depresyonu (megaloblastik anemi) ve nörojenik yetersizliğe (periferik nöropati) neden olabilmektedir.

Cevap C (*Morgan, Clinical Anesthesiology, 4th ed, 2008, s.166*)

**10. Aşağıdakilerden hangisi mixed venöz oksijen basıncını azaltmaz?**

- a) Hipoksi
- b) Titreme
- c) Kardiyak output'da azalma
- d) Hemoglobin konsantrasyonunda azalma
- e) Hipotermi

**AÇIKLAMA:** Mixed venöz oksijen basıncı, oksijen sunumu ve tüketimi arasındaki dengeyi yansıtır. Buna göre oksijen tüketimini arttıran hipertermi, titreme, malign hipertermi ile oksijen sunumunu azaltan hipoksi, kardiyak output'un azalması, Hb konsantrasyonunda azalma gibi nedenler mixed venöz oksijen basıncını azaltır. Yüksek kardiyak output, soldan sağa şant, hipotermi gibi durumlarda ise artar.

Cevap E (*Miller RD. Miller's Anesthesia. 6. baskı. 2005. s.1453*)

**11. Aşağıdakilerden hangisi mixed amid yapıda lokal anestetik değildir?**

- a) Mepivakain
- b) Lidokain
- c) Prokain
- d) Bupivakain
- e) Ropivakain

**AÇIKLAMA:** Lokal anestetik molekülü ester veya amid yapıda bir zincir ile birbirine bağlı olan bir tersiyer amin ve aromatik halkadan oluşur. Bağlayıcı zincirin yapısına göre de ester ve amid yapıları lokal anestetikler olarak iki gruba ayrılırlar. Buna göre; bupivakain, dibukain, etidokain, lidokain, mepivakain, prilokain ve ropivakain amid; klorprakain, kokain, prokain ve tetrakain ester grubu lokal anestetiklerdir.

Cevap C (*Miller RD. Miller's Anesthesia, 6. baskı. 2005. s.574-5*)

# ÇOCUK CERRAHİSİ

1. Aşağıdaki preparatlardan hangisi noktürnal enürezis tedavisinde kullanılan ve vazopressör etkisi olmayan sentetik bir antidiüretik hormon (ADH) analogudur?

- a) İmipramin
- b) Oksibutinin
- c) Prazosin
- d) Desmoperisin asetat
- e) Terazosin

**AÇIKLAMA:** Desmoperisin: (MİNİRİN) noktürnal enüreziste kullanılan ADH analogudur.

Cevap D (*Başaklar AC. Bebek ve Çocukların Cerrahi ve Ürolojik Hastalıkları. 1. Baskı. 2006, s.1449*)

2. Alt üriner sistem idrar depolama, taşıma ve boşaltımı ile ilgili fizyolojik ve patolojik etkenlerin ortaya konulmasına yardımcı "ürodinamik" incelemelerin içinde olmayan çalışma aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Sistometri
- b) Flovmetri
- c) GFR (Glomerüler filtrasyon hızı)
- d) Üretral sfinkterin EMG aktivitesi
- e) Üretral basınç profili

**AÇIKLAMA:** Ürodinamik incelemeler; sistometri, flovmetri, üretral basınç profili, üretral sfinkter EMG aktivitesinden oluşur. GFR ölçümü ile ilgili bir tetkik değildir.

Cevap C (*Başaklar AC. Bebek ve Çocukların Cerrahi ve Ürolojik Hastalıkları. 1. Baskı. 2006, s.1413*)

3. Aşağıdakilerden hangisi bir omfalomezenterik kanal artığı olan Meckel divertikülü için doğru değildir?

- a) Barsak duvarının dört katmanını da içerdiği için gerçek bir divertiküldür
- b) Sıklıkla iki majör komplikasyona yol açar (kanama ve perforasyon)
- c) İnvajinasyonlarda leading point (başlatıcı nokta) olabilir
- d) Olguların çoğunda (%70 olguda) ileoçekal valvin yaklaşık 50 cm distalindedir
- e) Yaklaşık %95 olguda iki ektopik dokudan birinde (mide, pankreas) görülür

**AÇIKLAMA:** Olguların çoğunda (%70 olguda) ileoçekal valvin yaklaşık 50 cm proksimalindedir.

Cevap D (*Başaklar AC. Bebek ve Çocukların Cerrahi ve Ürolojik Hastalıkları. 1. Baskı. 2006, s.784*)

4. Aşağıdaki patolojilerin hangilerinde direkt karın grafisinde barsak gazı görülmez?

- a) İzole özofagus atrezi
- b) Duodenal atrezi
- c) Larengial atrezi
- d) Mekonyum ileusu
- e) Koanal atrezi

**AÇIKLAMA:** Özofagusun distali ile trakea arasında fistül olmaması nedeniyle midede gaz görülmez.

Cevap A (*Ziegler MM, Azizikhan RG, Weber TR, Morrow SE, Ashcraft KW: Operative Pediatric Surgery, 1.Baskı, 2003, s. 249-350*)

5. Duodenal Atrezi ile ilişkili olmayan aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Anhidroamnios
- b) Safrasız kusma
- c) Double-Bouble işareti
- d) Safralı kusma
- e) Down sendromu

**AÇIKLAMA:** Duodenal atrezili hastalarda amnion sıvısının doğal sirkülasyonun olmaması nedeniyle polihidroamnios görülür.

Ayrıca duodenal obstrüksiyonun ampulla vaterin distal ve proksimal olmasına göre safralı veya safrasız kusma olabilir.

Down sendromuyla ilişkisi vardır.

Cevap A (*Ziegler MM, Azizikhan RG, Weber TR, Strauch ED, Hill JL: Operative Pediatric Surgery, 1.Baskı, 2003, s. 589-590*)

6. Hangisi duktus omfalomezenterikus artığı değildir?

- a) Urakus kisti
- b) Meckel divertikülü
- c) Vitellin bandı
- d) Umbilikal granülom
- e) Vitellin kisti

**AÇIKLAMA:** Duktus omfalomezenterikus artığı şunlardır.

Meckel divertikülü, Vitellin bandı, Umbilikal granülom, Vitellin kisti.

Urakus kisti ise urakus artığıdır.

Cevap A (Ziegler MM, Azizikhan RG, Kokoska ER, Weber TR: *Operative Pediatric Surgery*, 1. Baskı, 2003, sayfa 539-542)

**7. Aşağıdakilerden hangisi infantil hipertrofik pilor stenozu (İHPS) için doğru değildir?**

- a) Fizik muayenede ve sonografik görüntülemelerde da olive (zeytin) tespit edilmesi tanıda önemlidir
- b) Klasik kliniği 3-6 haftada başlar
- c) Cerrahi tedavisi piloromyotomidir
- d) Fıskırır tarzda safrazsız kusma en önemli şikayettir
- e) Kusmaya bağlı hipokloremik metabolik asidoz olur

**AÇIKLAMA:** İHPS'nda Hipokalemik hipokloremik metabolik alkaloz görülür.

Hipertrofiye olmuş pilor, fizik muayene ile zeytin gibi palpe edilir.

Cevap E (Ziegler MM, Azizikhan RG, Weber TR, Barksdale EM: *Operative Pediatric Surgery*, 1. Baskı, 2003, s. 583-588)

**8. Dokuz aylık erkek bebek ani başlayan huzursuzluk, safıralı kusma, batında distansiyon ve kanlı gaita çıkışı şikayetleri ile getiriliyor. Olası tanınız nedir?**

- a) Malrotasyon
- b) Meckel divertikülü
- c) İnvajinasyon
- d) Akut apandisit
- e) Hpertrofik plor stenozu

**AÇIKLAMA:** İnvajinasyon, 3 yaş altı çocuklarda ani başlayan ve ara ara daha da şiddetlenen karın ağrısı, safıralı kusma, batında distansiyon ve ilerleyen saatlerde kanlı gaita şeklinde klinik bulgular verir. İntestinal kolik, gastroenterit, intestinal duplikasyon, inkarsere herni ve apandisit ayırıcı tanıları arasında bulunur.

Cevap C (Oldham KT. *Principles and Practice of Pediatric Surgery*, 4. baskı, 2005, s. 1298)

**9. Hirschsprung hastalığı hakkında hangisi yanlıştır?**

- a) Yaklaşık 5000 canlı doğumda bir görülür
- b) Miyenterik ve submukozal ganglion hücrelerinin yokluğu sonucu barsak peristaltizminin olmaması ile karakterizedir
- c) Klinik bulguları; yenidoğan döneminde barsak tıkanıklığı, kronik kabızlık veya enterokolit ataklarıdır

- d) Kesin tanı baryumlu kolon grafisi ile konur
- e) Bazı sendrom ve genetik anomalilerle birlikte görülme sıklığı artmaktadır

**AÇIKLAMA:** Hirschsprung hastalığı yaklaşık 5000 canlı doğumda bir görülür. Myenterik ve submukozal ganglion hücrelerinin yokluğu sonucu barsak peristaltizminin olmaması ile karakterizedir. Klinik bulguları; yenidoğan döneminde barsak tıkanıklığı, kronik kabızlık veya enterokolit ataklarıdır. Tanı için baryumlu kolon grafisi, anorektal monometri ve rektal biopsi yapılır. Baryumlu kolon grafisinde rektosigmoid bölgede geçiş hattının görülmesi demonstratiftir. Ancak yenidoğan bebeklerde, çok kısa segment Hirschsprung hastalığında ve uygun çekilmeyen kolon grafilerinde geçiş hattı görülmeyebilir. Rektumda dentat linenin 1-2 cm üzerinden alınan biopside mukoza ve submukozal ganglion hücrelerinin görülmesiyle kesin tanı konur.

Cevap D (Oldham KT. *Principles and Practice of Pediatric Surgery*. 4. baskı. 2005. s. 1348)

**10. Tiroglossal kist ve fistüllerle ilgili hangisi yanlıştır?**

- a) Tiroglossal duktusun kısmen veya bütünüyle oblitere olamaması ve kanalın iç yüzünü döşeyen epitelyum hücrelerinin müküs salgılamaya devam etmesi sonucu oluşurlar
- b) Boyun orta hattında yerleşmiş lezyonlardır
- c) Konjenital kaynaklı servikal kistler arasında brankial artıklar ve dermoid kistlerden sonra üçüncü sıklıktadır
- d) Tiroglossal kistler, proksimalde hyoid kemik ve foramen çekumla devam eden ilişkisi nedeniyle yutkunma ile aşağı yukarı doğru hareket ederler
- e) Cerrahi eksizyonda kist traktusu ile beraber hyoid kemiğin korpusunun da çıkartılması nükslerin önlenmesi açısından şarttır

**AÇIKLAMA:** Tiroglossal kistler konjenital kaynaklı servikal kistler arasında en sık görülenidir. Boyun orta hattında yerleşirler, yutkunma ile hareket ederler. Tiroglossal duktusun kısmen veya bütünüyle oblitere olamaması ve kanalın iç yüzünü döşeyen epitelyum hücrelerinin müküs salgılamaya devam etmesi sonucu oluşurlar. Cerrahi eksizyonda kist traktusu ile beraber hyoid kemiğin korpusunun da çıkartılması nükslerin önlenmesi açısından şarttır.

Cevap C (Başaklar AC. *Bebek ve Çocukların Cerrahi ve Ürolojik Hastalıkları*. 1. Baskı. 2006, s.2066)

# KALP-DAMAR CERRAHİSİ

## 1. Mitral kapak hastalıkları için hangisi yanlıştır?

- Akut arteriyel tıkanma en sık atriyal fibrilasyon olan mitral kapak hastalarında görülür
- Mitral stenozda sol atrial dilatasyon gelişir
- Mitral stenozda AC grafisinde üst pulmoner venler belirgindir
- Mitral stenozda valvde kalsifikasyon yoksa Mitral Balon Valvüloplastisi (MBV), Kapalı Mitral Kommisürotomi (KMK) veya Açık Mitral Kommisüromi (AMK) uygulanabilir
- MVR için prostetik kapak kullanılan hastalarda varfarin (Coumadin) kullanımına gerek yoktur

**AÇIKLAMA:** Mitral valv replasmanı (MVR) için prostetik kapak kullanılan hastalarda varfarin (Coumadin) kullanımına hayat boyunca gerek vardır.

Cevap E (E. Duran, Kalp ve Damar Cerrahisi, 1. Baskı, 2005; s.1193-200)

## 2. Hangisinin tedavisinde kardiyopulmoner bypass (Kalp-AC makinesi) kullanılmaz?

- Supravavüler aort stenozu
- Valvüler aort stenozu
- Kapalı Mitral Kommisürotomi
- Mitral Valv Replasmanı
- Tip A aort disseksiyonu

**AÇIKLAMA:** Kapalı Mitral Kommisürotomi kapalı kalp ameliyatıdır ve Kalp-AC makinesi kullanılmaz.

Cevap C (E. Duran, Kalp ve Damar Cerrahisi, 1. Baskı, 2005; s.1047-74)

## 3. Buerger Hastalığı (Tromboanjitiis Obliterans) için hangisi yanlıştır?

- Genellikle genç erkeklerde görülür
- Sigara ile ilişkilidir
- HLA ag'leri ile ilişkisi yoktur
- Arteri tüm katlarıyla tutar
- Küçük ve orta çaplı arterleri tutar

**AÇIKLAMA:** Buerger Hastalığı HLA ag ile ilişkili olup, özellikle HLA-A9 ve HLA-B5 de sık görülür.

Cevap C (E. Duran, Kalp ve Damar Cerrahisi, 1. Baskı, 2005; s.779)

## 4. Mitral valv ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- Normal mitral valv alanı 4.0-6.0 cm<sup>2</sup> dir
- Semptomatik mitral stenoz alanı: 1.4-2.5 cm<sup>2</sup> dir
- Kritik mitral stenoz alanı: 1.0 cm<sup>2</sup> dir

- Mitral stenozda S1 sert, mitral açılma sesi ve diyastolik rulman duyulur
- Mitral stenozda sol ventrikül erken dönemde büyür

**AÇIKLAMA:** Mitral Stenozda sol ventrikül büyüklüğü genellikle görülmez.

Cevap E (E. Duran, Kalp ve Damar Cerrahisi, 1. Baskı, 2005; s.1193-200)

## 5. Derin ven trombozu (DVT) için hangisi yanlıştır?

- Genellikle altta yatan sebep vardır (Virchow triadı)
- %50 olguda Homans belirtisi (ayağın dorsifleksiyonu ile ağrı) vardır
- %30-40 DVT asemptomatiktir
- En sık baldır venlerinde (Popliteal ven) görülür
- Faktör V Leiden, Protein C, Protein S ve AT-III eksiklikleri saptandığında antikoagülan tedavi gerekmez

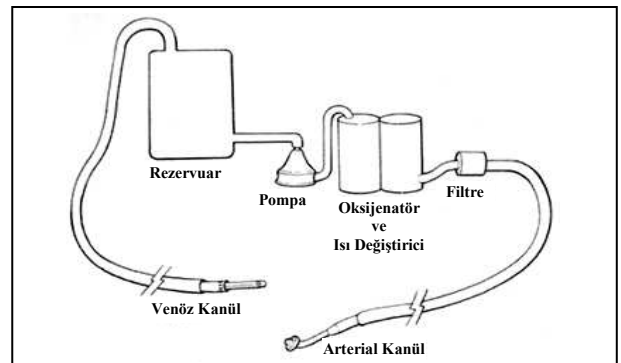
**AÇIKLAMA:** Faktör V Leiden, Protein C, Protein S ve AT-III eksiklikleri saptandığında antikoagülan tedavi gerekir.

Cevap E (E. Duran, Kalp ve Damar Cerrahisi, 1. Baskı, 2005; s.863-64)

## 6. Aşağıdakilerden hangisi açık kalp cerrahisinde kullanılan kardiyopulmoner bypass pompasının elemanlarından değildir?

- Venöz kanül sistemi
- Rezervuar
- Pompa
- Oksijenatör
- Defibrilatör

**AÇIKLAMA:** Kardiyopulmoner bypass sistemi açık kalp cerrahisinde ameliyat esnasında kalp ve akciğerlerin devre dışı bırakılabilmesine olanak sağlayan ve normal insan kalp ve akciğerlerinin yerini geçici olarak alan bir sistemdir. Diğer adı yapay kalp akciğer makinasıdır.



Sistem kalbe (sağ atriyum) dönen ve vücutta kullanıldıktan sonra oksijen doygunluğu azalmış olan kanın bir **venöz kanül ve boru hattı** sistemi ile makineye yönlendirilmesi, burada **rezervuara** aktarıldıktan sonra bir **pompa** yardımı ile **oksijenatör** adı verilen oksijenlendirici bölümde oksijen ve karbondioksit değişimi sağlanıp, tekrar oksijen doygunluğunun artırılması ile hastanın arterial sistemine geri verilmesi işleminin ibarettir.

Defibrilatör, taşiaritmilerde senkronize veya asenkronize şekilde kalbe direkt elektrik akımı verilerek kardiyak hızı yavaşlatma ve aritmiyi düzeltme amacıyla kullanılan cihazdır.

Cevap E (Cohn LH: *Cardiac Surgery in the Adult*, 3. Baskı, 2008, s.350)

#### 7. Aşağıdakilerden hangisi heparinle uyarılan trombositopeninin (HIT) bir özelliği değildir?

- Vücutta trombozlar gelişebilir
- Trombosit sayıları azalır
- Düşük molekül ağırlıklı parçalanmış heparinlerde daha nadir görülür
- Daha önce heparin kullananlarda daha sık rastlanabilir
- Tedavisinde heparin dozunu artırmak gereklidir

**AÇIKLAMA:** Heparinin kesilmesi tedavinin ana kuralıdır.

Heparinle uyarılan trombositopeni (Beyaz Pıhtı Sendromu), heparin kullanılan hastalarda bağışıklık sisteminin uyarılması ile gelişen ve açık kalp cerrahisinin en çok korkulan komplikasyonlarından birisidir. Heparin kullanımı ile %3-%5 oranda gözlenir. Heparin platelet faktör 4'e karşı oluşan antikorların oluşturduğu immün komplekslerin yan etkisi olarak ortaya çıkar. Bu immün kompleksler trombositlere bağlanır. İntravasküler trombosit aktivasyonu, trombositopeni ve tromboembolik komplikasyonlara yol açan platelet aktivasyonu gelişir ve bu durum ekstremitte kaybı, hatta ölümlle sonuçlanabilir.

Genellikle heparin verildikten sonra ortalama 5-15 günlerde ortaya çıkar. **Trombosit sayısının bazal değerinin %50'sinin altına inmesi** tanıda çok değerlidir. Veya trombosit sayısının %30 azalması ile beraberinde trombotik komplikasyonların bulunması ve hastanın en az 5 günlük bir heparin tedavisi almış olması tanı için çok yol göstericidir. En korkulan komplikasyonları ameliyat sonrası derin venlerde tromboz, pulmoner embolizasyonlar, yerleştirilmiş greftlerin erken post operatif **tromboza** bağlı tıkanması olarak görülür.

Heparinden başka düşük molekülü heparin preparatlarının kullanımında daha az sıklıkla gözlenir. Gereksiz yere heparin kullanımının kısıtlanması önerilir. Düşük molekül ağırlıklı heparinler tercih edilmelidir.

Tedavide, **heparin uygulamasına son verilmelidir.**

Ayrıca doğrudan etkili trombin inhibitörleri; rekombinant yöntemlerle elde edilen hirudin (**lepirudin**) (irreversibl etkili), sentetik intravenöz ilaç **Argatroban** (reversibl ve kısa etkili) ve **Bivaluridin** (ultra kısa etkili hirudin analogudur ve daha çok akut koroner sendromlarda antikoagulan olarak kullanılır) de kesilmelidir. HIT bulunan hastalarda kardiyopulmoner bypass uygulanacaksa **Danaparoid** (Orgaran), **ancrod**, **rekombinant hirudin** (refludan) ile çeşitli düzeylerde başarı elde edilmiştir. Bu tür ilaçların en büyük sorunu irreversibl olmaları ve potansiyel olarak kanamalara yol açmalarıdır.

Cevap E (Cohn LH: *Cardiac Surgery in the Adult*, 3. Baskı, 2008, s.90,372-374,372)

#### 8. Aşağıdakilerden hangisi infektif endokardit için doğru değildir?

- Endokarditin öncelikli tedavisi cerrahidir
- Kan kültüründen her zaman mikroorganizma üretilmeyebilir
- Tromboemboli komplikasyonlarına neden olabilir
- Her infektif endokardit olgusunda ateş görülmeyebilir
- Organlarda kanamalar gelişebilir

**AÇIKLAMA:** Infektif endokarditin (İE) öncelikli tedavisi uygun antibiyotiğin verilmesidir.

Endokardit kalbin iç tabakası olan endokardı tutan iltihaplı bir hastalıktır. Sıklıkla stafilokok ve streptokok türleri ile oluşabilir. Stafilokok aureus, akut ve fulminan seyirli bir hastalığa neden olurken, streptokok viridans daha çok subakut ve klinik olarak daha müphem bir infeksiyon karakterindedir. Endokardite neden olan diğer etkenler, HACEK grubu mikroorganizmalardır (Haemophilus, Actinobacillus, Cardiobacterium, Eikenella, Kingella). Ayrıca nadiren mantarlar, Brucella gibi türler de infektif endokardit sebebi olabilirler. Bazı olgularda kan kültüründen herhangi bir sorumlu mikroorganizma üretilmeyebilir (Kültür Negatif Endokarditler).

İnfektif endokardit tanısı için Duke Üniversitesi tarafından önerilen kriterler AHA (American Heart Association) ve ACC (American College of Cardiology) tarafından yayınlanan tedavi kılavuzlarında yer almış ve tüm dünyada genel kabul görmektedir.

#### DUKE KRİTERLERİ:

##### Majör kriterler:

##### 1. Kan kültürü bulguları

- En az 12 saat arayla alınan 2 ayrı kültürde pozitif sonuç çıkması.
- 3 ayrı kültürde (birinci ve sonuncu alınan ör-

nekler arasında en az 1 saat zaman olmalı pozitif sonuç bulunması.

## 2. EKO bulguları

- Osile eden intrakardiyak kitle görüntülenmesi
- Abselerin varlığının saptanması
- Yapay kapakta yeni oluşmuş bir ayrışmanın varlığı

## 3. Muayene bulguları

Yeni saptanan kapak yetmezliği üfürümü (eski-den var olan üfürümün artması veya kötüleşmesi buna dahil değildir.)

### Minor kriterler:

1. Hastalığa karşı predispozan faktörlerin varlığı
2. Ateş (38.0° dereceyi aşan ateş) saptanması
3. Vasküler fenomenlerin saptanması (Kanama ve embolizasyonlara bağlı gelişirler)
  - \* Majör arterial emboliler
  - \* Septik akciğer infarktüsleri
  - \* Periferik arterlerde mikotik anevrizmaların gelişmesi
  - \* İntrakraniyal kanamalar
  - \* Konjunktival kanamalar
  - \* **Janeway lezyonları. Patognomoniktir!** Ağrısız kırmızı mavi renkte kanamalı lezyonlardır. Ayak tabanlarında ve el ayalarında bulunan birkaç milimetre çapında lezyonlardır
  - \* Splinter hemorajiler (Tırnak yataklarında çizgisel şekilde dağılmış kanamalardır)
  - \* Göz dibinde fundus oculi'de kanamalı alanlara rastlanabilir.
  - \* Ciltte görülen peteşiler
4. İmmunolojik fenomenler
  - \* Glomerulonefritler
  - \* Osler nodülleri (Parmak pulpalarında akut oluşan, hassas ve nodüler lezyonlardır)
  - \* **Roth lekeleri. Patognomoniktir!** (Göz dibinde optik disk etrafında oval bir soluk alan ve etrafında kanamalı bölgeden ibarettir)
  - \* Romatoid faktör pozitifliği bulunabilir
5. Minör mikrobiyolojik bulgular (Pozitif fakat, major kriterlere uymayan kan kültürü)
6. Minör eko bulguları (Majör kriterleri taşımayan eko bulguları)
7. Splenomegali
8. Periferik lezyonlarda mikroorganizma üretilmesi
9. Parmaklarda çomaklaşma (Özellikle kronikleşmiş, uzun süren tedavisiz olgularda karşımıza çıkar)

10. Kan biyokimyası bulguları tanıya özel değildir

- 1 haftadan fazla zaman geçmiş olgularda retikülositoz olmaksızın anemi gelişir
- Lökosit sayısı hafif artmış bulunabilir.

Endokardit tanısı için 2 majör kriterin veya 1 major 2 minör kriterin varlığı gerekir. Major kriter saptanmışsa, 5 minör kriterin varlığı da tanı koydurucudur.

Bazı predispozan faktörler infektif endokardit oluşmasını kolaylaştırır.

1. Özellikle kalpte türbülansa neden olan bazı durumlar:
  - o Romatizmal kapak hastalığına bağlı kapak stenozu ve yetmezlikleri
  - o Sıkı darlıklara veya kalp odacıkları arasında şantlara neden olan konjenital kalp hastalıkları
  - o Miksomatöz mitral kapak hastalığı
  - o Hafif kalsifiye olmuş biküsbite aort kapaklar
  - o Yapay kapaklar ve dikiş halkaları
2. Bakteriyemiye neden olan bazı durumlar:
  - o Diş çekimi
  - o Endoskopik prosedürler
  - o İntravenöz ilaç kullanımı (uyuşturucu bağımlıları)
  - o Hemodiyaliz hastaları

**Uygun antibiyotik seçilmesi infektif endokarditin en önemli tedavi aşamasıdır.** Cerrahi, komplike olgularda ve klinik durumun kötüleştiği antibiyotiğe yanıt olmayan olgularda uygulanmalıdır.

Antibiyotikler kan kültürleri alınır alınmaz hemen başlanmalıdır. İkili veya üçlü kombinasyon tedavisi en az 6 hafta devam etmelidir.

Ancak Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa, Serratia marcescens, mantarlar veya HACEK grubu mikroorganizmaları sadece antibiyotik vererek eradike etmek mümkün değildir. Bu nedenle bu tür mikroorganizmalardan herhangi biri izole edilirse cerrahi indikasyon vardır. Tedavi esnasında her 48 saatte bir kan kültürü alınır. Hasta çok yakından izlenir ve konjestif kalp yetmezliği gelişmesi durumunda, enfeksiyonun persistent olduğu antibiyotiğe dirençli olgularda, embolilerin gelişmesi durumunda mutlaka cerrahi uygulanması önerilmektedir.

### Cerrahi indikasyonlar

- Kapak yetmezliğinin 3 (+) den fazla olması
- Büyüyen vejetasyonlar
- Tekrarlayan emboliler
- Paravalvular abseler ya da yaygın aort kökük abseleri
- Antibiyotik tedavisine yanıt vermeyen ısrarcı enfeksiyon

- Tedaviye yanıtız kalp yetmezliği
- Kardiyojenik veya septik şok
- Vejetasyonların 1 cm'den büyük olması (Antibiyotikler nüfuz edemez)
- Virulan organizmalar (*S. aureus*, *P. aeruginosa*, *S. marcescens*, HACEK veya mantar)
- Israrıcı bakteriyemi veya septisemi (5 günden fazla antibiyotik verilmesine rağmen)
- Mikotik anevrizmalar
- Erken yapay kapak endokarditi (Kapak replasmanı sonrası ilk 2 ayda gelişen IE)
- Geç yapay kapak endokarditinde (Kapak replasmanı sonrası 2 aydan daha geç gelişen infektif endokardit olgularında) yeni paravalvular kaçak saptanması.

Cevap A (Cohn LH: *Cardiac Surgery in the Adult*, 3. Baskı, 2008, s.140,949-952,951t,1071,1072t,1070f)

**9. Aort diseksiyonları aortanın media ve adventisya tabakaları arasında kanama ile gelişen tüm aorta ve hatta dallarını içine alabilen bir durumdur. Aşağıdakilerden hangisi akut aort diseksiyonu tanısında kullanılan araçlardan biri değildir?**

- Fizik muayene
- Elektrokardiyografi
- Bilgisayarlı tomografi
- Pozitron emisyon tomografisi
- Ekokardiyografi

**AÇIKLAMA:** Aortadaki yerleşim yerine göre acil cerrahi tedavi gereksinimi bulunup bulunmadığına karar verilir. Tedavinin başarısı hızlı ve doğru tanı konulmasına ve uygulanacak cerrahi operasyonun iyi gitmesine bağlıdır. O nedenle de ayırıcı tanıda birçok tanı aracı kullanılmaktadır.

- Öncelikle **hasta hikayesi alınması**; ağrının yeri, tipi, şiddeti, karakteri ve ne zaman başladığı sorgulanmalıdır. Diseksiyon ağrısı, hastalar tarafından çok şiddetli olarak, keskin, yırtılma veya yarılmaya gibi veya bıçaklanma şeklinde tarif edilmektedir. Diseksiyon ilerledikçe ağrının lokalizasyonu değişir. Akut miyokard infarktüsündeki ağrı ise yavaş başlangıçlı ve zaman içinde artan, daha çok künt bir ağrı şeklindedir.
- **Fizik muayenede** periferik arterial nabızlar kontrol edilmelidir. Her iki koldan kan basıncı ölçülür, aralarında fark olup olmadığına bakılmalıdır.
- **EKG:** Göğüs ağrısının koroner arter hastalığı ile ayırıcı tanısında veya diseksiyonun tipinin belirlenmesinde yararlıdır.
- **EKO,** akut aort diseksiyonunun tanısında çok önemli bir tanı aracıdır. Aortadaki intimal filebin göste-

rilmesi en çok eko ile mümkündür. Aort kapak yetmezliği olup olmadığı veya diseksiyonun lokalize edilmesinde eko, tanı koydurucu bir araçtır. Yüksek duyarlılık ve özgüllükle uygulanabilmesi, noninvaziv bir test olması ve hızlı uygulanabilmesi de avantajlarındandır. Bu nedenle de neredeyse aort cerrahisi yapılabilen tüm merkezlerde her şüpheli olguya fizik muayene sonrası uygulanmaktadır. Ekonun akut aort diseksiyonu tanısındaki en dikkat çeken dezavantajı ise uygulayıcıya bağımlı yani subjektif bir test olmasıdır.

- Bilgisayarlı tomografi aort diseksiyonlarında altın standart tanı yöntemi olarak kabul edilmektedir.
- PET (pozitron emisyon tomografisi): Sadece özel merkezlerde uygulanabilen, pahalı bir tanı yöntemi olup hücresel düzeyde metabolik olayları aydınlatıcı faydalı bir testtir, koroner arter hastalığında miyokarddaki hücresel canlılığın araştırılmasında yararlıdır. Akut diseksiyonların tanısında yeri yoktur.

Cevap D (Reece BT, Gren GR, Kron IL: *Cardiac Surgery in the Adult*, 3. Baskı, 2008, s 55, 1195.)

**10.Aşağıdaki patolojilerden hangisi abdominal aorta anevrizmalarında gözlenen komplikasyonlardan değildir?**

- Rüptür
- A-V fistül
- Aortoenterik fistül
- Ateroembolizm
- Paralizi

**AÇIKLAMA:** Abdominal aorta anevrizmalarının komplikasyonları rüptür, a-v fistül, aortoenterik fistül ve ateroembolizmdir. Paralizi abdominal aorta anevrizmalarının cerrahisi sonrasında gözlenen postoperatif komplikasyonlar arasındadır.

Cevap E (S. Büket, T. Yağdı. *Aort Cerrahisi*, 2003. Bölüm 13, s.347-393)

**11.Aşağıdakilerden hangisi torakoabdominal aort anevrizmalarında kullanılan Crawford sınıflamasına uygun değildir?**

- Anevrizma proksimal desendan aortadan başlar renal arterlerin üzerinde sonlanır
- Anevrizma proksimal desendan aortadan başlar renal arterlerin altında sonlanır
- Anevrizma desendan aortanın orta bölümünden başlar değişik derecelerde abdominal aortaya uzanır
- Anevrizma renal arterin altından başlar iliak arterleri içine alır
- Diafragmanın altından başlar abdominal aortanın büyük bölümünü ya da tümünü içerir

**AÇIKLAMA:** Renal arterlerin altından başlayan ve iliaklara kadar uzanan aort anevrizmaları lokalizasyon olarak torakoabdominal aort anevrizmaları kapsamında değildir.

Cevap D (S. Büket, T. Yağdı. *Aort Cerrahisi 2003, Bölüm. 12, s.305*)

**12. Aort Koarktasyonunda en sık uygulanan ve ideal olan cerrahi teknik hangisidir?**

- a) Rezeksiyon+uc-uca anastomoz
- b) Bypass greft implantasyonu
- c) Yama ile genişletme
- d) Suni damar ile tamir
- e) Subklaviyan arter ile aortoplasti

**AÇIKLAMA:** Aort koarktasyonunun cerrahi tedavisinde en sık uygulanan yöntem rezeksiyon+uç uca anastomozdur. Greft materyallerinin kullanılması ileri-ki dönemlerde rekoarktasyona neden olabilir.

Cevap A (Paç M, Akçevin A, Aka S.A, Büket S, Sarıoğlu T. Editörler. *Kalp ve Damar Cerrahisi. 2004. Bölüm 14 s.1389-1405.*)

**13.Aşağıdakilerden hangisi akut arteryel emboli'nin belirtilerinden değildir?**

- a) İlgili ekstremitede soğuma
- b) İlgili ekstremitede solukluk
- c) İlgili ekstremitede emboli distalinde nabız almama

d) İlgili ekstremitede, ileri evrede hissizlik

e) İlgili ekstremitede iç malleol civarında yaş ülserasyon (yara açılması)

**AÇIKLAMA:** Akut arteriyel embolinin tipik bulguları: Ağrı, Soğukluk, Solukluk, Nabızsızlık, Parastezi, Paralizi dir. Arteriyel yetmezliğin ileri evrelerinde gözüken ülselerler tipik olarak lateral malleol çevresinde, düzgün sınırlı ve kuru olur. Medial malleol çevresindeki yaş ülser kronik venöz yetmezliğin bulgularındandır.

Cevap E (R.B. Rutherford: *Vascular Surgery, 6.baskı, 2005, Acute Ischemia and Its Sequeleae*)

**14.Derin ven trombozu için aşağıdakilerden hangisi söylenemez?**

- a) Tanıda venöz Doppler ultrasonografik tetkik kullanılır
- b) İlgili ekstremitede soğukluk ve solukluk en önemli iki klinik belirtidir
- c) D-dimer tanıda kullanılan önemli bir parametredir
- d) Akciğer embolisi en önemli komplikasyonlardan biridir
- e) Phelegmasia alba dolens ve phelegmasia cerulae dolens, derin ven trombozu ile ilgili iki ayrı klinik durumdur

**AÇIKLAMA:** Soğukluk ve solukluk akut arteriyel emboli bulgularıdır.

Cevap B (R.B. Rutherford: *Vascular Surgery, 6.baskı, 2005, Diagnosis of Deep Venous Thrombosis*)



# GÖZ HASTALIKLARI

1. Ani görme kaybı hangi orbital kemiğin kırığında oluşur?

- a) Etmoid
- b) Sfenoid kemiğin küçük kanadı
- c) Zigomatik
- d) Maksiller
- e) Sfenoid kemiğin büyük kanadı

**AÇIKLAMA:** Optik forameni yapan sfenoid kemiğin küçük kanadının kırığında optik sinir kesisi ile ani görme kaybı oluşur.

Cevap B (*Basic and Clinical Science Course. Section 2. 2000-2001*)

2. Yetişkinlerde en sık görülen primer göz içi tümörü hangisidir?

- a) Retinoblastom
- b) İris melanomu
- c) Koroidal melanom
- d) Astrositom
- e) Koroidal osseöz koristoma

**AÇIKLAMA:** Koroid melanomu yetişkinlerde en sık görülen primer göz içi tümörünü teşkil eder ve vakaların yaklaşık %80'inden sorumlu olarak en yaygın uveal melanom tipini oluşturur.

Cevap C (*Kanski JJ, Klinik Oftalmoloji, 4. baskı, 2001, s.326*)

3. Ön üveitlerde görülebilen 'keratik presipitatlar' korneanın hangi tabakası üzerinde birikirler?

- a) Epitel
- b) Bowman membranı
- c) Stroma
- d) Descemet membranı
- e) Endotel

**AÇIKLAMA:** Keratik presipitatlar korneanın endotel tabakası üzerinde biriken inflamatuvar hücre artıklarıdır. Genellikle kornea endotelinin inferiorunda yerleşirler ve üveitlerin sık rastlanılan bir bulgusudurlar.

Cevap E (*Wills Eye Manual, 4. baskı, Bölüm 12, s. 290*)

4. Aşağıdaki seçeneklerden hangisi Stevens Johnson sendromu için yanlıştır?

- a) Akut, ciddi vezikülobüllöz bir hastalıktır
- b) İlaçlar veya viral enfeksiyonlar tetikleyebilir
- c) %90 konjunktiva tutulumu vardır

d) Tip 2 aşırı duyarlılık nedeniyle olur

e) Altta yatan olay yaygın bir vaskülitir, kendi kendini sınırlar

**AÇIKLAMA:** Stevens Johnson sendromu tip 3 aşırı duyarlılık nedeniyle olur.

Cevap D (*Kanski JJ. Clinical Ophthalmology: A Systematic Approach. 5. Baskı, 2003, s.79 ve 710*)

5. Wilson hastalığında gözün en çok hangi bölümü tutulur?

- a) Retina
- b) Kornea
- c) Konjunktiva
- d) İris
- e) Lens

**AÇIKLAMA:** Wilson hastalığı (hepatolenticular dejenerasyon), seruloplazmin eksikliği nedeniyle dokularda yaygın bakır birikmesiyle karakterizedir. Karaciğer hastalığı, bazal gangliyon fonksiyon bozukluğu veya psikiyatrik rahatsızlık görülür. Korneadaki depolanma penisillamin tedavisiyle kaybolabilir. Nadir olarak lens ön kapsülünde ayçiçeği kataraktı gelişir.

Cevap B (*Kanski JJ, Clinical Ophthalmology, A Systematic Approach, 6. Baskı, 2007, s.308-310*)

6. Aşağıdaki mikroorganizmalardan hangisi epitel defekti olmadan kornea enfeksiyonu (keratit) yapabilir ?

- a) Staphylococcus aureus
- b) Streptococcus epidermidis
- c) Listeria monocytogenes
- d) Pseudomonas aureginosa
- e) Chlamidia trachomatis

**AÇIKLAMA:** Sağlam epitel tabakasının mevcudiyetine rağmen korneada enfeksiyon oluşturma gücüne sahip olan patojenler Neisseria gonorrhoeae, Corynebacterium diptheria, Listeria ve Haemophilus türleridir

Cevap C (*Kanski JJ, Clinical Ophthalmology, 4.baskı, s.103*)

7. Herpetik keratit enfeksiyonunda aşağıdaki ilaçlardan hangisi kullanılmaz ?

- a) Asiklovir
- b) Sidofovir
- c) Adenozin arabinozid
- d) Triflorotimidin
- e) İdoksüridin

**AÇIKLAMA:** Herpetik enfeksiyöz keratitte aktif epitelyal hastalığın tedavisinde şu ilaçlar kullanılır: Aciclovir, Trifluorothymidine, Adenosine arabinoside, idoxiuridine. Sidofovir ise AIDS'e eşlik eden sitomegalovirüs retinitinde kullanılır.

Cevap B (*Kanski JJ, Clinical Ophthalmology, 4. basım, s.111; Kayaalp O, Tıbbi Farmakoloji, 11. basım, 2005, s.297-9*)

**8. Üveit için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır ?**

- a) Korneada keratik presipitatlar görülebilir
- b) Göz içi basıncı düşük olabilir
- c) İris ile lens arasında arka sineşi denen yapışıklıklar görülebilir
- d) Pupilla kenarında busacca nodülleri görülebilir
- e) Lenste katarakt gelişebilir

**AÇIKLAMA:** Üveitlerde kornea endotelinde keratik presipitat denen hücreli birikintiler olur. Göz içi basıncı yüksek, normal veya düşük olabilir. Pupilla kenarında yerleşmiş küçük nodüller koeppe nodülü, pupilladan uzak olanlar busacca nodülü diye anılır. Komplikasyon olarak katarakt meydana gelebilir

Cevap D (*Kanski JJ, Clinical Ophthalmology, 4. basım, s.264-8*)

**9. Aşağıdaki glokom ilaçlarından hangisi retina dekolmanına neden olabilir ?**

- a) Beta blokerler
- b) Alfa adrenerjikler
- c) Karbonik anhidraz inhibitörleri
- d) Prostaglandin analogları
- e) Miyotik ajanlar

**AÇIKLAMA:** Miyotik ajan kullanılan glokom hastalarında ani görme kaybı geliştiğinde retina dekolmanından şüphe edilmelidir. İdeali, miyotik tedaviye başlamadan önce fundusun muayene edilerek predispozan retina lezyonlarının profilaktik olarak tedavi edilmesidir.

Cevap E (*Kanski JJ, Clinical Ophthalmology, 4. basım, s.245*)

**10. Aşağıdakilerden hangisi retinal ven tıkanıklığına neden olmaz ?**

- a) Hipertansiyon
- b) Vaskulit
- c) Emboli
- d) Lösemi
- e) Polisitemi

**AÇIKLAMA:** Retinal ven tıkanmasında predispozan faktörler; ileri yaş, sistemik hipertansiyon, diyabet, kan diskrazileri (Lösemi, polisitemi) ve vaskulitlerdir. Emboli arter tıkanmasına neden olur

Cevap C (*Kanski JJ, Clinical Ophthalmology, 4. basım, s.479-80*)

**11. Kıрма kusurları için aşağıda söylenenlerden hangisi yanlıştır ?**

- a) Miyopide odaklanma retinanın önünde olur
- b) Hipermetropide tedavisinde konveks cam kullanılır
- c) Astigmatizma tedavisinde silindirik camlar kullanılır
- d) Kıрма kusuru emetropi olarak tanımlanır
- e) Dejeneratif miyopide görme düzeyi cam ile tam olarak düzeltilemez

**AÇIKLAMA:** Kıрма kusuru bulunmayan göze emetropi denir. Ametropi, kıрма kusuru anlamına gelir. Miyopide ışınlar retinanın önünde odaklanır. Tedavide konkav camlar kullanılır. Basit miyopi gözlük ile tam olarak düzeltilebilir. Ama dejeneratif miyopide görme düzeyi cam ile tam olarak düzeltilemez. Hipermetropide ışınlar retinanın arkasında odaklanır. Hipermetropide tedavisinde konveks cam kullanılır. Gözün optik sisteminin meridyenlerinin tümünün aynı olmaması, astigmatizmaya neden olur. Tedavide silindirik camlar kullanılır.

Cevap D (*Bengisu Ü, Göz Hastalıkları, 4. basım, s.1-19*)

**12. Korneanın en kalın tabakası aşağıdakilerden hangisidir ?**

- a) Epitel tabakası
- b) Bowman tabakası
- c) Stroma tabakası
- d) Descement tabakası
- e) Endotel tabakası

**AÇIKLAMA:** Stroma tabakası korneanın kalınlığının %90'ını oluşturmaktadır. Kollajen yapımında rol alan fibroblastlar (keratositler), kollajen fibriller ve ekstraselüler matriksten oluşmaktadır.

Cevap C (*Kanski JJ, Clinical Anatomy, 3. baskı, s.100*)

**13. Aşağıdaki testlerden hangisi renkli görmeyi ölçen testlerden değildir ?**

- a) İshihara testi
- b) Naegel anomaloskopu
- c) Hardy Rand Ritter testi
- d) Titmus testi
- e) Farnsworth-Munsell

**AÇIKLAMA:** Titmus testi stereopsisi (3 boyutlu görme) ölçen bir testtir. Üzerinde görüntüleri üst üste bindirilmiş bir sinek resmi vardır. Polarize gözlükle bakıldığında hastanın sineğin kanatlarını kartın düzleminden daha yukarıda yakalamaya çalışması gerekmektedir. Bunu ayırt edebilen kişinin 3000 sn/ark'lık kaba stereopsisi bulunmaktadır. Aynı kart üzerinde daha ince stereopsis ölçümü için farklı figürler de yer almaktadır.

Cevap D (*Pediatric Ophthalmology and Strabismus. American Academy of Ophthalmology, s.68*)

14. Aşağıdakilerden hangisi parasempatometik glokom ilaçlarından biridir ?

- a) Timolol
- b) Prostaglandin F2 $\alpha$  analogları
- c) Pilocarpin
- d) Dorzolamid
- e) Brimonidin

**AÇIKLAMA:** Pilocarpin. Glokomun medikal tedavisinde kullanılan parasempatometik-miyotik ajanlar siliyer cismin longitudinal kaslarında kontraksiyon yaparak, sklera mahmuzunu öne doğru çekerler ve trabeküler ağdan dışa akımı artırırlar. Bu ilaçlar pupillada mekanik restriksiyon yaparak periferik irisin açıldan geri çekilmesine ve özellikle dar açılı glokomlu olgularda ön kamara açısının daha genişlemesine yol açarlar.

Cevap C (*Glaucoma, Section 10. Basic and Clinical Science Course. American Academy of Ophthalmology 2005-2006, s.166-8; Kanski JJ, Clinical Anatomy, 3. baskı, s.275*)

15. Aşağıdakilerden hangisi optik sinirin intraoküler segmenti ile ilgili olarak yanlıştır ?

- a) Yaklaşık 1.5 mm çapı bulunmaktadır
- b) Retina ganglion hücrelerinin aksonları, vasküler doku, glial doku ve ekstraselüler matriksten meydana gelmektedir
- c) Retina sinir lifi tabakası, prelaminar, lamina kribroza ve retrolaminar olmak üzere 4 segmentten oluşur
- d) Oligodentrositlerden meydana gelen bir myelin kılıfı bulunmaktadır
- e) Beslenmesini santral retinal arter ve arka siliyer arterlerden sağlamaktadır

**AÇIKLAMA:** Optik sinirin bu segmentinde sinir lifleri miyelinli değildir

Cevap D (*The Eye, Basic Sciences in Practise, Forrester JV, Dick AD, McMenamin PG, Lee WR, Anatomy of the eye and orbit, s.56*)

16. Aşağıdakilerden hangisi donör kornea kullanımında kontraendikasyon değildir ?

- a) Creutzfeld-Jakob hastalığı, subakut sklerozan panensefalit gibi santral sinir sistemi hastalıkları
- b) Sepsis, endokardit
- c) HIV, Sifilis, Hepatit B
- d) Lösemi, lenfoma
- e) Arka koroid melanomu

**AÇIKLAMA:** Arka koroid melanomu olan hastalarda enükleasyon sonrası kornea transplantasyon amacıyla kullanılabilir.

Cevap E (*External Disease and Cornea, Section 8, Basic and Clinical Science Course, American Academy of Ophthalmology, 2005-2006, s.423*)

17. Aşağıdakilerden hangisi orbitanın medial duvarını oluşturan kemiklerden değildir ?

- a) Maxiller
- b) Lakrimal
- c) Sfenoid
- d) Frontal
- e) Etmoid

**AÇIKLAMA:** Orbitanın medial duvarını oluşturan 4 kemik vardır. Bunlar: Maxiller, Lakrimal, Sfenoid ve Etmoid kemiktir.

Cevap D (*Kanski JJ, Clinical Ophthalmology, 2. baskı, s.22*)

18. Aşağıdakilerden hangisi kornea hastalıklarının semptomlarından değildir ?

- a) Ağrı
- b) Görme azlığı
- c) Purulan akıntı
- d) Fotofobi
- e) Lakrimasyon

**AÇIKLAMA:** Kornea hastalıkları semptomları, ağrı, görme azalması, Laho ve Lakrimasyondur. Pürülan akıntı ise konjunktiva hastalıklarının semptomudur.

Cevap C (*Kanski JJ, Clinical Ophthalmology, s.88-9*)

19. Aşağıdakilerden hangisi Primer açık açılı glokom özelliklerinden değildir ?

- a) Göz içi basıncı 21 mmHg üzerindedir
- b) Gonioskopide iridokornea açıktır
- c) Görme alanı kaybı
- d) Optik sinir başında glokomatöz hasar
- e) Ön kamara sığıdır

**AÇIKLAMA:** Ön kamara sığılığı

Cevap E (*Kanski JJ, Clinical Ophthalmology, s.206*)

20. Aşağıdakilerden hangisi Horner Sendromunun klinik özelliklerinden değildir ?

- a) Midriazis
- b) Enoftalmus
- c) Ptozis
- d) Akomodasyon amplitudunda artış
- e) Alt kapakta yükselme

**AÇIKLAMA:** Horner sendromunda pupilde midriazis değil miyozis görülür.

Cevap A (*Kanski, s.474-5*)

21. Aşağıdakilerden hangisi anterior üveit bulgusu değildir ?

- a) Keratit presipitat
- b) Konjunktivada yüzeysel hiperemi
- c) Aköz humörde bulanıklık (flore)
- d) Ön kamarada hücre
- e) Posterior sineşi

## GÖZ HASTALIKLARI

**AÇIKLAMA:** Anterior üveitlerde konjonktivada silier injeksiyon görülür.

Cevap B (*Kanski, s.137-9*)

**22.Aşağıdakilerden hangisi korneanın katlarından değildir?**

- a) Epitel
- b) Bowman tabakası
- c) Stroma
- d) Descement membranı
- e) Vasküler tabaka

**AÇIKLAMA:** Kornea dıştan içe Epitel, Bowman, Stroma, Descement membranı ve endotelinden oluşur.

Cevap E (*Kanski JJ, Clinical Ophthalmology, 3. baskı, s.26*)

**23.Aşağıdakilerden hangisi Konjenital Glokomon muayene bulgularından değildir ?**

- a) Mikroftalmi
- b) Descement membranda yırtık
- c) Göz içi basıncı yüksektir
- d) Glokomatöz Cupping
- e) Ön kamara derindir

**AÇIKLAMA:** Konjenital glokomon bulgusu buftalmustur.

Cevap A (*Kanski JJ, Clinical Ophthalmology, 3. baskı, s.26*)

**24.Aşağıdakilerden hangisi Fuchs Üveit Sendromu bulgularından değildir ?**

- a) Keratik presipital
- b) Pupil miyotik
- c) Hiteroktomi
- d) İriste Stromal atrofi
- e) Posterior sineşi yoktur

**AÇIKLAMA:** Bu hastalarda pupil diğer pupile göre daha geniştir.

Cevap B (*Kanski JJ, Clinical Ophthalmology, 3. baskı, s.188-9*)

**25.Dalen-Fuchs nodülü hangi hastalıkta görülür ?**

- a) Primer açık açılı glokom
- b) Katarakt
- c) Sempatik Üveit
- d) Dakriosistit
- e) Konjonktivit

**AÇIKLAMA:** Dalen-Fuchs nodülü nadir görülen Hipatik Spesifik Üveit sendromlarından olan sempatik üveitin bir bulgusudur.

Cevap C (*Kanski JJ, Clinical Ophthalmology, 3. baskı, s.19*)

**26.Aşağıdakilerden hangisi konjonktiva hastalıklarında görülen foliküler reaksiyon yapan nedenlerden değildir?**

- a) Viral infeksiyonlar
- b) Klamidyal infeksiyonlar
- c) Parineudun oküloglandüler sendromu
- d) Vernal hastalık
- e) Tropikal ilaçlara karşı sentitinte reaksiyonu

**AÇIKLAMA:** Vernal hastalıkta papiller reaksiyon görülür.

Cevap D (*Kanski JJ, Clinical Ophthalmology, 3. baskı, s.72-3*)

**27.Aşağıdakilerden hangisi oftalmik arterin dalı değildir ?**

- a) Lakrimal arter
- b) Supraorbital arter
- c) Siliyer arter
- d) Supraorbital arter
- e) İnfraorbital arter

**AÇIKLAMA:** Gözü besleyen oftalmik arter karotid arterin ilk dalıdır Oftalmik arterin dalları şunlardır: a- Santral retinal arter b- Müsküler dallar c-Silyer arter d- Lakrimal arter e-Supratrokleare arter f-Supraorbital arter. İnfraorbital arter ise maksiler arterin dalıdır.

Cevap E (*Snell RS, Clinical Anatomy for Medical Students. 3. basım, s.826*)

**28.Primer görme merkezi beyinde hangi alana karşılık gelir ?**

- a) 17. Alan
- b) 15. Alan
- c) 19. Alan
- d) 21. Alan
- e) 8. Alan

**AÇIKLAMA:** Primer görme korteksi Broadmann'ın 17 nolu alanıdır ve kalkarin fissür alanındadır. Her bir oksipital korteksin medyal bölümünde olup oksipital kutba doğru uzanmaktadır.

Cevap A (*Guyton&Hall Tıbbi Fizyoloji, 11. basım, Görmenin Merkezi Nörofizyolojisi, s.641-2*)

**29.Görme alanında üst kadran defekti aşağıdaki lezyonların hangisinde görülür ?**

- a) Optik sinir lezyonu
- b) Optik kiyazma lezyonu
- c) Optik trakt lezyonu
- d) Temporal lob lezyonu
- e) Suprakiyazmal bası lezyonu

**AÇIKLAMA:** Temporal lob ön ucu lezyonları, meyer lupu'nun anatomisini yansıtabilecek şekilde, üst kadranlarda tam olmayan, birbirine benzemeyen homonim hemianopik defektlerle sonuçlanır.

Cevap D (*Guyton&Hall Tıbbi Fizyoloji, 11. basım, Görmenin Merkezi Nörofizyolojisi*)

# K.B.B.

1. Aşağıdaki sendromlardan hangisi iletim tipi işitme kaybına yol açar?

- Pierre Robins sendromu
- Cruzon sendromu
- Otopalatodijital sendrom
- Alport sendromu
- Marfan sendromu

**AÇIKLAMA:** Otopalatodijital sendromda orta kulak kemikçiklerinde deformite mevcuttur. Buna bağlı iletim tipi işitme kaybı oluşur. Diğer sendromlarda da sensörinöral işitme kaybı meydana gelir.

Cevap C (Karatas E, Aslan M, Kizilay A, Yakinci C, *Int J Otorhinolaryngol*, 2006)

2. Aşağıdakilerden hangisi klinikte kardiak patolojilere bağlı olarak ortaya çıkan sol kord vokal paralizisini tanımlar?

- Vernet sendromu
- Semon kanunu
- Wagner ve Grossmann teorisi
- Ortner sendromu
- Kaynak ve filtre teorisi

**AÇIKLAMA:** Doğru cevap Ortner sendromu (kardiovokal sendrom) olup, diğer seçeneklerde fonasyon oluşumu ile ilgili teoriler ve juguler foramen düzeyindeki paralizi tablolarından biri (Vernet sendromu)'dir.

Cevap D (Çelik O, *Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi*, 2. baskı, 2007, s.780)

3. Dilin 2/3 ön kısmına ait tat duyusu lifleri fasiyal sinirin hangi dalı içinde seyreder?

- N. petrosus superfisyalis major
- N. petrosus superfisyalis minor
- N. stapedius
- N. korda timpani
- N. aurikularis posterior

Cevap D (Çelik O, *Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi kitabı*, 2002, Bölüm 1-16, s. 271)

4. Aşağıdakilerden hangisi akut ve kronik otitis medianın ekstrakranial komplikasyonlarından biri değildir?

- Temporal apse
- Petröz apicitis
- Ensefalosel
- Lateral sinüs trombozu
- Labirintin fistül

**AÇIKLAMA:** Lateral sinüs trombozu söz konusu hastalıkların intrakranial komplikasyonları arasında yer alır.

Cevap D (Cummings CW, *Otolaryngology Head Neck Surg*, 4. baskı, 2005; s.3014 (Box 134-1).

5. Aşağıdakilerden hangisi "Oditör Nöropati"yi diğer işitme kaybı tiplerinden ayırt etmede gerekli 5 özelliğinden biri değildir?

- Hastalar en azından bazı durumlarda işitme kaybından yakınır
- Hastalar normal dış saçlı hücre fonksiyonlarına sahiptirler
- Hastalar anormal işitsel beyin sapı bulguları ile gösterilmiş labirent disfonksiyonuna sahiptirler
- Hastaların konuşmayı anlama skorları, saf ses ortalamalarından beklenenden daha kötüdür
- Hastaların tipik olarak orta kulak akustik refleksleri yoktur

**AÇIKLAMA:** Otoakustik emisyonların kulak burun boğaz alanında kullanımının yaygınlaşması ile son 11 yılda tanınmaya başlamış bu hastalık için, hastalarda anormal işitsel beyin sapı bulguları ile gösterilmiş labirent değil işitme siniri (8.sinir) disfonksiyonu vardır.

Cevap C (Cummings CW, *Otolaryngology Head Neck Surg*, 4. baskı, 2005; s.:3503 and 3504 (Box 153-1).

6. Erişkinlerde parotis bezinin en sık tesbit edilen benign tümörü aşağıdakilerden hangisidir?

- Whartin tümörü
- Onkositom
- Hemangiom
- Pleomorfik adenom
- Myoepitelyom

**AÇIKLAMA:** Parotisin en sık görülen benign tümörü pleomorfik adenomdur.

Cevap D (Cummings CW: *Otolaryngology Head-Neck Surgery*, Third Edition, 1998, Vol 2, s. 1266)

7. Meniere hastalığı için yanlış olan aşağıdakilerden hangisidir?

- Epizodik vertigo
- Fluktuan iletim tipi işitme kaybı
- Tinnitus
- Kulakta dolgunluk hissi
- Bulantı kusma

K.B.B.

**AÇIKLAMA:** Meniere hastalığında fluktuant nörosensoryal tip işitme kaybı olması tipiktir.

Cevap B (*Cummings CW: Otolaryngology Head-Neck Surgery, Third Edition, 1998, Vol 4, s. 2673*)

8. Baş-boyun kanserlerinin (BBK) etyolojisi ile ilgili olarak aşağıda verilen ifadelerden hangisi yanlıştır?

- Sigara kullanımı ile BBK'leri arasındaki doz-yanıt ilişkisinde, kullanım süresinin katkısı kullanılan sigara sayısından daha önemlidir
- Nikel işlenmesi, ağaç işleri ve deri sanayi çalışanlarında paranazal sinüs adeno kanserleri sık görülür
- Karoten yetersizliği üst solunum yolu ve akciğer kanserlerine yakalanma riskini artırır
- Silika ve pamuk tozlarına maruz kalan işçilerde orofarenks kanseri sıklığı daha fazladır
- Nazofarenks kanseri ile ilişkisi saptanan iki major risk faktörü tuzlanmış balık ve Epstein Barr virüsüdür

**AÇIKLAMA:** Silika ve pamuk tozlarına maruz kalan işçilerde farenks kanseri sıklığı daha yüksektir.

Cevap D (*Engin K, Erişen L, Baş-Boyun Kanseri, 1.baskı, 2003, s.37-47*)

9. Aşağıdakilerden hangisi tiroiddeki bir kitlede malignite düşündürecek faktörlerden biri değildir?

- Uzak metastaz varlığı
- Boyunda yumuşak ve mobil lenfadenopati varlığı
- Vokal korda paralizisi
- Tiroid nodülünün boyutunda ani değişiklik olması
- Rekürrent kistik nodül

**AÇIKLAMA:** Tiroid kitlelerinin malign olduğunu düşündüren bir neden, boyunda palpe edilen lenf nodularının sert ve fiks olmasıdır.

Cevap B (*Engin K, Erişen L, Baş-Boyun Kanseri, 1.baskı, 2003, s. 507*)

10. Aşağıdakilerden hangisi koku bozukluğunun intrakranial nedenlerinden biri değildir?

- Olifaktör alan iskemisi
- Kribriform alan bası
- Kallmann sendromu
- Kribriform alan kırığı
- Enfeksiyon

**AÇIKLAMA:** Kallmann sendromu anosmi ya da hiposminin eşlik ettiği konjenital hipogonadotropik hipogonadizmin bir formudur ve koku bozukluğunun endokrinolojik nedenlerinden birisidir.

Cevap C (*J.J.Ballenger, J.B. Snow; Çeviri editörü Doğan Şenocak: Otorinolarinoloji Baş-Boyun cerrahisi, 15.baskı, 1996, s. 12*)

11. Aşağıdakilerden hangisi parafaringeal bölge tümörlerinde sık görülen semptomlardan biri değildir?

- Angulus mandibula yakınında kitle
- Tonsilde ve lateral faringeal duvarda orta hatta doğru yer değiştirme
- Horner sendromu
- Sensörinöral tip işitme kaybı
- Dizartri ve dilde deviasyon

**AÇIKLAMA:** Bu bölgenin tümörlerinde östaki tüpü obstrüksiyonuna bağlı olarak sekretuar otitis media gelişir ve bu da iletim tipi işitme kaybına neden olur.

Cevap D (*Engin K, Erişen L, Baş-Boyun Kanseri, 1.baskı, 2003, s.326*)

# NÖROŞİRÜRJİ

1. Spontan Subaraknoid Kanama sonrası oluşabilen serebral vazospazmın gelişiminden en sık sorumlu tutulan kan komponenti hangisidir?

- a) Oksihemoglobin
- b) Demir
- c) Norepinefrin
- d) Prostaglandinler
- e) Serbest radikaller

**AÇIKLAMA:** Subaraknoid mesafeye ulaşan eritrositlerin hemolizi sonucu vazoaaktif maddeler salınır. İn vivo ve in vitro çalışmalar bu maddeler arasında vazospazm gelişimindeki ana sorumlunun oksihemoglobin olduğunu göstermiştir.

Cevap A (*Asano T, Oxyhemoglobin as the principal cause of cerebral vasospasm: a holistic view of its actions. Crit Rev Neurosurg s.303-318; Weir B, Macdonald RL, Stoodley M. Etiology of cerebral vasospasm. Acta Neurochir s.27-46; Pluta RM, Afshar JK, Boock RJ, Oldfield EH. Temporal changes in perivascular concentrations of oxyhemoglobin, deoxyhemoglobin, and methemoglobin after subarachnoid hemorrhage. J Neurosurg, s.557-61*)

2. Mikotik anevrizmaların etyolojisinde aşağıdakilerden hangisi vardır?

- a) Aterosklerozis
- b) Damar duvarı defekti
- c) Enfeksiyon
- d) Genetik faktörler
- e) Damar diseksiyonu

**AÇIKLAMA:** Mikotik anevrizmalar bakterial ve fungal enfeksiyonlar sonucu oluşan anevrizmalardır.

Cevap C (*Wilkins RH, Rengachary SS, Neurosurgery, 2. baskı, s. 2379*)

3. Doğum sırasında bebeğin kafasının doğum kanalına sıkışması sonucu kafa cildinin ödem nedeniyle oluşan lokalize şişliğine ne ad verilir?

- a) Kaput suksedenum
- b) Sefal hematoma
- c) Subgaleal hematoma
- d) Subdural effüzyon
- e) Subdural higroma

**AÇIKLAMA:** Kaput suksedenum, başın sıklıkla doğum kanalında sıkışması sonucu kafa derisinde ödem olması ve şişmesidir. Genellikle posterior paryetal bölgede ve orta hatta yakın olarak izlenir.

Cevap A (*Wilkins RH, Rengachary SS, Neurosurgery, 2. baskı, s.2739*)

4. Aşağıdakilerden hangisinin serebral vazospazmın tedavisinde yeri yoktur?

- a) Vazodilatatör ajanlar
- b) Hipertansif/Hipervolemik/Hemodilüsyonel tedavi
- c) Kalsiyum kanal antagonistleri
- d) Transluminal anjioplasti
- e) Oksidan ajanlar

**AÇIKLAMA:** Antioksidan ajanların tedavide yeri vardır, oksidan ajanların ise yeri yoktur.

Cevap E (*Wilkins RH, Rengachary SS, Neurosurgery, 2. baskı, s. 2248-2250*)

5. Pineal bölgenin en sık görülen tümörü aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Pineoblastoma
- b) Pineositoma
- c) Germinoma
- d) Koriokarsinoma
- e) Astrozitoma

**AÇIKLAMA:** Germinoma pineal bölgede görülen tümörlerin yaklaşık %50'sini oluşturur ve en sık görülen tümördür.

Cevap C (*Wilkins RH, Rengachary SS, Neurosurgery, 2. baskı, s. 996*)

6. Aşağıdakilerden hangisi yetişkinlerde en sık görülen spinal intradural-intramedüller tümördür?

- a) Astrozitoma
- b) Ependimoma
- c) Hemanjioblastoma
- d) Ganglioglioma
- e) Metastaz

**AÇIKLAMA:** Erişkinlerde en sık ependimomalar görülürken çocukluk çağında daha sıklıkla spinal astrositomalar görülmektedir.

Cevap B (*Aksoy K, Temel Nöroşirürji, Cilt 2, 1.Baskı, 2005, s.1131*)

7. Orta serebral arter anevrizmaları en sık bu arterin hangi segmentinde görülür?

- a) M1 (Horizontal segment)
- b) M2 (İnsular segment)
- c) M3 (Operküler segment)
- d) M4 (Prekortikal segment)
- e) M5 (Kortikal dallar)

**AÇIKLAMA:** Orta serebral arterin anevrizmaları en sık M1'in bifürkasyon yerinde görülür. M1 segmenti İCA'den genu'ya kadar uzanan segmenttir.

Cevap A (*Sarioğlu, Temel Nöroşirürji, 1. baskı, 2005, s.479-482*)

8. Aşağıdaki yapılardan hangisi foramen spinozumdan geçer?

- a) İCA (internal karotid arter)
- b) ECA (eksternal karotid arter)
- c) Arteria maksillaris
- d) Arteria meningia media
- e) Vena jugularis interna

**AÇIKLAMA:** Foramen spinozumdan Arteria meningia media geçer.

Cevap D (Tahta, *Temel Nöroşirürji*, 1. baskı, 2005, s.325-330)

9. Kan beyin bariyeri ve kapiller permeabilite artışına bağlı olarak gelişen ödem tipi hangisidir?

- a) İskemik ödem
- b) Vazojenik ödem
- c) Ozmotik ödem
- d) Sitotoksik ödem
- e) Metabolik ödem

**AÇIKLAMA:** Vazojenik ödem kan beyin bariyeri ve kapiller permeabilite artışında görülen ödem şeklidir.

Cevap B (Özkan, *Temel Nöroşirürji*, 1. baskı, 2005, s.924-929)

10. En az sıklıkta görülen beyin tümörü aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Menenjiom
- b) Astrositom (tüm glial tümörler)
- c) Akustik nörinom
- d) Metastatik beyin tümörü
- e) Hipofiz adenomu

Cevap E (Jennet, *An Introduction to Neurosurgery*, 5. baskı, 1994, s.115)

11. Menenjiomların en sık yerleştikleri bölge hangisidir?

- a) Konveksite
- b) Parasagittal
- c) Foramen magnum
- d) Anterior bazal (Sfenoid kanat, suprasellar, olfaktör oluk)
- e) Klivus

Cevap D (Jennet, *An Introduction to Neurosurgery*, 5. baskı, 1994, s.130)

12. Aşağıdakilerden hangisi ratke kesesi kaynaklı konjenital bir tümördür?

- a) Akustik nörinoma
- b) Pinealoma
- c) Kolesteatoma
- d) Kordoma
- e) Kraniofaringioma

Cevap A (Jennet, *An Introduction to Neurosurgery*, 5. baskı, 1994, s.148)

13.9., 10. ve 11. kranial sinirlerin birlikte disfonksiyonuna neden olan bir lezyonun en olası yerleşim yeri aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Petroz apeks
- b) Pontoserebellar açığı
- c) Juguler foramen
- d) Serebellar hemisfer
- e) Kavernoöz sinüs

Cevap C (Greenberg, *Handbook of Neurosurgery*, 5. baskı, 2001, s.88)

14. Aşağıdakilerden hangisi dominant hemisferde parietal lobda yerleşen bir lezyona bağlı değildir?

- a) Aleksis olmaksızın agrafi
- b) Sağ-sol konfüzyonu
- c) Parmak agnozisi
- d) Akalkuli
- e) Motor afazi

Cevap E (Greenberg, *Handbook of Neurosurgery*, 5. baskı, 2001, s.89)

15. Yaklaşık 4 aydır adet düzensizliği ve galaktore yakınması olan bir hastada ani gelişen görme kaybı, hipotansiyon ve bilinç bulanıklığı tablosunda öncelikle düşünülmesi gereken tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Subaraknoid kanama
- b) Kraniofaringioma
- c) Optik glioma
- d) Pituiter apopleksi
- e) Serebrovasküler olay

Cevap D (Greenberg, *Handbook of Neurosurgery*, 5. baskı, 2001, s.419)

16. Aşağıdaki lezyonlardan hangisinde 3. kranial sinir felci görülme sıklığı daha yüksektir?

- a) Posterior inferior serebellar arter anevrizması
- b) Baziler tepe anevrizması
- c) Anterior komünikan arter anevrizması
- d) Posterior komünikan arter anevrizması
- e) Orta serebral arter anevrizması

Cevap D (Greenberg, *Handbook of Neurosurgery*, 5. baskı, 2001, s.781)

17. Aşağıdakilerden hangisi tremor-dominant Parkinson Hastasında seçilecek öncelikli cerrahi hedefdir?

- a) Subtalamik nükleus
- b) Talamik VIM nükleus
- c) İnternal pallidum
- d) Eksternal pallidum
- e) Talamik VOA nükleus

Cevap B (Koller WC, Wilkinson S, Pahkia R, Miyawaki EK. *Surgical Treatment of Movement disorders. Neurosurg clin. North Am.* 9:295-315)



# ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ

1. Aşağıdakilerden hangisi kas-iskelet sistemi enfeksiyonlarının gelişimi için yaygın bir yol değildir?

- a) Hematojen yol
- b) Penetran yaralanma
- c) Cerrahi girişim
- d) Komşuluk yolu ile yayılım
- e) Aspirasyon

**AÇIKLAMA:** Kas iskelet sistemi enfeksiyonlarında mikroorganizma en fazla hematojen yolla bulaşır, daha sonra penetran yaralanmalar, açık kırıklar ve cerrahi müdahaleler sonrası bulaşır ve daha az oranda da komşuluk yolu ile bulaşma olur. Kas iskelet sistemi enfeksiyonları için aspirasyon yaygın görülen bir mekanizma değildir.

Cevap E (*Baratz ME, Watson AD, Imbriglia JE, Fowler JL, Orthopaedic Surgery The Essentials, s.862*)

2. Adamantinoma en sık hangi kemiği tutar?

- a) Tibia
- b) Femur
- c) Klavikula
- d) Pelvis
- e) Ulna

**AÇIKLAMA:** Adamantinoma en sık olarak tibia cisminin ön korteksini tutar.

Cevap A (*Apley's System of Orthopaedics and Fractures 8th edition, Lovis Salamon, no:193*)

3. Ficat sınıflaması hangi kemiğin osteonekroz safhalarını gösteren bir sınıflamadır?

- a) Talus
- b) Radius
- c) Femur başı
- d) Olekranon
- e) Lumbar vertebra

**AÇIKLAMA:** Femur başının osteonekrozlarının düz grafideki görünümüne göre sınıflamasını Ficat tariflemiştir.

Cevap C (*Lange Current Ortopedi, Çeviri: Güncel Tanı Tedavi, H.B. Skunner, s. 380*)

4. Aşağıdakilerden hangisi kemiğe en sık metastaz yapar?

- a) Liposarkom
- b) Renal hücreli karsinom
- c) Prostat kanseri
- d) Karaciğer kanseri
- e) Over kanseri

**AÇIKLAMA:** Meme ve prostat kanserleri kemiğe en sık metastaz yapan tümörlerdir.

Cevap C (*Surgery for Bone and Soft Tissue Tumors, Dempsey Springfield, 1991, s:621.*)

5. Keinböck hastalığı hangi kemiğin iskemik nekrozudur?

- a) Hamatum
- b) Lunatum
- c) Psiforme
- d) Cuboid
- e) Cunneiform

**AÇIKLAMA:** Keinböck hastalığı os lunatumun osteonekrozudur.

Cevap B (*Apley's System of Orthopaedics and Fractures, 8th edition, Lovis Salamon, no:323*)

6. Total kalça artroplastisinde mutlak kontrendikasyon hangisidir?

- a) İleri yaş
- b) DM
- c) Hipertiroidi
- d) Aktif enfeksiyon
- e) Geçirilmiş kırık

**AÇIKLAMA:** Total kalça artroplastisinde özgün ve mutlak kontrendikasyon kalça ekleminde veya kalça dışı bölgelerde bulunan aktif enfeksiyondur.

Cevap D (*Campbell's Operative Orthopaedics Cilt 1, Canele-Akgün s.345*)

7. Elde görülen en sık kemik tümörü hangisidir?

- a) Osteosarkom
- b) Kondrosarkom
- c) Endkondrom
- d) Osteokondrom
- e) Fibröz displazi

**AÇIKLAMA:** Enkondrom elde en sık görülen kemik tümürüdür. Nadiren agresif davranabilir ve bazen kartilajenöz hamartom da olur.

Cevap C (*Campbell's Operative Orthopaedics Cilt 1, Canele-Akgün*)

8. Neer'in dört parçalı kırık sınıflaması hangi kemik için tariflenmiştir?

- a) Femur
- b) Olekranon
- c) Humerus başı
- d) Kalça
- e) Tibia

**AÇIKLAMA:** Neer'in dört parçalı kırığı humerus başı kırıklarında tariflenmiştir. Çoğu cerrah bu tip kırıklarda omuz protezi cerrahisi uygulamaktadır.

Cevap C (*Chapman's and Dislocations of the Soulder. s. 459, 2001*)

**9. Kompartman sendromunun en sık nedeni nedir?**

- a) Yanık
- b) Zehirlenme
- c) Kırıklar
- d) İlaçlar
- e) İskemi

**AÇIKLAMA:** Kompartman sendromunun en sık nedeni kırık sonrası yapılan alçı uygulamaları ve buna bağlı gelişen ödem ile şişiktir.

Cevap C (*Chapman's Orthopaedic Surgay Third Edition, No: 397 2001*)

**10. Aşağıdaki anatomik lokalizasyonlardan nonunion'un en sık görüldüğü kemik hangisidir?**

- a) Radius
- b) İliak kanat
- c) Femur boyun
- d) Femur shaft (cisim)
- e) Olekranon

**AÇIKLAMA:** Femur boynu kırıklarından sonra başın kanlanması erken dönemde bozulduğu için bu bölge kırıklarında femur başı avasküler nekrozu ve nonunion sık gelişir.

Cevap C (*Chapman's Orthopaedic Surgay Third Edition, s:951*)

**11. Tortikolis deformitesinin en sık görülen şekli aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Griesel sendromu
- b) Oküler tortikolis
- c) Konjenital musküler tortikolis
- d) Nörojen tortikolis
- e) Romatoid artrite bağlı tortikolis

Cevap C (*Tachdjian, Pediatric Orthopedics, s.112*)

**12. Ayak bileği burkulmalarında en sık yaralanan bağ hangisidir?**

- a) Deltoid bağ
- b) Kalkaneofibular bağ
- c) Anterior sindezmoz
- d) Anterior talofibular bağ
- e) Posterior sindezmoz

Cevap D (*Campell's, Operative Orthopaedics, s.1080*)

**13. Aşağıdakilerden hangisi Colles kırığının klinik bulgusu değildir?**

- a) Bilek sırtında çatal sırtı deformitesi
- b) El bileğinin radial deviasyonu
- c) El bileğinin ulnar deviasyonu
- d) Radiusun kısalması
- e) El bileğinde genişleme, şişlik, ağrı

Cevap C (*Campell's, Operative Orthopaedics, s.2353*)

**14. Aşağıdakilerden hangisi subakromial sıkışma sendromunun klinik bulgusudur?**

- a) Korkutma testi pozitifdir
- b) Yergason testi pozitifdir
- c) İmpingement testi pozitifdir
- d) Öne çekme testi pozitifdir
- e) Mc Murray testi pozitifdir

Cevap C (*Campell's, Operative Orthopaedics, s.1303*)

**15. Kapalı damar sinir lezyonu olmayan, yatay ve tek bir kırık hattı içeren sağlıklı bir erişkine ait femur diafiz kırığında tercih edilecek tedavi yöntemi ne olmalıdır?**

- a) Repozisyon ve alçı
- b) Traksiyon
- c) Açık repozisyon ve plak ile tespit
- d) Eksternal fiksator
- e) İntramedüller çivi

Cevap E (*Campell's, Operative Orthopaedics, s.2149*)

**16. Erişkinlerde aşağıdaki kırıklardan en uzun sürede iyileşeni hangisidir?**

- a) Tibia 1/3 distal diafiz kırığı
- b) Supra kondiler humerus kırığı
- c) Klavikula kırığı
- d) Humerus proksimal metafiz kırığı
- e) Radius distal uç kırığı

Cevap A (*Campell's, Operative Orthopaedics, s.2057*)

**17. Aşağıdakilerden hangisi kırık iyileşmesini geciktiren bir faktör değildir?**

- a) Sigara içilmesi
- b) Kafa travması
- c) Malnütrisyon
- d) Yaşlılık
- e) Diabet

Cevap B (*Campell's, Operative Orthopaedics, s.1996*)

18. Ayak bileği bağ yaralanmalarında aşağıdaki ligament yapılarından hangisi en sıklıkla yaralanmaya maruz kalır?

- a) Anterior inferior talofibular ligament
- b) Anterior talofibular ligament
- c) Kalkaleofibular ligament
- d) Lateral talokalkaneal ligament
- e) Posterior talofibular ligament

Cevap B (Mizel, *Orthopaedic Knowledge Update*, 2.baskı, 1998, s.229)

19. Gelişimsel kalça displazisi için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Etiyolojide kalıtsal faktörlerin rolü vardır
- b) Asetabulum sıg ve patolojik yönlendiştir
- c) Yenidoğan döneminde muayene ve ultrason tani için yeterlidir
- d) Bebekliğin ilk döneminde 20 derecelik asetabular indeks değeri teşhis için yeterlidir
- e) 0-6 aylık bebeklerde ilk tedavi en iyi Pavlik bandajı ile yapılır

Cevap D (Staheli, *Fundamentals of Pediatric Orthopedics*, 1998, s.7.7)

20. Clubfoot (Talipes equinovarus) için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Equinus, varus, adduksiyon ve medial rotasyon komponentleri olan bir ayak deformitesidir
- b) Bu teşhisi alan hastalarda diğer kas iskelet problemleri de beraberinde bulunabilir
- c) 6 ayın üzerindeki bebeklerde muayeneye ilave röntgen grafileri de çekilmelidir
- d) Tedaviye mümkünse doğumdan 1 ay sonra başlanmalıdır
- e) Alçı tedavisinin yeterli olmadığı vakalarda cerrahi tedavi uygulanır

Cevap D (Staheli, *Fundamentals of Pediatric Orthopedics*, 1998, s.5.10)

21. Aşağıdakilerden hangisi karpal tünelin altından geçmez?

- a) Fleksor pollicis longus tendonu
- b) Fleksor digitorum profundus tendonları
- c) Fleksor digitorum sublimis tendonları
- d) Median sinir
- e) Ulnar sinir

Cevap E (Green, *Operative Hand Surgery*, 3.baskı, 1993, s.1348)

22. Humerus cisim kırıklarında en sık aşağıdaki sinirlerden hangisinde yaralanma olur?

- a) N. muskulokutanöz
- b) N. ulnaris
- c) N. radialis
- d) N. medianus
- e) N. subskapularis

Cevap C (Greenshaw, *Campbells Operative Orthopaedics*, 7.baskı, s.1799)

23. Aşağıdaki konjenital el anomalilerinden hangi ikili daha sıklıkla görülür?

- a) Polidaktili-Trifalangeal başparmak
- b) Polidaktili-Konjenital radioulnar sinostoz
- c) Fokomeli-Mirror el
- d) Kamptodaktili-Polidaktili
- e) Sindaktili-Kamptodaktili

Cevap E (Green, *Operative Hand Surgery*, 3.baskı, 1993, s.253)

24. Trakolomber vertebra kompresyon kırıklarında aşağıdakilerden hangi ikisi cerrahi endikasyon sebebidir?

- a) 10-20 derece arasında segmental kifoz - %20-30 arasında anterior vertebra cisminde yükseklik kaybı olması
- b) 10-20 derece arasında segmental kifoz - %30-40 arasında anterior vertebra cisminde yükseklik kaybı olması
- c) 10-20 derece arasında segmental kifoz - %40-50 arasında anterior vertebra cisminde yükseklik kaybı olması
- d) 10-20 derece arasında segmental kifoz - %50'den fazla anterior vertebra cisminde yükseklik kaybı olması
- e) 30 derecenin üzerinde segmental kifoz - %50'den fazla anterior vertebra cisminde yükseklik kaybı olması

Cevap E (Beaty, *Orthopaedic Knowledge Update*, 2.baskı, 1998, s.664)

# PLASTİK VE REKONSTRÜKTİF CERRAHİ

1. Damak yarıklı çocuklar ne zaman ameliyat edilmelidir?

- a) Doğduktan hemen sonra
- b) 18 aydan önce
- c) 9-12 yaşında
- d) Doğduktan sonra herhangi bir zamanda
- e) Hiçbiri

Cevap B (*Georgiade, Plastic, Maxillofacial and Reconstructive Surgery, 1997*)

2. Kopan bir parmağın replantasyon merkezine ulaştırılması için neler yapılmalıdır?

- a) Önce ampute stumpdan olan kanamayı durdurmak için baskılı pansuman uygulanmalı ve ekstremitenin elevasyonu sağlanmalı
- b) Gerekirse sıvı replasmanı, tetanoz profilaksisi yapılmalı ve antibiyotik verilmeli
- c) Kopan kısım ringer laktatla ıslatılmış steril gazlı beze sarılarak bir plastik çanta içinde, içinde su ve buz olan kaba konmalı ve en hızlı ulaşım aracıyla merkeze ulaştırılmalı
- d) Sevki yapılan merkez bilgilendirilmeli
- e) Hepsi

Cevap E (*Goldenberg, Replantation of amputated parts. Georgiade, Plastic, Maxillofacial and Reconstructive Surgery, 1997*)

3. 31 yaşında bir erkek hastada otomobil kazası sonucu çok parçalı nazoetmoid fraktür oluşmuştur. Açık redüksiyon sırasında nazolakrimal kanal yaralanmasından şüphelenilen hastaya aşağıdakilerden hangisinin uygulanması en uygun seçenektir?

- a) Gözlem
- b) Jones tübü yerleştirilmesi
- c) Silastik tüb konulması
- d) Konjunktivorinostomi
- e) Dakrosistorinostomi

Cevap A (*Gruss, Rigid fixation of nasoethmoid-orbital fractures, Yaremchuk, Rigid Fixation of the Carinomaxillofacial Skeleton, 1992, s.283-300*)

4. Hangisi majör yanık olarak değerlendirilmez?

- a) Yüz, el ayak, genital bölge ve perine yanıkları
- b) Herhangi bir yaşta %5'den fazla üçüncü derece yanık

- c) Önemli kimyasal yanıklar
- d) %5-%10 ikinci derece yanık
- e) Önemli elektrik yanıkları

Cevap D (*Georgiade, Plastic, Maxillofacial and Reconstructive Surgery, 1997*)

5. Hipospadias tedavisinde amaç nedir?

- a) Penis eğriliğinin düzeltilmesi
- b) Üretral meatusun penis ucuna taşınması
- c) Normal kalibrede üretra yapılması
- d) Hepsi
- e) Hiçbiri

Cevap D (*Georgiade, Plastic, Maxillofacial and Reconstructive Surgery, 1997*)

6. Kırmızılık, şişlik, ısı artışı ve ağrı yara iyileşmesinin hangi fazının işaretleridir?

- a) İnflamatuar
- b) Epitelyal rejenerasyon
- c) Kontraksiyon
- d) Fibroplazi
- e) Matürasyon

Cevap A (*Georgiade, Plastic, Maxillofacial and Reconstructive Surgery, 1997*)

7. Vasküler anomalilerin ayırıcı tanısı ve klasifikasyonu aşağıdaki yöntemlerin hangisi kullanılarak yapılabilir?

- a) MRG
- b) Bilgisayarlı tomografi
- c) Histopatoloji
- d) Fizik muayene
- e) Direkt grafi

Cevap C (*J. Weinzweig, Plastic Surgery Secrets, 1998, s.52*)

8. Bir yaranın kronik yara olarak kabul edilmesi için geçmesi gereken en az süre aşağıdakilerden hangisidir?

- a) 5 ay
- b) 1 yıl
- c) 2 ay
- d) 3 ay
- e) 2 yıl

Cevap D (*J. Weinzweig, Plastic Surgery Secrets, 1998, s.4*)

9. Aşağıdakilerin hangisi fetal yara iyileşmesinde skar dokusunun oluşmamasının nedeni değildir?

- a) Hyaluronik asit
- b) Glikozaminoglikanlar
- c) Amniyon sıvısındaki büyüme faktörleri
- d) Aşırı inflamasyon
- e) Endojen immunglobulinlerin yokluğu

Cevap D (*Mimis, Mastery of Plastic and Reconstructive Surgery, 1994, s.1,13*)

10. Laser tedavisi sonrası görülen pigmentasyon değişiklikleri aşağıdaki hangi hücrenin etkilenmesi sonucu gelişir?

- a) Makrofaj
- b) Mast hücresi
- c) Keratinosit
- d) Melanosit
- e) Fibroblast

Cevap D (*Mastery of plastic and reconstructive surgery, 1994, s.1,266*)

11. Saggital ve koronal suturların birlikte etkilendiği craniosynostosis türü aşağıdakilerin hangisidir?

- a) Plagiocephaly
- b) Brachycephaly
- c) Scaphocephaly
- d) Oxycephaly
- e) Trigenocephaly

Cevap D (*Mc Carthy, Plastic Surgery 1990, s.4,3014*)

12. Aşağıdakilerden hangisi izole damak yarığının kız çocuklarda daha fazla görülmesinin sebebidir?

- a) Embriyonal gelişimin erkeklerden daha kısa sürede tamamlanması
- b) Embriyonal gelişimin erkeklerden daha uzun sürede tamamlanması
- c) Yarık damak etyolojisindeki genin X kromozomunda bulunması
- d) Teratojenlerden kız çocukların daha çok etkilenmesi
- e) Çevresel faktörlerden kız çocukların daha çok etkilenmesi

Cevap B (*Mc Carthy, Plastic Surgery, 1990, s.4,2543*)

13. Radyoterapinin kar-zarar ilişkisi esas olarak aşağıdaki faktörlerin hangisine bağlıdır?

- a) Uygulanan bölgeye
- b) Uygulanan doza

- c) Uygulanan kür sayısına
- d) Malignite türüne
- e) Cinsiyete

Cevap B (*Mc Carthy, Plastic Surgery, 1990, s. 5; 330*)

14. Aşağıdakilerden hangisinde sütürler absorpsiyon sürelerine göre doğru olarak sıralanmıştır?

- a) Catgut, prolen, dexion, vicryl, PDS
- b) Catgut, dexion, prolen, PDS, vicryl
- c) Catgut, vicryl, dexion, PDS, prolen
- d) Catgut, dexion, prolen, vicryl, PDS
- e) Prolen, dexion, catgut, vicryl, PDS

Cevap C (*Mimis C, Mastery of Plastic and Reconstructive Surgery 1994, s. 1;8*)

15. Aşağıdaki durumların hangisinde bası yarası oluşur?

- a) Vücudun herhangi bir yerine 30 dakika 20 mmHg bası uygulanması
- b) Vücudun herhangi bir yerine 60 dakika 20 mmHg bası uygulanması
- c) Vücudun herhangi bir yerine 30 dakika 32 mmHg bası uygulanması
- d) Vücudun herhangi bir yerine 90-120 dakika 32 mmHg bası uygulanması
- e) Vücudun herhangi bir yerine 90-120 dakika 20 mmHg bası uygulanması

Cevap D (*Mimis C, Mastery of Plastic and Reconstructive Surgery, 1994, 2;1371*)

16. Elektrik yaralanmalarında aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Kardiyak aritmilere dikkat edilmelidir
- b) Böbrek fonksiyonları takip edilmelidir
- c) Sıvı ve elektrolit kayıpları replase edilmelidir
- d) Deride oluşan hasar bize yaralanmanın şiddeti hakkında kesin bilgiler verir
- e) Elektrik yaralanmalarında oluşan hasar yüzeyden derine doğru artar

Cevap D (*Mc Carthy, Plastic Surgery, 1990, s.1;815*)

17. Aşağıdaki dermatomlardan hangisi mukozal greft alımı için tasarlanmıştır?

- a) Humby
- b) Castroviejo
- c) Browne
- d) Drum
- e) Padgett elektrikli

Cevap B (*Grabb, Plastic Surgery, 1991, s.34*)

18. Primer damak embriyolojik olarak hangi haftalar arası oluşur?

- a) 4-7
- b) 7-10
- c) 10-12
- d) 12-15
- e) 15-18

Cevap A (Gregory, *Plastic Maxillofacial and Reconstructive Surgery*, 1997, s.239)

19. Sinir grefti olarak kullanılmayan sinir aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Sural sinir
- b) Superfisiyal radyal sinir
- c) Lateral torasik sinir
- d) Medial antebraşyal kutanöz sinir
- e) Servikal pleksus kutanöz dalı

Cevap C (Gregory, *Textbook of Plastic Maxillofacial and Reconstructive Surgery*, 1992, s. 88)

20. Aşağıdakilerden hangisi inhalasyon yanığı olan hastalarda diagnostik bronkoskopi yapılmasını gerektirir?

- a) Hipoksi
- b) Sekresyon
- c) Öksürük
- d) Vizing
- e) Bronkospazm

Cevap D (DN Herndorn, *Total Burn Care*, 1996, s.187)

21. Aşağıdakilerden hangisi yanık hastasının yanık merkezine transferini gerektirmez?

- a) Çocukta %10 luk 2. derece yanık
- b) 2. derece yüzde yanık
- c) Kimyasal yanık
- d) Elektrik yanığı
- e) %8 lik 3. derece yanık

Cevap E (DN Herndorn, *Total Burn Care*, 1996, s.36)

22. Parsiyel glossektomi defektlerinin rekonstrüksiyonunda en iyi sonuç veren free flep hangisidir?

- a) Radial forearm
- b) Latissimus dorsi
- c) Lateral arm
- d) Gracilis myokutan
- e) Ulnar arter dil flebi

Cevap A (Gregory, *Plastic Maxillofacial and Reconstructive Surgery*, 1997, s.529)

23. Aşağıdakilerden hangisi lateral boyun kitleleri içinde yer almaz?

- a) Bronşial kist
- b) Kistik higroma
- c) Hemanjiom
- d) Lipom
- e) Delphian Node

Cevap E (Gregory, *Plastic Maxillofacial and Reconstructive Surgery*, 1997, s.522)

# ÜROLOJİ

1. Fuhrman sınıflaması aşağıdaki tümörlerden hangisinde evreden bağımsız olarak prognozu öngörebilmektedir?
- Prostat adeno ca
  - Renal hücreli karsinom
  - Seminom
  - Mesane transizyonel hücreli ca
  - Embriyonel karsinom

**AÇIKLAMA:** Fuhrman nükleer grade sınıflaması tümör evresinden bağımsız olarak kullanılan bir prognoz kriteridir.

Cevap B (Campbell Üroloji, 8. baskı, s. 2691)

2. Yüzeysel mesane tümörü tedavisinde aşağıdaki kemoterapik ajanlardan hangisi intravesikal olarak kullanılmaz?
- Mitomisin
  - Vinkristin
  - Valrubisin
  - Tiotepa
  - Doksorubisin

**AÇIKLAMA:** Yüzeysel mesane tümörlerinin intravesikal tedavisindeki amaçlar: rekürrensi azaltmak, progresyonu önlemek, TUR sonrası rezidüel hastalığı ekarte etmektir. Bu amaçla birçok kemoterapik ajan intravesikal olarak uygulanmaktadır. Ancak vinkristinin böyle bir tedavi endikasyonu yoktur.

Cevap B (Campbell, Üroloji, 8. baskı, s. 2792-93)

3. Prostat kanseri TNM sınıflamasında seminal vezikül invazyonu aşağıdakilerden hangisidir?
- T1
  - T2a
  - T2b
  - T3b
  - T3c

**AÇIKLAMA:** Prostat kanseri TNM sınıflamasında seminal vezikül invazyonu T3c'dir.

Cevap E (Campbell, Üroloji, 8. baskı, s. 3065)

4. Aşağıdaki semen analiz değerlerinden normal sınırlarda olmayan hangisidir?
- Volüm  $\geq 2$  cc
  - Sayı  $\geq 20$  milyon/ml

- Hareketlilik:  $A+B \geq \%30$ ,  $A \geq \%15$
- Morfoloji: normal morfoloji  $\geq \%30$  (WHO99),  $\geq \%14$  (Kruger)
- pH  $\geq 7.2$

**AÇIKLAMA:** Hareketlilik  $A+B \geq \%50$ ,  $A \geq \%25$

Cevap C (Erkek Reprodüktif Sistem Hastalıkları ve Tedavisi, 2004, Türk Androloji Derneği Yayını)

5. Mesane tümörü sınıflamasında rezeke edilen tümör dokusunda kas invazyonu varlığı aşağıdakilerden hangisidir?
- Ta
  - T1
  - T2
  - T3
  - T4

**AÇIKLAMA:** Mesane tümörü sınıflamasında kas invazyonu varlığı T2 dir.

Cevap C (Campbell, Üroloji, 8. baskı, s. 2762)

6. Veziko üreteral reflü (VUR) tanısı ve sınıflamasında kullanılan en etkili görüntüleme yöntemi aşağıdakilerden hangisidir?
- Ultrason
  - IVP
  - VCUG
  - Sintigrafi
  - BT

**AÇIKLAMA:** VCUG, VUR tanısı ve sınıflamasında kullanılan en etkili görüntüleme yöntemidir.

Cevap C (Campbell Üroloji, 8. baskı, s. 2060)

7. Benign Prostat Hiperplazisinin medikal tedavisinde kullanılan aşağıdaki  $\alpha 1$  bloker ajanlardan hangisi uzun etkili değildir?
- Prazosin
  - Terazosin
  - Doksazosin
  - Alfuzosin
  - Tamsulosin

**AÇIKLAMA:** Prazosin kısa etkili bir  $\alpha 1$  bloker ajandır.

Cevap A (Campbell, Üroloji, 8. baskı, s.1349)

8. Benign Prostat Hiperplazisi tedavisinde aşağıdaki-lerden hangisi cerrahi tedavi endikasyonu değildir?

- a) Akut idrar retansiyonu
- b) Tekrarlayan ya da inatçı idrar yolu enfeksiyonları
- c) Prostattan kaynaklanan tekrarlayan hematüriler
- d) Prostat hacminin 50 ml'den daha büyük olması
- e) Obstrüksiyona sekonder gelişen mesane taşları

**AÇIKLAMA:** Prostat hacminin BPH'nın cerrahi tedavi endikasyonlarında yeri yoktur. Prostat hacmi cerrahiye karar verilmişse, uygulanacak cerrahi yöntem konusunda cerraha yardımcı olur.

Cevap D (Campbell, Üroloji, 8. baskı, s. 1424)

9. Ani başlayan skrotal ağrı, bulantı, kusma ve kremasterik refleksi olmayan bir çocuk hastada aşağıdakilerden hangisi öncelikle düşünülmelidir?

- a) Epididimit
- b) Orşit
- c) Testis torsiyonu
- d) Varikosel
- e) Hidrosel

**AÇIKLAMA:** Kremasterik refleksin olmaması testis torsiyonu için iyi bir ayırıcıdır.

Cevap C (Campbell, Üroloji, 8. baskı, s. 2380)

10. Erektile disfonksiyon (ED) tedavisinde aşağıdaki ajanlardan hangisi intrakavernözal olarak kullanılmaz?

- a) Papaverin
- b) Fentolamin
- c) Alprostadil
- d) Vardenafil
- e) Moksilisit

**AÇIKLAMA:** Vardenafil sadece oral yoldan ED tedavisinde kullanılan bir ajandır.

Cevap D (Campbell, Üroloji, 8. baskı, s. 1656)

11. İdrar yolu enfeksiyonu (İYE) ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Sünnetsiz çocuklarda İYE daha sık görülmektedir
- b) DTPA, böbrek yaralanmasını değerlendirmede önemli bir tetkiktir
- c) Veziko-üretoral reflü şüphelenilen olgularda voiding sisto-üretrogram yapılmalıdır
- d) Sık ve tekrarlayan İYE olan olgular profilaksiye alınmalıdır

e) Profilaksi akşamları, tek doz şeklinde yapılmalıdır

Cevap B (Oxbury J, Polkey C, Duchowny M, Intractable Focal Epilepsy. p.77-88)

12. Aşağıdaki ifadelerden hangisi doğru değildir?

- a) Testisin görevi androjen sekrete etmek ve sperm üretmektir
- b) İnsan testisinde spermatojenik siklus 74 gündür
- c) Testiküler dokunun %80-90'ını seminifer tübüliler oluşturur
- d) Somatik hücreler mitoz, germ hücreleri ise mayoz bölünme ile çoğalır
- e) Germinal epitelyum kan-testis bariyerini oluşturur

**AÇIKLAMA:** Sertoli hücreleri kan-testis bariyerini oluşturur.

Cevap E (McAninch, E. Tanagho, Smith's General Urology, 6. baskı)

13. Aşağıdakilerden hangisi böbrek tümörlerinin belirtilerinden değildir?

- a) Varikosel
- b) Hematuri
- c) Servikal lenfadenopati
- d) Bilateral alt ekstremite ödemi
- e) Hipertrikozis

Cevap E (Novick AC, Campbell, SC, Campbell's Urology, Böl. 75, s.2673-2731)

14. En sık düzeltililebilir erkek infertilite sebebi nedir?

- a) Hidrosel
- b) Kabakulak
- c) Varikosel
- d) Spermatosel
- e) Hipofizer yetersizlik

**AÇIKLAMA:** Erkek infertilitesinde %40 oranında, en sık düzeltililebilir patoloji olarak varikosel saptanır.

Cevap C (Tanagho EA, McAninch JW, Smith's General Urology, 16. baskı, 2004, s.699)

15. Aşağıda belirtilen alt üriner sistem semptomlarından (prostatizm) hangisi irritatif (depolama) semptomudur?

- a) İdrar yapma zamanında uzama
- b) Sıkışma tarzında idrar kaçırma (urge inkontinans)
- c) İdrar retansiyonu
- d) Taşma tarzında idrar kaçırma
- e) İdrar yapmaya başlamadan önce bekleme



**AÇIKLAMA:** Alt üriner sistem semptomları (prostatizm) iritativ (depolama) ve obstrüktif (işeme) semptomlar olmak üzere ikiye ayrılır. Depolama semptomları sık idrara gitme, gece idrara çıkma, az az idrar yapma, idrar sıkıştırması (urgency), urge inkontinanstır. B seçeneği haricindekiler işeme semptomlarıdır.

Cevap B (*Anafarta K, Bedük Y, Arıkan N, Temel Üroloji, 2007, 3. Baskı, s.856*)

**16.Aşağıdakilerden hangisinin saf ürik asit taşlarının tedavisinde yeri yoktur?**

- a) Bol hidrasyon
- b) Purinden fakir diyet
- c) Potasyum sitrat
- d) İdrarın asitleştirilmesi
- e) Allopurinol

**AÇIKLAMA:** Bu taşlarda diğer taşlarda olduğu gibi hidrasyon artırılmalı; purin, ürik asit öncülü olduğu için kısıtlanmalı ve çözünürlüğü artırmak amacıyla potasyum sitrat gibi bir ajanla idrar alkalize edilmelidir. Daha sonraki aşamalarda ksantinden ürik asit oluşumunu önlemek için bir ksantin oksidaz inhibitörü olan allopurinol verilebilmektedir. Dolayısıyla ürik asit taşlarında idrar asitleştirilmemeli, tersine alkali hale getirilmelidir.

Cevap D (*Campbell's Urology, 9th edition, Selective Medical Therapy For Nephrolithiasis, 2007 (CD version)*)

**17.Proksimal hipospadias saptanan bir bebekte fizik incelemede testisler skrotumda palpe edilmemiştir. Aşağıdakilerden hangisi bir sonraki basamakta acil olarak yapılmalıdır?**

- a) Serum elektrolit tayini
- b) Karyotipleme
- c) Alt ekstremitte incelemesi
- d) Anal kanal incelemesi
- e) Kardiak oskültasyon

Cevap A (*Walsh, Retik, Vaughan ve Wein, Campbell' s Urology, 8. baskı, 2002, s.2395-2427*)

**18.Renal arteriyel anevrizmanın en sık tipi aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Dissekan
- b) Fuziform
- c) Sakküler
- d) Post-travmatik
- e) İntrarenal

**AÇIKLAMA:** Sakküler anevrizmalar en sık görülen tiptir ve bütün renal arter anevrizmalarının %75'ini oluştururlar. Genellikle renal arterin bifürkasyonunda görülürler. Çünkü bazen bu noktada arter duvarında kalıtsal bir zayıflık olabilmektedir.

Cevap C (*P.C. Walsh: Campbell's Urology, 8. baskı, 2002, s. 262*)

**19.Hastane kaynaklı üriner sistem enfeksiyonlarında en sık predispozan faktör nedir?**

- a) Yaş
- b) Cerrahi
- c) Kateterizasyon
- d) Antimikrobial kullanımı
- e) Diabetes Mellitus

**AÇIKLAMA:** Hastane enfeksiyonlarının büyük kısmı üriner sistem kaynaklıdır (Tüm hastane enfeksiyonlarının yaklaşık %40'ı kadar). Bu enfeksiyonlar için en sık predispozan faktör kateterizasyonu da içeren üretral girişimlerdir.

Cevap C (*P.C. Walsh, Campbell's Urology, 8. baskı, 2002, s. 548*)

**20.Hangi fetal hormon wolf kanallarının gelişimini uyandır?**

- a) Testosteron
- b) Östradiol
- c) Dihidrotestosteron
- d) Östron
- e) İnhibin

**AÇIKLAMA:** Wolf kanallarından vesikula seminalis, epididimis, vas deferens, ampulla ve ejakulatuar kanallar gelişir ve bu bez grubunun gelişimini fetal testosteron stimule eder.

Cevap A (*P.C. Walsh: Campbell's Urology, 8. baskı, 2002, s. 1238*)

**21.Spermatogenezisin devamı için gerekli olan hormon hangisidir?**

- a) Oksitosin
- b) Östradiol
- c) Dihidrotestosteron
- d) İnhibin
- e) Testosteron

**AÇIKLAMA:** İnsanlarda testosteron spermatogenezisin başlamasını ve niteliksel olarak devamını sağlar.

Cevap E (*P.C. Walsh: Campbell's Urology, 8. baskı, 2002, s. 1454*)

**22.Penisin detümesansında etkili olan aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Asetilkolin
- b) Fosfodiesteraz tip-5
- c) Nitrik oksit
- d) Nöropeptid P
- e) Fosfodiesteraz tip-3

**AÇIKLAMA:** Detümesans sırasında cGMP, oldukça spesifik olan cGMP bağlayan fosfodiesteraz tip-5 tarafından GMP'ye hidrolize edilir.

Cevap B (*P.C. Walsh, Campbell's Urology, 8. baskı, 2002, s. 1601*)

**23.10-20 mm çaplı böbrek taşlarında tercih edilen tedavi yöntemi nedir?**

- a) PNL
- b) ESWL+üreteral stent
- c) Laparoskopik pyelolitotomi
- d) ESWL
- e) Fleksibl üreteroskopi ve holmium laser litotripsi

**AÇIKLAMA:** 10-20 mm arası taşlarda ilk basamak tedavi olarak ESWL yaygın şekilde uygulanmaktadır.

Cevap D (*P.C. Walsh: Campbell's Urology, 8. baskı, 2002, s. 3368*)

**24.Perkütan nefrolitotripsinin (PNL) en belirgin komplikasyonu nedir?**

- a) İrrigasyon sıvısının ekstrasvazasyonu
- b) Hemoraji
- c) İnkomplet taş alınması
- d) Üriner trakt enfeksiyonu
- e) Plevral effüzyon

**AÇIKLAMA:** Kanama PNL'nin en belirgin komplikasyonudur. Transfüzyon oranları %1-10 arasındadır.

Cevap B (*P.C. Walsh, Campbell's Urology, 8. baskı, 2002, s. 3430*)

**25.Normal serum testesteron ve FSH düzeyi, normal testis volümü ve palpabl vazı bulunan azospermik bir erkeğin değerlendirilmesindeki en iyi bir sonraki basamak aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Vazografi
- b) Testis biyopsisi
- c) Transrektal ultrasonografi
- d) Kranial MRG
- e) Donör inseminasyonu

**AÇIKLAMA:** Vaz defferensi bulunan, normal testis volümlü ve normal serum FSH seviyesi olan hastalarda spermatogenik anomaliler ile duktal obstruksiyonu

ayrıt etmek için testiküler biyopsi yapılmalıdır.

Cevap B (*P.C. Walsh, Campbell's Urology, 8. baskı, 2002, s.1487*)

**26.Üretero-pelvik bileşkenin (UPJ) obstruksiyonu tanısı için en uygun görüntüleme yöntemi aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Merkaptaoasetiltriglisin (MAG-3)-furosemid renografisi
- b) IVP
- c) Ultrasonografi
- d) MRG
- e) Doopler ultrasonografi

**AÇIKLAMA:** IVP önceleri üretero-pelvik bileşkenin obstruksiyonu tanısı için öncelikli görüntüleme yöntemi iken artık her iki böbreğin fonksiyonunu ve boşaltma miktarını gösteren radyonükleer renografi tercih edilmektedir.

Cevap A (*P.C. Walsh, Campbell's Urology, 8. baskı, 2002, s. 2001*)

**27.Kriptorşidizmle ilgili hangisi yanlıştır?**

- a) Leydig hücreleri en az etkilenen yapılardır
- b) %25'inde birlikte inguinal herni mevcuttur
- c) Bu testislerin %50'sinde konjenital defekt vardır
- d) Prematürelde %30 oranında görülür
- e) Kriptorşidi testisin normal iniş yolu üzerinde bir yerde konumlanmasıdır

**AÇIKLAMA:** Skrotum testisler için etkin bir ısı regülatörüdür ve ısı beden ısısından 1°C daha düşük düzeyde tutulur. Spermatogenik hücreler beden ısısına karşı duyarlıdır. Leydig hücreleri ise beden ısısından etkilenmez ve kriptorşid organda genellikle normal sayıdadır. Bu testislerde %10 oranında konjenital defekt (primer hipogonadizm, hipopitüitarizme sekonder hipogonadizm) vardır. Bu nedenle bu gonadlarda tedaviye rağmen normalin altında spermatogenetik aktivite vardır. Sağlıklı yenidoğanda %3.4, prematürelde %30 oranında görülür.

Cevap C (*E.A. Tanagho, J.W. McAninch, Smith Genel Üroloji. 1999, s.682*)

**28.Ürolojik acillerle ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Testis torsiyonları en sık 40 yaş üstünde görülür
- b) Böbrek yaralanmalarının çoğu minör yaralanmalardır
- c) Aşırı deselerasyonda böbrek pedikül yaralanmaları olabilir
- d) Fimosiz prepusyumun retrakte edilememesidir

- e) Pelvis travmalarında üretral meada kan görülüyorsa üretral kateter takılmamalıdır

**AÇIKLAMA:** Testis torsiyonu en sık adölesan erkeklerde görülen nadir bir hastalıktır. Böbrek travmalarının %85'i minör yaralanmadır. Deselerasyon tipindeki yaralanmalarda böbrek pedikül yaralanmaları olabilir. Fimozis prepusyumun retrakte edilememesidir. 2 yaşına kadar fizyolojiktir. Üretral meada kan görülmesi üretral yaralanmayı, kopmayı düşündürülebilir. Retrograd üretrografi çekilerek üretra bütünlüğü görüldükten sonra üretral kateter konulmalıdır. Aksi halde mevcut yaralanmayı ilerletebilir.

Cevap A (E.A. Tanagho, J.W. McAninch, Smith Genel Üroloji, 1999, s.317,327,687)

**29.Aşağıdakilerden hangisi renal travmaların geç patolojik bulgularından değildir?**

- a) Renal vasküler hipertansiyon  
b) Hidronefroz  
c) Ürinoma  
d) Arteriovenöz fistül  
e) Transizyonel hücreli kanser

**AÇIKLAMA:** Renal travmaların geç patolojik bulguları; hipertansiyon, hidronefroz, arteriovenöz fistül ve ürinom sayılabilir. Transizyonel hücreli kanser geç patolojik bulgu değildir.

Cevap E (E.A. Tanagho, J.W. McAninch, Smith Genel Üroloji, 1999, s.322)

**30.Veziko üreteral reflü (VUR) ile ilgili hangisi doğrudur?**

- a) Üriner enfeksiyon geçiren çocukların %10'unda VUR saptanmıştır  
b) Yüzeysel trigon kadında mesane boynunda sonlanır  
c) Temel neden üreteral anomalilerdir  
d) Rekürren sistit atakları gelişebilir  
e) İntravenöz piyelografi VUR'u ekarte ettirir

**AÇIKLAMA:** Üriner enfeksiyon geçiren çocukların yaklaşık %50'sinde VUR saptanır. Yüzeysel trigon erkekte verumontanumda kadında ise eksternal meanın hemen iç kısmında sonlanır. Temel neden trigon bütünlüğünün bozulmasıdır. Hastalar rekürren sistit ve piyelonefrit atakları geçirirler. İntravenöz piyelografi reflüde çok anlamlı değildir. Esas tanısı voiding sistogramla konur.

Cevap D (E.A. Tanagho, J.W. McAninch, Smith Genel Üroloji, 1999, s.186)

**31.Genitoüriner sistem tüberkülozu için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Üreterlerde zamanla kısılma ve düzleşme olabilir  
b) Spermatik kordda tespih tanesi şeklinde muayene bulguları olabilir  
c) Böbrek tüberkülozu hızlı seyridir  
d) Steril piyüri olur  
e) Üriner sisteme daha çok hematojen yolla akciğerden gelirler

**AÇIKLAMA:** Tüberkülozun tipik lezyonlarından birinde nedbeleşmeye bağlı olarak çeşitli sorunlar çıkar. Üreterlerde kısılma, düzleşme, darlık meydana gelebilir. Yine buna bağlı olarak spermatik kordda tespih tanesi görünümü meydana gelebilir. Üriner sistem tüberkülozu çoğunlukla hematojen yolla akciğerlerden köken alır. Steril pyürinin en sık sebeplerinden biridir. Böbrek tüberkülozu sinsi bir hastalıktır. Semptomların ortaya çıkması 15-20 yılı alabilir.

Cevap C (E.A. Tanagho, J.W. McAninch, Smith Genel Üroloji, 1999, s.245)

**32.Aşağıdakilerden hangisi doğrudur?**

- a) Üreterosel, proksimal üreterin kistik dilatasyonudur  
b) Ektopik üreterde erkeklerde genellikle inkontinans mevcuttur  
c) Üreterovezikal bileşke darlıkları kızlarda daha fazla görülür  
d) Komplet üreter duplikasyonunda üst polu drene eden üreter alta açılır  
e) Retrokaval üreter anomalisi üreterin en sık anomalisidir

**AÇIKLAMA:** Üreterosel, distal üreterin kistik dilatasyonudur. Erkek çocuklarda ektopik üreter olgularında inkontinans görülmez. Daha çok ektopi yerleri vas deferens ve seminal veziküllerdir. Kız çocuklarında ise üreter orifisi üretra, vajina veya perinede olabilir. ON bağlı olarak inkontinans görülebilir. Üreterin en sık doğumsal malformasyonu üreter duplikasyonlarıdır. Komplet üreter duplikasyonunda Weigert-Meyer kanununa göre üst segmenti drene eden üreter mesanenin alt kısmına, alt segmenti drene eden üreter mesanenin üst kısmına açılır. Erkek çocuklarda üreterovezikal bileşke darlıkları kız çocuklardan 4 kat fazla görülür.

Cevap D (E.A. Tanagho, J.W. McAninch, Smith Genel Üroloji, 1999, s.245)

**33.Aşağıdakilerden hangisi üriner sistem kaynaklı ateş nedeni değildir?**

- a) Böbrek kist hidatiği  
b) Renal tüberküloz

## ÜROLOJİ

- c) Akut piyelonefrit
- d) Böbrek tümörü
- e) Renal kandidiyazis

**AÇIKLAMA:** Böbrek tüberkülozu sinsi, geç bulgu veren bir hastalıktır. O yüzden ateş beklenen bir bulgu değildir. Diğer seçeneklerdeki hastalıklar ateş sebebi olabilir.

Cevap B (E.A. Tanagho, J.W. McAninch, Smith Genel Üroloji, 1999, s.31)

**34.Aşağıdakilerden hangisi benign prostat hiperplazisi (BPH) açısından yanlıştır?**

- a) Etyolojide hormonal faktörlerin önemli rol oynadığı düşünülmektedir
- b) Altın standart cerrahi tedavi yöntemi TURP (Transüretral prostat rezeksiyonu)'dur
- c) Mesane taşı oluşması cerrahi tedavi endikasyonudur
- d) Daha ziyade transizyonel zonda gelişir
- e) PSA yüksek olanlarda açık prostatektomi gerekli ise prostat kanseri açısından radikal prostatektomi yapılması daha doğrudur

**AÇIKLAMA:** BPH'nın etyolojisi bilinmemektedir. Hormonal faktörlerin ve yaşın rol oynadığı düşünül-

mektedir. BPH transizyonel zonun hipertrofiye olmasıdır. Altın standart cerrahi yöntemi TURP'dur. Cerrahi tedavi endikasyonları arasında medikal tedaviye yanıtız rekürren retansiyonlar, tekrarlayan hematüri ve üriner enfeksiyonlar, böbrek fonksiyonlarında bozulma, mesane taşı oluşumu sayılabilir. PSA değeri yüksek hastalarda ameliyattan önce kanser ekarte edilmelidir. Bunun için ise transrektal iğne biyopsisi yapılması gereklidir.

Cevap E (E.A. Tanagho, J.W. McAninch, Smith Genel Üroloji, 1999, s.403)

**35.Aşağıdakilerden hangisi radyopak bir üriner sistem taşıdır?**

- a) Triamteren
- b) Ürik asit
- c) Strüvit
- d) Ksantin
- e) İndinavir

**AÇIKLAMA:** Strüvit taşı; enfeksiyon taşı, magnezyum-amonyum-fosfat taşı da denilmektedir. Kalsiyum taşları ve sistin taşlarında olduğu gibi radyopaktır.

Cevap C (E.A. Tanagho, J.W. McAninch, Smith Genel Üroloji, 1999, s.276)

# DENEME SINAVI

## Temel Tıp Bilimleri

- 1. Parmak uçlarında yükselemeyen ve aşil tendon refleksi alınamayan hastada hangi sinir hasar görmüştür?**
  - a) N. femoralis
  - b) N. tibialis
  - c) N. peroneus communis
  - d) N. obturatorius
  - e) N. gluteus superior
- 2. Sol stilomastoid foramen'den geçen bir kırık, foramen içindeki siniri etkilerse aşağıdaki klinik bulgulardan hangisi meydana gelir?**
  - a) Sağ kulakta hiperakuzi
  - b) Fasiyal palsi
  - c) Sol lakrimasyon kaybı
  - d) Sol parotis bezinin sekresyon kaybı
  - e) Sağ tarafta lakrimasyon kaybı
- 3. Kübital fossada açılan bir damar yolunda hava kabarcığı oluşuyor. Bu durumda hava embolisi açısından vücudun hangi bölgesi en fazla risk altındadır?**
  - a) Beyin
  - b) Kol
  - c) Kalp
  - d) Akciğer
  - e) Karaciğer
- 4. Aşağıdakilerden hangisi hem oskültasyon hem de lumbal üçgenin yapısına katılır?**
  - a) M. trapezius
  - b) M. latissimus dorsi
  - c) M. obliquus abdominis externus
  - d) Skapula
  - e) Crista iliaca
- 5. Hangi kas kola sadece iç rotasyon yaptırır?**
  - a) M. teres minor
  - b) M. supraspinatus
  - c) M. subscapularis
  - d) M. infraspinatus
  - e) M. teres major
- 6. Aşağıdaki boşlukların hangisinde BOS (Beyin Omurilik Sıvısı) bulunmaz?**
  - a) Cisterna magna
  - b) Aqueductus mesencephali
  - c) Spatium subarachnoideum
  - d) Spatium epidurale
  - e) Ventriculus quadratus
- 7. Anterolateral abdominal duvarın orta hattından sokulan iğne, aşağıdaki oluşumların hangisinden geçmez?**
  - a) Fascia profundus
  - b) Fascia transversalis
  - c) Fascia superficialis
  - d) Periton
  - e) M. transversus abdominis
- 8. Fossa pterygopalatina ile fossa cranii media'yı birbirine bağlayan oluşum aşağıdakilerden hangisidir?**
  - a) Foramen ovale
  - b) Foramen sphenopalatinum
  - c) Foramen rotundum
  - d) Foramen spinosum
  - e) Fissura pterygomaxillaris
- 9. Aşağıdaki kaslardan hangisi uyluğa dış rotasyonun yanı sıra abduksiyon da yaptırır?**
  - a) M. piriformis
  - b) M. gemellus superior
  - c) M. obturatorius internus
  - d) M. obturatorius externus
  - e) M. quadratus femoris
- 10. Aşağıdakilerden hangisi kalbin sağ ventrikülünde yer alır?**
  - a) Fossa ovalis
  - b) Ostium v. cava inferior
  - c) Ostium sinus coronarius
  - d) Trabecula septomarginalis
  - e) Crista terminalis

11. Aşağıdakilerden hangisi antijen sunan hücre grubuna dahil değildir?

- a) Langerhans hücreleri
- b) Folliküler dendritik hücreler
- c) Makrofajlar
- d) İnterdijitasyon yapan hücreler
- e) M hücreleri

12. Aşağıdakilerden hangisi jukstaglomerüler aparatın yapısına katılmaz?

- a) Afferent arteriyol
- b) Distal kıvrıntılı tubulus
- c) Proksimal kıvrıntılı tubülüs
- d) Maküla densa
- e) Ekstraglomerüler mezanşiyal hücreler

13. Döllenmeden sonra uterusu implante olan yapı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Blastosist
- b) Zigot
- c) Morula
- d) Blastomer
- e) Gastrula

14. Eozinofillerdeki major bazik protein, aşağıdakilerden hangisinden zengindir?

- a) Arjinin
- b) Serin
- c) Histidin
- d) Lizin
- e) Prolin

15. Hipofiz tümöründe aşağıdakilerden hangisi görülebilir?

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

16. İskelet kası sarkoplazmik retikulum sisternalarında  $Ca^{2+}$  serbestleşmesiyle ilgili reseptör hangisidir?

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

17. Aşağıdaki sinir liflerinden ileti hızı en düşük olan hangisidir?

- a) Kas içcikleri primer sonlanmalarından başlayan Grup Ia afferent lifler
- b) Kas içcikleri sekonder sonlanmalarından başlayan Grup II afferent lifler
- c) Bazı dokunma reseptörlerinden kalkan Grup III afferent lifler
- d) Preganglionik otonom sinir sistemi lifleri
- e) Ağrı reseptörlerinden kalkan afferent lifler

18. M. quadriceps femoris kasında gelişen gerim (myotatik) refleksi ile ilgili ifadelerden hangisi yanlıştır?

- a) Monosinaptik bir reflekstir
- b) Reseptörü kas içcikleridir
- c) Refleks merkezi medulla spinalistedir
- d) Afferent ve efferent sinirleri aynı kası innerve eder
- e) Kasın aşırı kasılmasına bağlı gevşeme görülür

19. Sinir aksiyon potansiyelinin oluşumunda hücre membranından hangi iyon geçişi en önemlidir?

- a) Sodyum
- b) Kalsiyum
- c) Potasyum
- d) Klor
- e) Magnezyum

20. Aşağıdakilerden hangisi net filtrasyon basıncını etkileyen kuvvetlerden değildir?

- a) Glomerül hidrostatik basıncı
- b) Bowman kapsülü kolloid ozmotik basıncı
- c) Bowman kapsülü hidrostatik basıncı
- d) Glomerüler kapiller kolloid ozmotik basıncı
- e) Glomerüler kapsül basıncı

21. Aşağıdaki enzimlerden hangisinin defosforile hali inaktiftir?

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

22. Kanser hücreleri için aşağıdaki metabolik olayların hangisi yanlıştır?

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

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

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

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

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

**25. Yağ asidi sentezi ile ilgili olarak hangisi doğrudur?**

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

**26. 18-hidroksilaz eksikliğinde hangi hormonun biyosentezi etkilenir?**

- a) Tiroid hormonları
- b) Progesteron
- c) Aldosteron
- d) Testosteron
- e) Estrojen

**27. Hangi apoprotein karaciğerde çok düşük yoğunluklu lipoprotein (VLDL) sentezinde yer alan yüzey proteinlerindedir?**

- a) AI
- b) B48
- c) CII
- d) B100
- e) E

**28. Karaciğerde uzun zincirli yağ asidi oksidasyonunu inhibe eden biyomolekül hangisidir?**

- a) Açıl KoA
- b) Glukagon
- c) Karnitin
- d) Palmitat
- e) Malonil-KoA

**29. Yağ dokusunda lipolizi adenilat siklaz üzerinden inhibe eden biyomolekül hangisidir?**

- a) ACTH
- b) Epinefrin
- c) Glukagon
- d) Nikotik asid
- e) T3

**30. Prematür bebeklerde aşağıdakilerden hangisinin eksikliğinde Respiratuvar Distress Sendromu görülür?**

- a) Plazmalojen
- b) Kardiyolipin
- c) Dipalmitoil lesitin
- d) Gangliozid
- e) Galaktozil seramid

**31. Reaksiyon hızının  $V_{max}$ 'a eşit olduğundaki substrat konsantrasyonu hangisini ifade eder?**

- a)  $V_{max}/2$
- b)  $K_m$
- c)  $K_m/2$
- d)  $V_{max}/K_m$
- e) Menten eğrisi

**32. Yenidoğanların midesinde bulunan ve kalsiyum varlığında kazeini parakazeine dönüştüren enzim hangisidir?**

- a) Pepsin
- b) Renin
- c) Elastaz
- d) Amilaz
- e) Tripsin

**33. Kaslarda üretilen amonyak aşağıdakilerden hangisi üzerinden karaciğere taşınır?**

- a) Piruvat
- b)  $\alpha$ -ketoglutarat
- c) Glutamin
- d) Glutamat
- e) Alanin

**34. Aşağıdakilerden hangisi karbomoil sentaz I üzerinden bir üre metabolizması aktivatörüdür?**

- a) N-asetil glutamat
- b) N-asetil fumarat
- c) N-asetil malat
- d) Ornitin
- e) Sitrülin

35. Aşağıdaki dehidrojenazlardan hangisi NADP koenzimini kullanır?

- a) Piruvat dehidrojenaz
- b)  $\alpha$ -ketoglutarat dehidrojenaz
- c) Gliseraldehid 3-fosfat dehidrojenaz
- d) Mitokondriyal gliserol 3-fosfat dehidrojenaz
- e) Glukoz 6-fosfat dehidrojenaz

36. Aşağıdaki elementlerden hangisinin eksikliğinde insüline karşı direnç gelişebilir?

- a) Kobalt
- b) Bakır
- c) Krom
- d) Demir
- e) Çinko

37. Aşağıdaki testlerden hangisi subaraknoid hemorajinin, travmatik ponksiyona bağlı kanamadan ayırt edilmesinde belirleyici olabilir?

- a) Protrombin zamanı
- b) D-Dimer-fibrin
- c) APT
- d) Eritrosit sayısı
- e) Lökosit sayısı

38. Aşağıdaki enzimlerden hangisi yüksek serum ALP'nin karaciğer orijinli olduğunun belirlenmesinde yardımcı olur?

- a) Laktat dehidrogenaz
- b) Alanin transaminaz
- c) Aspartat transaminaz
- d) Ornitin karbamilaz
- e) Gama glutamil transpeptidaz

39. Aşağıdaki yapılardan hangisi pentoz fosfat yolu yönünden aktif değildir?

- a) Meme bezi
- b) Adrenal korteks
- c) İskelet kası
- d) Karaciğer
- e) Yağ dokusu

40. Aşağıdaki membran yapılarından hangisinde kolesterol oranı en fazladır?

- a) İç mitokondri
- b) Dış mitokondri
- c) Lizozom
- d) Çekirdek
- e) Plazma

41. Vankomisin bakteriler üzerine etki mekanizması aşağıdakilerden hangisidir?

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

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

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

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

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

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

- a) Miçetom
- b) Kromblastomikoz
- c) Sporotrikoz
- d) Kandidoz
- e) Dermatofitoz

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

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



**46. Bakterilerdeki spor yapısında aşağıdaki spor organellerinden hangisi bulunmaz?**

- a) İç membran
- b) Korteks
- c) Kılıf
- d) Kor
- e) Glikokaliks

**47. Aşağıdakilerden hangisi tümör hücrelerine karşı bağışık yanıtın oluşmasında en etkilidir?**

- a) T lenfosit
- b) B lenfosit
- c) Duyarlı Th hücreleri
- d) Tümör hücrelerinin TSA (Tümör Spesifik Antijen) içermesi
- e) Gama interferon

**48. Komplemanın alternatif yoldan aktivasyonunda gerekli olmayan aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Mantar hücresi
- b) Bakteri hücresi
- c) Antijen-Antikor bileşimi
- d) İnfluenza
- e) Cryptococcus

**49. Biyolojik yöntemlerle oksijen tüketiminde aşağıdakilerden hangisi kullanılır?**

- a) Serratia marcescens
- b) Brucella abortus
- c) Camphylobacter
- d) Neisseria
- e) Bacterioides

**50. Aşağıdaki bakterilerden hangisi aerop sporlu bakteri olup, D glutamik asit yapısında kapsüle sahiptir ?**

- a) Clostridium botulinum
- b) Bacillus anthracis
- c) Clostridium tetani
- d) Haemophilus influenzae tip b
- e) Klebsiella pneumoniae

**51. N. meningitidis ile gelişen septik şoktan bakterinin hangi bölümü sorumludur?**

- a) Kapsüler polisakkarit
- b) Flagella
- c) Fimbriya
- d) Lipopolisakkarid
- e) Dış membran proteinleri

**52. Gastroenteritli bir hastanın dışkılarından izole edilen bakterinin Shigella ya da E. coli olduğunu ayırtabilmek için hangi deney gereklidir?**

- a) Hareket
- b) Laktoz fermentasyonu
- c) Glukoz fermentasyonu
- d) Gram boyama
- e) MacConkey ağarda üreme

**53. Haemophilus influenzae, hangi nedenle 2 yaş altı çocuklarda daha sık enfeksiyon yapar?**

- a) İmmün sistemleri polisakkarid antijenlerine karşı antikor geliştirme yeteneğini henüz kazanmamıştır
- b) İmmün sistemleri protein antijenlerine karşı antikor geliştirme yeteneğini henüz kazanmamıştır
- c) Hücresel immün sistemleri henüz gelişmemiştir
- d) Enfeksiyon sırasında geçici nötropeni olur
- e) Gelişmenin bu aşamasında bazı kompleman komponentleri oluşmamıştır

**54. Vadi ateşi (çöl romatizması) aşağıdakilerden hangisine ilişkindir?**

- a) Kandidoz
- b) Histoplazmoz
- c) Fusaryoz
- d) Koksidiyoidomikoz
- e) Sporotrikoz

**55. 14 alfa-lanosterol demetilaz enzimini inhibe ederek ergosterol biyosentezinin bozulmasına yol açan antifungal aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Flukonazol
- b) Flusitozin
- c) Amfoterisin-B
- d) Lipozomal nistatin
- e) Ekinokandin

**56. Bakterilerde direnç gelişmesini sağlayan ve plazmidlerle aktarılabilen gen dizileri aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) İntegron
- b) Operon
- c) İntron
- d) Ekzon
- e) Transpozon

**57. Bir Gram (+) bakterinin 50S ribozomal alt ünitesinde mutasyon gelişirse, aşağıdaki antibiyotiklerden hangisine karşı direnç kazanır?**

- a) Tetrasiklinler
- b) Makrolidler
- c) Penisilinler
- d) Glikopeptidler
- e) Kinolonlar

58.Yardımcı T1 (T Helper 1) hücrelerince yapılan, makrofaj aktivasyonundan sorumlu başlıca sitokin aşağıdakilerden hangisidir?

- a) IFN
- b) İnterlökin-4
- c) İnterlökin-5
- d) İnterlökin-13
- e) TGF

59. Mikrobiyoloji laboratuvarlarında kullanılan boyalardan hangisi nötral özelliktedir?

- a) Fozin
- b) Safranin
- c) Kristal viyole
- d) Giemsa
- e) Metilen mavisi

60.Bakteriler arasında bakteriyofaj aracılı gerçekleşen genetik rekombinasyon işlemine ne ad verilir?

- a) Konjugasyon
- b) Transformasyon
- c) Klonlama
- d) Transfeksiyon
- e) Transdüksiyon

61. Primer yara iyileşmesinde hangi zamanda neovaskülarizasyon maksimumdur?

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

62. Aşağıdaki klinik tablolardan hangisinde ödemin patogenezi diğerlerinden farklıdır?

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

63.Akciğerleri tuttuğunda klinik ve histopatolojik olarak tüberküloz ile ayırımı çok güç olan fungal infeksiyon aşağıdakilerden hangisidir?

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

64.Aşağıdaki beyin tümörlerinin hangisi Psammoma cisimcikleri içerebilir?

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

65.Meme karsinom gelişiminde aşağıdakilerden hangisi en büyük riski oluşturur?

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

66.Hipoksi ile meydana gelen hücre zedelenmesinde aşağıdaki mekanizmalardan hangisi hücrenin şişmesine neden olur?

- a) Golgi aygıtının genişlemesi
- b) ATP yapımının azalması
- c) Nükleusun genişlemesi
- d) İntersellüler yağ infiltrasyonu
- e) İntersellüler glikojen birikimi

67.Mantarlarla genel olarak hangi tip granülomlar oluşur?

- a) Granüloma annulare
- b) Granüloma inguinale
- c) Aktinik granülom
- d) Sarkoidoz tipi granülomlar
- e) Psödötüberküloz tipi granülomlar

68.Lenfomalı 48 yaşında bir kadın hastaya ilaç tedavisi veriliyor. Tedavi sonrasında, lenf bezlerinde kötü huylu tümör hücreleri tek tek hücre nükleus ve sitoplazmasının parçalanması ile ölüyor. Bu sırada membran hasarı olmuyor ve hastalıklı lenf bezleri bu tedavi sonrasında küçülüyor. Bu olgudaki hücre ölümünün mekanizması aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Koagülasyon nekrozu
- b) Mitokondrial hasar
- c) Apoptozis
- d) Akut iltihap
- e) Fagositoz

**69.Yetmişbeş yaşında kadın hasta pelvis kırığından 48 saat sonra solunum sıkıntısını takiben kaybediliyor. Aşağıdakilerden hangisini düşünürsünüz?**

- a) Yağ embolizmi - akciğerde hemorajik infarktüs
- b) Yağ embolizmi - akciğerde anemik infarktüs
- c) Sistemik tromboembolizm - böbrek, beyin anemik infarktüs
- d) Paradoksal tromboembolizm - beyin anemik infarktüs
- e) Hava embolizmi - akciğerde hemorajik infarktüs

**70.Şiddetli göğüs ağrısı şikayeti olan 53 yaşında erkek hastaya, koroner arterleri görüntülemek için acil anjiyogram yapıldı. Sol anterior inen koroner %90 oranında tıkalı idi. Bu durumda görülen aşağıdaki hücrenel değişikliklerden hangisi miyokard liflerinin irreverzibl zedelenmesinin göstergesidir?**

- a) Glikojen depolarının azalması
- b) Sitoplazmik Na'un artması
- c) Nükleusların karyoreksis geçirmesi
- d) Intraselüler pH azalması
- e) Hücre membranı üzerinde blebler oluşması

**71.Tükrük bezi taşları (siyalolitiazis) en sık hangi tükrük bezinde görülür?**

- a) Parotis
- b) Submandibular gland
- c) Sublingual gland
- d) Minör tükrük bezleri
- e) Lakrimal gland

**72.Dokuda tüberküloz basili ile meydana gelen granülomda (tüberkülda) hangisi bulunmaz?**

- a) Makrofajlar
- b) Epiteloid hücreler
- c) Mültinükleer dev hücreler
- d) Lenfositler
- e) Nötrofiller

**73.Yara iyileşmesinde iltihabi granülasyon dokusunun aşırı oluşumu ile ortaya çıkan piyojenik granülom, morfolojik olarak ne tür bir lezyondur?**

- a) Lobüler kapiller hemanjiyom
- b) Verrüköz hemanjiyom
- c) Kavernöz hemanjiyom
- d) Arteriyovenöz hemanjiyom
- e) Venöz hemanjiyom

**74.Aşağıdakilerden hangisi kemiğin tümöre benzer lezyonlarının özelliklerinden birisi değildir?**

- a) Klinik ve radyolojik olarak kemik tümörü imajı verirler
- b) Otonom büyüme gösterirler
- c) Kural olarak iyi huyludurlar
- d) Rezidiv yapabilir ve bazen multipl olabilirler
- e) Spontan remisyona gösterirler

**75.Protein denaturasyonu sonucu meydana gelen nekroz tipi aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Koagülasyon nekrozu
- b) Yağ nekrozu
- c) Likefaksiyon nekrozu
- d) Kazeifikasyon nekrozu
- e) Fibrinoid nekroz

**76.Aşağıda belirtilen hücre hasarlarının hangisi apoptozis mekanizması ile gelişmez?**

- a) Menopozda overlerde görülen folliküler atrezi
- b) Embriyogenezisteki programlı hücre ölümü
- c) Uzun süreli iskemiye bağlı gelişen hücre hasarı
- d) Sitotoksik T hücreleri ile oluşan hücre ölümü
- e) Viral hepatitte izlenen "Councilman cisimcikleri"

**77.Hangisi beyin dokusunda gerçekleşen hipoksik hücre ölümüdür?**

- a) Koagülasyon nekrozu
- b) Likefaksiyon nekrozu
- c) Gangrenöz nekroz
- d) Kazeifikasyon nekrozu
- e) Yağ nekrozu

**78.ANF, kardiyonatrin, kardiyodilatin gibi hormonlar salgılayan miyoendokrin kardiyositler kalbin nerisinde bulunurlar?**

- a) Sağ atriyum
- b) Sol atriyum
- c) Sağ ventrikül
- d) Sol ventrikül
- e) İnterventriküler septum

**79.Aşağıdakilerden hangisi alkolik hepatitlerin histopatolojik özelliklerinden birisi değildir?**

- a) Hepatositlerin şişmesi ve nekrozu
- b) Nötrofilik reaksiyon
- c) Mallory cisimcikleri
- d) Fibrozis
- e) Kumlu görünümlü nükleuslar

**80. Diyabetik hastalarda görülen anatomik değişikliklerden hangisi diagnostik değildir?**

- a) İnsülitis
- b) Retinopati
- c) Diffüz glomerüloskleroz
- d) Nodüler glomerüloskleroz
- e) Böbreğin efferent arteriollerindeki arterioskleroz

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

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

**82. Aşağıdaki enzimlerden hangisi ilaçların biyotransformasyonunda rol alan mikrozomal enzimlerdendir?**

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

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

- a) Furosemid
- b) Spiranolakton
- c) Tiazidler
- d) İndopamid
- e) Etakrinik asid

**84. Monositler ve makrofajlar içindeki yavaş çoğalan mikobakteriler üzerinde en etkili tüberküloz ilaç aşağıdakilerden hangisidir?**

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

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

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

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

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

**87. Aspirin zayıf asidik özellikte, ince bağırsaktan emilen ağrı kesici bir ilaçtır. Migren nöbeti tedavisinde kullanılırken, aşağıdaki ilaçlardan hangisi ile birlikte verilirse etkisi daha erken ortaya çıkar?**

- a) İnce bağırsak kan akımını azaltan propranolol ile
- b) Mide suyu pH'sını yükselten sodyum bikarbonat ile
- c) Tükrük salgısını artıran potasyum iyodür ile
- d) Mide boşalmasını hızlandıran metoklopramid ile
- e) Kolonda su tutarak kitle oluşturan metil selüloz ile

**88. Ailesi tarafından iştahsızlık, letarji ve solunum hızında artış olduğu şikayetleri ile acil departmanına getirilen 3 aylık bir bebekte yapılan klinik ve laboratuvar tetkikleri sonucunda ciddi asidoz (pH 7.02), anyon aralığı 26.3 yükselmiş, bikarbonat 3 mmol/L inmiş, ayrıca çocukta hipoglisemi ve üriner ketonları pozitif çıkmıştır. Bunların yanı sıra rutin tetkikler de yapılmıştır. Bu noktada çocukta hangi toksik nedenlerden şüphelenebilir?**

- a) Salisilat zehirlenmesi
- b) Asetaminofen aşırı dozu
- c) Etilen glikol veya diğer bazı uçucu maddeler
- d) Trisiklik antidepressanlar
- e) Alkol

**89. Eritropoetin'in ilaç olarak kullanımı aşağıdaki tablolardan hangisinde endike değildir?**

- a) AIDS'li hastalardaki anemi
- b) Otolog kan transfüzyonu
- c) Myelodisplastik sendrom
- d) Beta-talassemi
- e) Multipl myelom

**90. Aldehid dehidrojenaz enzimini inhibe ettiği için bazı kişilerde alkole karşı dayanıksızlık (asetaldehid sendromu) oluşturan antidiyabetik ajan hangisidir?**

- a) Gliklazid
- b) Klorpropamid
- c) Metformin
- d) Fenformin
- e) Gliburid

**91.Üç yaşındaki bir çocuk, yüksek dozda antihistaminik ilaç (prometazin) alması nedeniyle acil servise getirilmiştir. Prometazin, zayıf bazik yapıda olup, pKa değeri 9.1'dir. Beyin dahil olmak üzere dokulara dağılımı iyidir. Yapılan fizik muayenede kalp atım hızı 100/dk, kan basıncı 110/60 mmHg ve solunum hızı 20/dk bulunmuştur. Bu ilaç ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi doğrudur?**

- a) İdrar ile atılım hızı, NH<sub>4</sub>Cl- uygulanımı ile artırılır
- b) İdrar ile atılım hızı, NaHCO<sub>3</sub> uygulanımı ile artırılır
- c) İlacın iyonizasyonu, kan pH'sında mide pH'sına göre daha fazla olacaktır
- d) İlacın emilimi, ince bağırsaklara göre mideden daha hızlı olacaktır
- e) Hemodiyaliz, tek etkin tedavi yöntemidir

**92.Organofosfatlı insektisit zehirlenmelerinin tedavisinde kullanılan atropin, aşağıdaki belirtilerden hangisi ortaya çıkıncaya kadar verilir?**

- a) Ter ve tükürük salgısının artması
- b) Bradikardi
- c) Konstipasyon
- d) Konfüzyon
- e) Cilt kızarıklığı ve ağız kuruluğu

**93.Morfinin farmakolojik etkilerinden hangisine karşı tolerans gelişmez?**

- a) Analjezi
- b) Hipotansiyon
- c) Sedasyon
- d) Konstipasyon
- e) Öfori

**94.Kolinerjik ve adrenerjik nöronlardaki etkisiyle masif nörotransmitter salınımına neden olan toksin aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Botulinum toksini
- b) Tetradotoksin
- c) Saksitoksin
- d) Alfa latrotoksin
- e) Omega konotoksin

**95.Akut iyot entoksikasyonunda nişasta ile birlikte kullanılan antidot hangisidir?**

- a) Sodyum tiyosülfat
- b) Sodyum nitrat
- c) Potasyum nitrat

- d) Amil nitrit
- e) Potasyum hidroksid

**96.Aşağıdaki parametrelerden hangisi yükleme dozunun hesaplanmasında en çok önemlidir?**

- a) İlacın renal klirensi
- b) İlacın hepatik klirensi
- c) İlacın dağılım hacmi
- d) İlacın lipid/su partisyon katsayısı
- e) İlacın yarı ömrü

**97.Aşağıdaki ilaç uygulama yollarından hangisi hem lokal hem de sistemik etki elde etmek amacıyla kullanılabilir?**

- a) Sublingual yol
- b) İntranasal yol
- c) İntraartiküler yol
- d) Subkutan yol
- e) İntramusküler yol

**98.Aşağıdakilerden hangisi parasetamolün hepatotoksisiteye yol açan metabolitidir?**

- a) Benzopiren epoksit
- b) N-asetil benzoiminokinin
- c) N-hidroksidapson
- d) Anilin
- e) N-asetil sistein

**99. Aşağıdaki ilaçlardan hangisine karşı tolerans gelişir?**

- a) Beta blokörler
- b) Kalsiyum kanal blokörleri
- c) Nitratlar
- d) Digoksin
- e) Lidokain

**100.Beta adrenerjik reseptör blokörlerin aşağıdaki ilaçlardan hangisi ile birlikte kullanılmaları daha fazla sakıncalıdır?**

- a) Aspirin
- b) İzosorbid dinitrat
- c) Amlodipin
- d) Nifedipin
- e) Verapamil

# Klinik Tıp Bilimleri

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

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

**2. Aşağıdakilerden hangisi Tip II hiperlipoproteinemide görülmez?**

- a) LDL düzeyinde artış
- b) Ekstensor tendonlarda ksantomalar
- c) Korneal arkus
- d) Prematür ateroskleroz
- e) Tekrarlayan pankreatit atakları

**3. Hipertansif acil ve anstabil anjina tanısı alan hastada, aşağıdaki ilaçlardan hangisi tercih edilmelidir?**

- a) Diazoksit
- b) Labetalol
- c) Kısa etkili nifedipin
- d) Minoksidil
- e) Hidralazin

**4. Akut miyokard infarktüsünde kardiyojenik şokun en sık nedeni hangisidir?**

- a) Akut mitral yetersizliği
- b) Akut VSD
- c) Sağ ventrikül infarktüsü
- d) Serbest duvar rüptürü
- e) Sol ventrikül yetersizliği

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

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

**6. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında prognoz aşağıdaki hangi parametre ile en iyi şekilde koreledir?**

- a) Birinci saniyedeki ekspiratuvar volüm (FEV1)
- b) Zorlu vital kapasite (FVC)
- c) Oransal olarak FEV1/FVC değişimi
- d) Total akciğer kapasitesi (TLC)
- e) Zorlu ekspirasyon ortası akım hızı (FEF 25-75)

**7. Aşağıdaki hastalıklardan hangisi sigara içenlerde daha az görülür?**

- a) Pnömoni
- b) Akciğer adenokanseri
- c) Hipersensitivite pnömonisi
- d) Lenfanjiyoleiyomyomatosis
- e) Eozinofilik granüloma

**8. "Grip benzeri sendrom" aşağıdaki antitüberküloz ilaçlardan hangisinin yan etkisidir?**

- a) İzoniazid
- b) Etambutol
- c) Pirazinamid
- d) Rifampisin
- e) Sikloserin

**9. Aşağıdakilerden hangisi Gluten Enteropatisi'nin seyri sırasında görülmez?**

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

**10. Aşağıdakilerden hangisi karaciğer sirozunun fizik muayene bulgusu değildir?**

- a) Palmar eritem
- b) Spider nevüs
- c) Venöz kollateraller
- d) Lenfadenopati
- e) Splenomegali

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

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

12. Diabetik ketoasidoz gelişmesinde rol oynayan en önemli faktör nedir?

- a) Glukagon artışı
- b) Lipoliz artışı
- c) Hiperglisemi
- d) Doku hipoksisinin olması
- e) İnsülin direnci

13. Aşağıdaki pıhtılaşma faktörlerinin hangisinin eksikliğinde hem protrombin zamanı hem aktive parsiyel tromboplastin zamanı (aPTT) uzar?

- a) Faktör VII
- b) Faktör X
- c) Faktör VIII
- d) Faktör IX
- e) Faktör XII

14. Yetişkin ALL'de aşağıdaki sitogenetik anomalilerden hangisi sık görülür?

- a) Philadelphia kromozomu
- b) 15;17 translokasyonu
- c) 2;12 translokasyonu
- d) 11;22 translokasyonu
- e) Trizomi 10

15. Kronik B hepatiti olan bir hastada alkalen fosfatazın ve AFP'nin giderek yükselmesi aşağıdaki olasılıklardan hangisini akla getirmelidir?

- a) Siroz
- b) Hepatoma
- c) C hepatiti
- d) Portal hipertansiyon
- e) Karaciğerde nekroz

16. Aşağıdakilerden hangisi pankreas karsinomu için yanlıştır?

- a) Rezektabl pankreas karsinomunda cerrahi ilk seçenek olmalıdır
- b) Cerrahi rezeksiyon uygulanan vakalarda lokal nüks ve uzak metastaz olasılığı %50'dir
- c) En sık metastaz yaptığı organ karaciğerdir
- d) Anrezektabl vakalarda radyoterapi ve eşzamanlı kemoterapi uygulanmalıdır
- e) Pankreas karsinomu tümör marker'ı CA 15-3'tür

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

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

18. Aşağıdakilerden hangisi lupus nefriti olan bir hastada, hastalığın aktivite bulgusu değildir?

- a) Yüksek anti-ds DNA titresi
- b) Düşük serum kompleman düzeyi
- c) Teleskopik idrar sedimenti
- d) Biyopside kresentler ve fibrinoid nekroz varlığı
- e) ANA pozitifliği

19. Aşağıdaki mikroorganizmalardan hangisinin gastroenteritinde, gaitada nötrofil görülmez?

- a) Salmonella
- b) Shigella
- c) Yersinia enterocolytica
- d) Camphylobacter
- e) Vibrio cholerae

20. Aşağıdakilerden hangisi makülopapüler döküntü ile seyreden bir hastalık değildir?

- a) Kızamıkçık (rubella)
- b) Still hastalığı
- c) Eritema enfeksiyozum (5. hastalık)
- d) Eksantem subitum (6. hastalık)
- e) El-ayak-ağız sendromu

21. Aşağıdakilerden hangisi Behçet Hastalığı'ndaki damar tutulum örneklerinden değildir?

- a) Pulmoner emboli
- b) Serebral venöz tromboz
- c) Yüzeysel tromboflebit
- d) Budd-Chiari Sendromu
- e) Derin ven trombozu

**22. Looser alanları (psödofraktür hatları) aşağıdaki-lerden hangisi için tipiktir?**

- a) Osteoartrit
- b) Osteoporoz
- c) Osteonekroz
- d) Osteomalazi
- e) Hipertrofik

**23. Antipsikotik tedavi başlanmasından 12-48 saat sonra boyun, çene, beden ve dil kaslarında uzun süreli hiperkinezilerle acil servise başvuran hastada aşağıdakilerden hangisi düşünülmelidir?**

- a) Parkinsonizm
- b) Akinezi
- c) Akatizi
- d) Geç diskinezi
- e) Akut distoni

**24. Aşağıdaki patolojilerden hangisi epileptik nöbetlere neden olmaz?**

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

**25. Baş ağrısı nedeniyle acil servise başvuran 65 yaşındaki hastada TA (Tansiyon Arteriyel) 240/100 mmHg ölçülmüştür. Diğer tüm muayene bulguları normal olan hastada aşağıdakilerden hangisi doğrudur?**

- a) Hasta hipertansif ensefalopatidedir
- b) Baş ağrısının nedeni hipertansif intraserebral kanamadır, hastaya derhal bilgisayarlı beyin tomografisi yapılmalıdır
- c) Baş ağrısı beyin ödemeine bağlıdır, derhal %20 mannitol başlanmalıdır
- d) TA bir saat içinde en fazla 180/75 mmHg'a düşürülmelidir
- e) TA'ı düşürmek için sublingual nifedipin tercih edilmelidir, IV nitroprussid ve labetalol ikinci ve üçüncü tercihlerdir

**26. Hipertansiyon, diyabet, posttromboflebitik durum, polisitemia vera ve bazı nörolojik hastalıklarda görülebilen; ekstremitelerde kriz tarzında eritem, şiddetli ağrı ve deri ısısı artışı ile karakterize sendrom aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Eritromelalji
- b) Sıcağa bağlı livedo retikularis
- c) Kutis marmorata
- d) Akrosiyanozis
- e) Sığınak bacağı

**27. Aşağıdaki kanser türlerinden hangisi radyoterapiye dirençlidir?**

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

**28. Aşağıdakilerden hangisi malign mide ülserleri ile ilgili özelliklerden değildir?**

- a) Ülser sığ olup genellikle genişliği derinliğinden fazladır
- b) Kardias seviyesinin üstündeki ülserler maligndir
- c) Hampton çizgisi görülür
- d) Ülser profilde mide lümeni içerisine lokalize kalır, kurvatura taşmaz
- e) Ülserin konturları düzensiz ve nodülerdir

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

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

**30. Etkenin meydana getirdiği hastalığın derecesini gösteren özelliğine ne ad verilir?**

- a) Patojenite
- b) Virülans
- c) Toksikite
- d) Antijenite
- e) Enfektivite

**31. Kronik kolestazlı bir çocuğun beslenmesinde aşağıdakilerden hangisi verilmemelidir?**

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

**32. Akut glomerülonefritte hipertansiyon sebebi aşağıdakilerden hangisidir?**

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



**33.Aşağıdaki konjenital enfeksiyonlardan hangisinde intrakraniyal kalsifikasyonlar tipik olarak periventriküler yerleşimlidir?**

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

**34.Aşağıdakilerden hangisi bronşiyal astım tanısında en değerlidir?**

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

**35.Oskültasyonda sağ akciğerde solunum seslerinin şiddetinde unilateral azalma saptanan 5 yaşındaki bir hastada, aşağıdaki tanılardan hangisi en az olasıdır?**

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

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

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

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

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

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

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

**39.On günlük bir yenidoğan kusma, letarji, beslenmede bozulma şikayeti ile başvurdu. Laboratuvar testlerinde metabolik asidoz, ketozis, artmış anyon gap, ılımlı hipoglisemi, nötropeni ve hiperamonyemi tespit edildi. Metabolik hastalık düşünülen bu hastada olguda olası tanı nedir?**

- a) Arjinosüsinik asidüri
- b) Galaktozemi
- c) Mapple şurup hastalığı
- d) Metilmalonik asidemi
- e) Orta zincirli açil ko-A dehidrogenaz eksikliği

**40.EKG’de sol aksı olan siyanotik bir yenidoğanda ilk planda düşünülmeli gereken tanı nedir?**

- a) Aort koarktasyonu
- b) Fallot tetralojisi
- c) Triküspit atrezisi
- d) Hipoplastik sol kalp sendromu
- e) Total pulmoner venöz dönüş anomalisi

**41.Aşağıdaki hastalıklardan hangisi yenidoğan döneminde akut ensefalopati ile seyretmez?**

- a) Klasik galaktozemi
- b) Organik asidemiler
- c) Üre döngüsü enzim defektları
- d) "Maple Syrup Urine" Hastalığı (Akça ağacı idrar kokulu hastalık)
- e) Non-ketotik hiperglisinemi

**42.Beş yaşında, daha önce sağlıklı olan bir kız çocukta 37 derece ateş, her iki yanakta tokat izi şeklinde kırmızı maküler döküntü bulguları saptanıyor. Aşağıdakilerden hangisinin, hasta yakınlarında görülmesi beklenmez?**

- a) Babada poliartropati
- b) Sferositozlu kardeşinin kemik iliğinde dev miyelositler
- c) Sferositozlu kardeşinde geçici eritroid aplazi
- d) ALL’li arkadaşında kronik anemi
- e) Hamile annesinde nonimmün hidrops fetalis

**43. Aşağıdaki sendromların hangisinin takibi sırasında beyin tümörü beklenmez?**

- a) Denny-Drush sendromu
- b) Turcot sendromu
- c) Von Hippel Lindau sendromu
- d) Nörofibromatozis
- e) Li-Fraumeni sendromu

**44. Aşağıdakilerden hangisi nöroblastomda kötü prognoz özelliğidir?**

- a) Düşük evre
- b) 1 yaş altı hastalar
- c) Tümörün ganglionik diferansiasyon göstermesi
- d) Primer paraspinal (Dumbbell tipi) hastalık
- e) Yüksek N-Myc amplifikasyonu

**45. Akut myeloid lösemi tanısı ile izlenmekte olan ve 1 hafta önce kemoterapisi tamamlanan hastanın, 3 gün önce kızamıklı bir hasta ile temas ettiği bildirildi. Özgeçmişinde tüm aşılarının yapıldığı öğrenilen hastaya uygulanacak kızamık profilaksisi nasıl olmalıdır?**

- a) Asiklovir
- b) İntramuskuler immunoglobulin
- c) Kızamık-kabakulak-kızamıkçık aşısı
- d) Kızamık-kabakulak-kızamıkçık aşısının ardından intravenöz immunoglobulin
- e) Kızamık-kabakulak-kızamıkçık aşısının ardından intramuskuler immunoglobulin

**46. Senkop yakınması ile başvuran 10 yaşında bir çocuk hastadan öykü ve fizik muayene sonrası ilk istenilecek tetkik hangisidir?**

- a) Elektrokardiyogram
- b) EEG
- c) Açlık kan şekeri
- d) Tilt testi
- e) Elektrolitler

**47. Salmonella osteomyeliti hangi çocuklarda yaygın bir problemdir?**

- a) Orak hücreli anemili çocuklar
- b) Hayvanlarla temas eden çocuklar
- c) Pastörize olmayan süt tüketen çocuklar
- d) Daha öncesinde antibiyotik kullanım öyküsü olan çocuklar
- e) Orak hücre anemi taşıyıcısı olan çocuklar

**48. Aşağıdaki patojenlerden hangisi erken başlangıçlı neonatal sepsise yol açmaz?**

- a) B Grubu streptokoklar
- b) Listeria monocytogenes
- c) Escherichia coli
- d) Staphylococcus epidermidis
- e) Haemophilus influenzae

**49. 2.7 kg ağırlığında term bebek, supin pozisyonuna getirildiğinde respiratuvar distres gözleniyor. Fizik muayenede mikrognati ve yarı damak saptanıyor. En olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) CHARGE sendromu
- b) Hemifasiyal mikrozomi sendromu
- c) Down sendromu
- d) Pierre-Robin sendromu
- e) Hipotiroidizm

**50. Aşağıdaki durumlardan hangisinin perianal fistüle predispozisyon oluşturma olasılığı daha yüksektir?**

- a) Tüberküloz
- b) Crohn hastalığı
- c) İmperefor anüs
- d) Ülseratif kolit
- e) Myelomeningosel

**51. Takipne, beslenirken terleme ve kilo alamama yakınmaları olan 3 aylık asiyanotik bebekte, triküspid odakta pansistolik üfürüm duyulmaktadır. Telekardiyografisinde kalp gölgesi büyük, vasküler gölgeler artmıştır. Hastanın en olası tanısı aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Büyük arterlerin transpozisyonu
- b) Pulmoner stenoz
- c) Fallot tetralojisi
- d) Ventriküler septal defekt
- e) Patent duktus arteriozus

**52. Aşağıdaki durumlardan hangisinde Prostaglandin E1 infüzyonu gereklidir?**

- a) Pulmoner atrezili 5 günlük bebek
- b) Total anormal pulmoner venöz dönüşlü 1 günlük bebek
- c) Büyük arterlerin transpozisyonu olan 2 aylık bebek
- d) Trunkus arteriozu olan 10 günlük bebek
- e) Fallot tetralojisi olan 3 günlük bebek

**53.İki haftadan uzun süreli glukokortikoid tedavisi alan hastalarda, tedavinin hızla kesilmesi glukokortikoid eksikliği bulgularının ortaya çıkmasına neden olur. Aşağıda belirtilerden hangisi glukokortikoid eksikliği bulgusu değildir?**

- a) Halsizlik
- b) Baş ağrısı
- c) Hipotansiyon
- d) Hiponatremi, hiperkalemi
- e) Artralji

**54.Aşağıdakilerden hangisi prematüre bebeklerde nörolojik olgunlaşma belirtisi değildir?**

- a) Postür
- b) Meme başının palpe edilememesi
- c) Popliteal açığı
- d) Kulak topuk testi
- e) Kare pencere testi

**55.Hangi durumda "ter testi" yalancı negatif sonuç verebilir?**

- a) Ektodermal displazi
- b) Malnütrisyon
- c) Hipoproteinemik ödem
- d) Hipotiroidi
- e) Nefrojenik diabetes insipidus

**56.Yenidoğan döneminde hipoglisemi tanımı için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?**

- a) Doğumdan sonraki ilk 3 saatte <50 mg/dL
- b) Doğumdan sonraki 3-24 saatte <40 mg/dL
- c) Doğum sonrası 24. saatten sonra <60 mg/dL
- d) Doğum sonrası 48. saatten sonra <50 mg/dL
- e) Doğum saatine bakılmaksızın <30 mg/dL

**57.Jüvenil romatoid artritte beliren makrofaj aktivasyon sendromunda aşağıdakilerden hangisi öncelikle beklenmez?**

- a) Anemi
- b) Trombositopeni
- c) Lenfadenopati
- d) Hepatosplenomegali
- e) HLA B35 pozitifliği

**58.Purpura fulminans saptanan bir bebek için en uygun tedavi aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Plastik cerrahide debridman yapılması
- b) Fibrinojen verilmesi
- c) Taze donmuş plazma infüzyonu
- d) Geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi
- e) Trombolitik tedavi

**59.Yenidoğan intestinal obstrüksiyonunun en sık görülen nedeni aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Duodenal atrezi
- b) Jejunoleal atrezi
- c) Kolonik atrezi
- d) Pilorik atrezi
- e) Anal atrezi

**60.İnflamatuvar ishal nedeni olmayan mikroorganizma hangisidir?**

- a) Clostridium difficile
- b) Enteroinvazif E. coli
- c) Vibrio parahemoliticus
- d) Vibrio cholerae
- e) Yersinia enterocolytica

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

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

**62.Künt travmalarda hangi organ yaralanmalarında tanı gecikme olabilir?**

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

**63.Aşağıdakilerden hangisi inguinal bölge fitiği değildir?**

- a) Richter fitiği
- b) Obturatuvar fitik
- c) Littre fitiği
- d) Pantolon fitik
- e) Femoral fitik

64. Otuz yedi yaşında, Crohn hastalığı bulunan ve ince bağırsak rezeksiyonundan önce 1 ay süre ile TPN (Total Parenteral Beslenme) tedavisi alan hastanın postoperatif 2. haftada yüzde kırmızı döküntü gelişmiştir ve saçlarının kolay döküldüğünden şikayet etmiştir. Hastanın dikişleri alındığında yara yerinin açıldığı gözlenmiştir. Bu hastada aşağıdakilerden hangisinin eksikliği en olasıdır?

- a) Esansiyel yağ asitleri
- b) Krom
- c) Magnezyum
- d) Çinko
- e) Kobalt

65. Üç ay önce profilaktik apendektomi yapılan 27 yaşındaki hasta ani gelişen abdominal kramp, bulantı-kusma şikayeti ile acil servise başvuruyor. Konstipasyon ve gaz çıkaramama hikayesi olan hastanın fizik muayenesinde abdomen distandü fakat belirgin hassasiyet saptanmıyor. En olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Peptik ülser perforasyonu
- b) Kronik kolesistit
- c) Akut pankreatit
- d) Ülseratif kolit
- e) Mekanik bağırsak obstrüksiyonu

66. Nekrotizan pankreatitin patogenezinde en önemli olan enzim hangisidir?

- a) Fosfolipaz A
- b) Elastaz
- c) Tripsin
- d) Lipaz
- e) Amilaz

67. Hereditör meme/over kanseri sendromu, aşağıdaki genlerden hangisinin bulunması ile en fazla ilişkilidir?

- a) p53 geni
- b) BRCA-1 geni
- c) BRCA-2 geni
- d) RAS geni
- e) Retinoblastom geni

68. 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

69. Aşağıdaki özelliklerden hangisi memede malignite düşündürülen kalsifikasyonlara ait değildir?

- a) Genellikle 0.5 cm'den küçüktürler
- b) Farklı şekil ve büyüklükte dirler
- c) Mikrokalsifikasyon kümeleri şeklindedirler
- d) Meme başına doğru yönelim gösterirler
- e) Bütün meme dokusuna yayılmış şekildedirler

70. Tiroidektomi operasyonu sonrası hastada akut stridor, solunum sıkıntısı ve kronik afoni geliyor. Aşağıdaki sinirlerden hangisinin hasarı bu tabloya neden olabilir?

- a) Tek taraflı superior laringeal sinir felci
- b) Çift taraflı superior laringeal sinir felci
- c) Çift taraflı rekurrens sinir felci
- d) Tek taraflı rekurrens sinir felci
- e) İki taraflı vagus sinir felci

71. Yirmiiki yaşında kadın hasta acil servise akut ciddi göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikayetiyle başvuruyor. Anamnezinde kombine oral kontraseptif aldığı öğreniliyor. Orta derecede ateşi (37.8°C), belirgin göğüs ağrısı olan hastanın derin nefes almakta güçlük çektiği görülüyor. Fizik muayenesinde solunum hızı 16/dk, nabız 86/dk kan gazında pO<sub>2</sub> basıncı 85 mmHg pCO<sub>2</sub> 42 mmHg olarak ölçülüyor. Bu hastada aşağıdaki ön tanılardan hangisinin olma olasılığı en düşüktür?

- a) Akut koroner sendrom
- b) Perikardit
- c) Atipik pnömoni
- d) Pulmoner tromboemboli
- e) Spontan pnömotoraks

72. Aşağıdakilerden hangisi ani kardiyak ölümü engelleme yöntemi olarak faydalı değildir?

- a) İmplantabl kardiyoverter-defibrilatör
- b) Flekainid
- c) Amiodaron
- d) Beta blokörler
- e) Sotalol

73. Aşağıdakilerden hangisi intrakraniyal basıncı arttırmaz?

- a) Hipoventilasyon
- b) Hipoksi
- c) Pozitif basınçlı ventilasyon
- d) Ketamin
- e) Tiopental

**74.Üst üriner sistem tümörü olanlarda, üriner sistemin görüntülenmesinde en sık hangi bulguya rastlanır?**

- a) Kitle
- b) Dolma defekti
- c) Hidronefroz
- d) Fonksiyon kaybı
- e) Gecikmiş fonksiyon

**75. Hangisi yanıklı hastanın hospitalizasyon kriterlerinden değildir?**

- a) İzole yüzü, elleri veya genital bölgeyi içeren yanıklar
- b) Yüzdesine ve derecesine bakmaksızın tüm pediatrik yanıklar
- c) Elektrik yanıkları
- d) Total vücut yüzeyinin %10'undan fazlasını tutan 2. derece yanıklar
- e) Tüm 3. derece yanıklar

**76.Osteosarkoma ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Kemikğin diyafiz kısmı en sık tutulan lokalizasyondur
- b) En sık hayatın ikinci dekadında görülür
- c) Metastazları genellikle hematojendir
- d) Osteosarkomlarda benign dev hücrelere sıklıkla rastlanabilir
- e) Paget hastalığının bir komplikasyonu olarak da gelişebilir

**77.Altmışbeş yaşında bir erkek banyoda ayağı kayarak düşüyor, çenesi ve yüzü şiddetli bir şekilde küvetin kenarına çarpıyor. Acil servise geldiğinde yapılan muayenesinde, kas gücünün üst ekstremitelerde 2/5, alt ekstremitelerde ise 4/5 olduğu belirleniyor. Bu hasta ile ilgili olarak hangisi doğrudur? (Tam kas gücü (5/5) olarak kabul edilecektir)**

- a) Bu tablo Brown-Séquard sendromu ile uyumludur
- b) Bu tablo santral kord sendromu ile uyumludur
- c) Bu hasta tam (komplet) omurilik kesesidir
- d) Bu hastada anal sfinkter muayenesinin bir değeri yoktur
- e) Bu tablo anterior kord sendromu ile uyumludur

**78.Elliiki yaşında erkek hasta, 26 yıllık profesyonel boks yaşamından sonra son 2 yıldır boks sporunu bırakmış. Son 4 aydır ilerleme gösteren psikolojik semptomlar ile birlikte motor fonksiyon bozuklukları tabloya eklenmiş. Bu hastada aşağıdakilerden hangisi beklenmez?**

- a) Mikroskopik beyin dokusu incelemesinde "neurofibrillary tangles" izlenir
- b) Amiloid anjiyopati gelişebilir
- c) Kognitif fonksiyonlar korunmuştur
- d) İntraserebral kanama riski artmıştır
- e) 1/3 olguda EEG'de diffüz yavaşlama izlenir

**79. Üfleli çalgı çalan erkek bir hastada, ıkmama (Valsalva) hareketi ile boyunda ortaya çıkan, yumuşak kıvamlı şişlik için ön tanınız aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Brankiyal ark anomalisi
- b) Glomus jugulare
- c) Larengosel
- d) Dermoid kist
- e) Larengeal papillomatozis

**80.Aşağıdakilerden hangisi süpüratif otitis medianin ekstrakraniyal komplikasyonlarından biridir?**

- a) Ekstradural abse
- b) Subdural abse
- c) Beyin absesi
- d) Subperiosteal abse
- e) Lateral sinus trombozu

**81.Diyafragma paralizisinin en sık nedeni aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Malign mediastinal tümörler
- b) Pnömoni sonrası
- c) Tiroid ameliyatı komplikasyonu
- d) Kalp ameliyatı komplikasyonu
- e) Vertebra travması komplikasyonu

**82. Koroner bypass operasyonlarında ateroskleroz gelişimine karşılık dirençli olması nedeniyle daha fazla tercih edilen greft hangisidir?**

- a) Radyal arter
- b) Ulnar arter
- c) Gastroepiploik arter
- d) Splenik arter
- e) İnternal mammaryan arter

**83.Aşağıdakilerden hangisi optik sinir lezyonunu işaret eden fonksiyon bozukluklarından birisi değildir?**

- a) Görme alanı defekti
- b) Pupiller ışık reaksiyonunda kayıp
- c) Ataksik nistagmus
- d) Renkli görmede kayıp
- e) Işık parlaklık hassasiyetinde kayıp

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

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

**85.Üç aylık kız bebek, sağ kasığında zaman zaman ortaya çıkan fındık büyüklüğünde şişlik şikayetiyle getirildi. Tanınız ve öneriniz ne olmalıdır?**

- a) Lenfadenopati ön tanısıyla antibiyotik tedavisi
- b) Çocukluk çağı fitiklarında inkarasyon ve kız çocuklarında over ve fallop tüpünün kese duvarına yapışık olması nedeniyle en uygun zamanda ameliyat gerekir
- c) Kasıkta şişlik kuşku genitalya şüphesi doğurur, bu şişlik testis olabilir, kromozom analizi uygun olacaktır.
- d) Çocukluk çağı fitikleri geçicidir, 2 yaşa kadar beklenebilir
- e) Kittele büyüme olursa tetkik edilmelidir

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

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

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

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

**88.Dış gebelik oranı hangi seçenekte yüksektir?**

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

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

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

**90.Amniyon tarafından aşağıdaki prostaglandinlerden hangisi özellikle üretilir?**

- a) PGE2
- b) PGF2  $\alpha$
- c) PGG
- d) PGI
- e) Tromboksan A2

**91.Aşağıdakilerden hangisi preterm eylemi önceden belirlemede daha güvenilirdir?**

- a) Estrogen/Progesteron yüksekliği
- b) Alfa protein artışı
- c) C Reaktif protein (CRP) artışı
- d) Fetal fibronektin seviyesi artışı
- e) Tümör nekrozis faktör (TNF) artışı

**92.Ovaryan Hiperstimulasyon Sendromu'nun patofizyolojisinde aşağıdaki inflamatuvar ajanlardan hangisi en fazla sorumlu tutulmaktadır?**

- a) EGF-alfa
- b) EGF-beta
- c) IL-6
- d) VEGF
- e) IL-12

**93.Aşağıdakilerden hangisi hirsutizm tedavisinde kullanılan androjen reseptör antagonisti olarak görev yapan ilaçlardan biri değildir?**

- a) Siproteran asetat
- b) Spironolakton
- c) Flutamid
- d) Troglitazon
- e) Finasterid

**94.Peripartum kardiyomiyopati için hangisi yanlıştır?**

- a) Önceden bilinen kalp hastalığı olmamalıdır
- b) Doğumdan önceki ay ya da sonraki ilk 5 ayda ortaya çıkmalıdır
- c) Enfeksiyöz, toksik, iskemik bir nedenin olmadığı ortaya konmalıdır
- d) Ejeksiyon fraksiyonu %45'den az olmalıdır
- e) Doğum şekli mutlaka sezaryen olmalıdır

**95.Gebelikte epilepsi varlığında aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Antikonvülf ilaçlar folik asit düzeyini azaltır
- b) Gebelik ilerledikçe antikonvülzan ilaç dozu artırılmalıdır
- c) Fenitoin vitamin D metabolizmasını hızlandırır
- d) Fenitoin kullanan annelerin bebeklerinde vitamin K eksikliği olabilir
- e) Perinatal mortalite değişmemiştir

**96.Sezaryenle 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 öncelikle aşağıdakilerden hangisi düşünülmelidir?**

- a) Antibiyotiklere dirençli üriner sistem enfeksiyonu
- b) Atelektazi

- c) Mastit
- d) Septik pelvik tromboflebit
- e) Yara yeri enfeksiyonu

**97.Progesteron, östrojenin aktivitelerinden hangisini azaltır?**

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

**98.Rahim içi araç (RİA) kullanımı ile ilgili aşağıdaki bilgilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Kontrasepsiyon kullanmayanlara göre ektopik gebelik oranı artar
- b) Endometriumda steril inflamasyona yol açar
- c) Spermisidal etkiye neden olabilir
- d) Ektopik gebelik geçirmiş kadınlarda kullanılabilir
- e) Ovulasyonu baskılamaz

**99.Sekonder amenore ile gelen hastada gebelik ekarte edilmiş olup, tetkiklerinde TSH ve PRL normal bulunmuştur. Progesteron ile çekilme kanaması olan hastada aşağıdakilerden hangisi en olası tanıdır?**

- a) Testiküler feminizasyon
- b) Müllerian agenezi
- c) Asherman sendromu
- d) Turner sendromu, 45,XO
- e) Polikistik over sendromu

**100.Aşağıdakilerden hangisinin ektopik gebelikte azalması en az olasılıkla görülür?**

- a) Estradiol
- b) Prorenin
- c) AFP
- d) Progesteron
- e) Relaksin

# DENEME SINAVI

## Temel Bilimler Cevap Anahtarı

1. B	2. B	3. D	4. B	5. C	6. D	7. E	8. C	9. A	10. D
11. E	12. C	13. A	14. A	15. A	16. C	17. E	18. E	19. A	20. E
21. B	22. A	23. E	24. B	25. C	26. C	27. D	28. E	29. D	30. C
31. B	32. B	33. E	34. A	35. B	36. C	37. B	38. E	39. C	40. E
41. A	42. B	43. C	44. B	45. E	46. E	47. D	48. C	49. A	50. B
51. D	52. A	53. A	54. D	55. A	56. A	57. B	58. A	59. D	60. E
61. C	62. E	63. D	64. B	65. E	66. B	67. E	68. C	69. A	70. C
71. B	72. E	73. A	74. B	75. A	76. C	77. B	78. A	79. E	80. C
81. A	82. E	83. B	84. E	85. A	86. A	87. D	88. C	89. D	90. B
91. A	92. E	93. D	94. D	95. A	96. C	97. B	98. B	99. C	100. E

## Klinik Bilimler Cevap Anahtarı

1. E	2. E	3. B	4. E	5. D	6. A	7. C	8. D	9. D	10. D
11. C	12. B	13. B	14. A	15. B	16. E	17. C	18. E	19. E	20. E
21. A	22. D	23. E	24. D	25. D	26. A	27. D	28. C	29. D	30. B
31. A	32. A	33. B	34. D	35. E	36. B	37. B	38. D	39. D	40. C
41. A	42. B	43. A	44. E	45. B	46. A	47. A	48. D	49. D	50. B
51. D	52. A	53. D	54. B	55. C	56. B	57. E	58. C	59. B	60. D
61. E	62. C	63. B	64. D	65. E	66. A	67. B	68. C	69. E	70. C
71. D	72. B	73. E	74. B	75. B	76. A	77. B	78. D	79. C	80. D
81. D	82. E	83. C	84. A	85. B	86. A	87. E	88. C	89. E	90. A
91. D	92. D	93. D	94. E	95. E	96. D	97. B	98. A	99. E	100. C