

Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

TÜRKİYE KLİNİKLERİ MEDİTEST DERGİSİ

Hekimler Birliği Vakfı Adına Sahibi

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL

(Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji BD Başkanı)

Türkiye Klinikleri Tıp Dergileri

Editörler Kurulu

Prof.Dr.Adnan GÜVENER (Başkan)

Prof.Dr.Hakkı AKALIN, Prof.Dr.Hikmet AKGÜL, Prof.Dr.Tansu ARASIL,

Prof.Dr.Leyla ATMACA, Prof.Dr.F. Işık BÖKESÖY,

Prof.Dr.Selçuk BÖLÜKBAPLI, Prof.Dr.Nebil BÜYÜKPAMUKÇU,

Prof.Dr.Pali ÇADLAR, Prof.Dr.Abdülkadir ÇEVİK,

Prof.Dr.Ayşegül DEMİRHAN ERDEMİR, Prof.Dr.Pakize DOĞAN,

Prof.Dr.Semra V. DÜNDAR, Prof.Dr.Alaittin ELHAN,

Prof.Dr.Selim EREKUL, Prof.Dr.Yücel ERK, Prof.Dr.Orhan GÖDÜP,

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

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

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

Prof.Dr.A. Atilla HINCAL, Prof.Dr.Erkan İBİP, Prof.Dr.Uğur KANDİLCİ,

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

Prof.Dr.Zeynep MISIRLIGİL, Prof.Dr.Nermin MUTLUER,

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

Prof.Dr.Ülken ÖRS, Prof.Dr.Yalçın ÖZKAPTAN,

Prof.Dr.Yücel PAK, Prof.Dr.İrfan SABAH, Prof.Dr.Cankat TULUNAY,

Prof.Dr.Arslan TUNÇBİLEK, Prof.Dr.Ersöz TÜCCAR,

Prof.Dr.Nurten TÜRKÖZKAN, Prof.Dr.Filiz TÜZÜNER

(İsimler Alfabetik Sıralanmıştır.)

Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.*

Genel Müdür

Dr.Mehmet AKGÜL

Özel Kalem

Sema BİLASA

Genel Yayın Koordinatörü

Dr.Sinan KORUKLUOĐLU

Müessese Müdürü

Recep ÇELEN

Reklam Koordinatörü

Dr.Deniz AKAGÜNDÜZ

Reklam Koordinatör Asistanı

Nuray SOYDEMİR

Kitabevleri Koordinatörü

Dr.İbrahim ERSOY

Muhasebe

Murat ÇİFTER

Dizgi Operatörleri

Kader KAYABAŞ, Mehtap DAYI

Yazı Takip Sekreterliği

Ayfer USTAOĐLU

Abone ve Halkla İlişkiler Sekreteri

Habibe ATAY

Ankara Kitabevi

Kazım ERCAN, Hakkı KAHVECİ

*Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.
Hekimler Birliği Vakfı Kuruluşudur.

Yönetim Merkezi: Talatpaşa Bulvarı No:102

06230 Hamamönü/ANKARA

Tel : (0312) 309 36 66 pbx.

Faks : (0312) 312 67 41

e-mail: t.klinik@superonline.com

Kitabevi: Tuna Cad. 11/10 Kızılay/ANKARA

Tel: (0312) 435 43 50

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

Abone Ücretleri ve Koşulları: Bir yıllık abone ücreti (2001 için) posta ücretleri ve KDV dahil:

Abone Fiyatı : 30.000.000 TL

Hekim Abone Fiyatı : 15.000.000 TL

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

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

Reklam konusunda tüm görüşmeler;

Reklam Koordinatörü : Dr.Deniz Akagündüz

Tel : (0312) 309 36 66 pbx.

Faks: (0312) 312 67 41

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

ISSN: 1300-0276

Baskı: Türkiye Klinikleri, ANKARA

Türkiye Klinikleri
MEDİTEST Dergisi

Cilt 10

Sayı 5

Haziran-Temmuz 2001

Tıp eğitimi, tıp fakültelerinde bitmez; ancak başlar.

W.H.Welch

İÇİNDEKİLER

233

Kadın Hastalıkları ve Doğum

250

Genel Cerrahi

267

İlk ve Acil Yardım

272

Göz Hastalıkları

280

Üroloji

287

Çocuk Cerrahisi

ISSN: 1300-0276

C i l t : 1 0 • S a y ı : 5 • H a z i r a n - T e m m u z 2 0 0 1

Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

EDİTÖR

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL (Ankara)

YAYIN SEKRETERİ

Dr.Ibrahim ERSOY (Ankara)

SORU HAZIRLAMA KOMİSYON ÜYELERİ

Yrd.Doç.Dr.Cem AÇIKBAŞ (Akdeniz)
Prof.Dr.Erdal AĐAR (Ondokuz Mayıs)
Prof.Dr.Hakkı AKALIN (Ankara)
Prof.Dr.Tülin AKAN (Hacettepe)
Dr.Harun AKAR (Adnan Menderes)
Doç.Dr.Sedat AKAR (Ondokuz Mayıs)
Doç.Dr.Eyüp S. AKARSU (Ankara)
Doç.Dr.Ayhan AKBULUT (Fırat)
Doç.Dr.Konca AKBULUT (Gazi)
Doç.Dr.Müfide Nuran AKÇAY (Atatürk)
Prof.Dr.Atıf AKDAĐ (Marmara)
Prof.Dr.Handan AKER (Cumhuriyet)
Op.Dr.Mehmet Akif AKGÜL (SSK Ankara Dođev.)
Prof.Dr.Yurdanur AKGÜN (Osmangazi)
Prof.Dr.Azem AKILLI (Ege)
Prof.Dr.Mustafa AKIN (Ege)
Doç.Dr.Mete AKISÜ (Ege)
Prof.Dr.Asım AKİN (Ankara)
Prof.Dr.M.A. AKKUĐ (Fırat)
Prof.Dr.Hasan AKMAN (Çukurova)
Prof.Dr.Murat AKOVA (Hacettepe)
Doç.Dr.Tayfun AKÖZ (Lütfi Kırdar Hst.)
Yrd.Doç.Dr.Yılmaz AKSOY (Atatürk)
Prof.Dr.Aslan AKSU (Akdeniz)
Doç.Dr.Sadık AKBİT (Ege)
Prof.Dr.Filiz AKBİT (Osmangazi)
Doç.Dr.Z. Aslı AKTAN (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Zekeriya AKTÜRK (Trakya)
Prof.Dr.Serdar AKYAR (Ankara)
Yrd.Doç.Dr.İlknur AKYOL (Atatürk)
Prof.Dr.Özge AKYOL (Gazi)
Op.Dr.Mahmut AKYÜZ (Akdeniz)
Doç.Dr.Bülent ALAĐÖL (Trakya)
Yrd.Doç.Dr.Sait ALAN (Dicle)
Uzm.Dr.Taner ALİÖĐLU (Haseki Hst.)
Uzm.Dr.Mehmet ALKAN (Ankara Numune Hst.)
Doç.Dr.Gülennaz ALPER (Ege)
Uzm.Dr.Gündüz ALTAY (Trakya)
Prof.Dr.Nur ALTINÖRS (Başkent)
Doç.Dr.Levent ALTINTOP (Ondokuz Mayıs)
Yrd.Doç.Dr.Hasan ALTUNBAĐ (Akdeniz)
Prof.Dr.K. Cemil APAYDIN (Akdeniz)
Doç.Dr.Rebiay APAYDIN (Kocaeli)
Doç.Dr.Atilla ARAL (Ankara)
Doç.Dr.Erinç ARAL (Osmangazi)
Yrd.Doç.Dr.Cavidan ARAR (Trakya)
Prof.Dr.Gülseren ARAS (Ankara)
Doç.Dr.Bülent ARAS (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Murat ARGON (Ege)
Doç.Dr.Sema ARICI (Cumhuriyet)
Prof.Dr.Aysel ARICIOĐLU (Gazi)
Prof.Dr.Zehra ARIKAN (Gazi)
Doç.Dr.Sevtap ARIKAN (Hacettepe)
Uzm.Dr.Zuhal ARIKAN (Lütfi Kırdar Hst.)
Prof.Dr.Emin Sami ARISOY (Kocaeli)
Prof.Dr.Suat ARTVINLİ (Akdeniz)
Dr.Selçuk ASLAN (Gazi)
Yrd.Doç.Dr.Neslihan ASTAM (Atatürk)
Prof.Dr.Esin AĐAN (Hacettepe)
Prof.Dr.Kenan ATABAY (Gazi)
Prof.Dr.Yıldız ATALAY (Gazi)
Doç.Dr.Pebnem ATAMAN (Ankara)

Doç.Dr.M. Kemal ATİKELELER (Fırat)
Doç.Dr.Ali AVANOĐLU (Ege)
Prof.Dr.Sevgen AYDAR (Ege)
Doç.Dr.Sabahattin AYDIN (Yüzüncü Yıl)
Doç.Dr.Yeşim AYDINOK (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Barlas AYDOĐAN (Çukurova)
Yrd.Doç.Dr.Metin AYDOĐAN (Kocaeli)
Doç.Dr.Sinan AYDOĐDU (Ankara Numune Hst.)
Doç.Dr.Sema AYDOĐDU (Ege)
Prof.Dr.İ. Hakkı AYHAN (Ankara)
Dr.Sühan AYHAN (Gazi)
Doç.Dr.Kudret AYTEMİR (Hacettepe)
Doç.Dr.Mustafa AYYILDIZ (Ondokuz Mayıs)
Prof.Dr.Gülseren BAĐCI (Akdeniz)
Prof.Dr.Hasan BAĐCI (Ondokuz Mayıs)
Yrd.Doç.Dr.Faruk BAĐIRICI (Ondokuz Mayıs)
Doç.Dr.Meral BAKA (Ege)
Uzm.Dr.Mehmet BAKAR (Haseki Hst.)
Dr.Sevcan BAKKALOĐLU (Gazi)
Prof.Dn.z.Tbp.Kd.AlbayKunter BALKANLI (GATA)
Prof.Dr.Z. Nur BANOĐLU (Atatürk)
Yrd.Doç.Dr.Sibel BARIP (Ondokuz Mayıs)
Prof.Dr.Sevgi BARTU SARYAL (Ankara)
Prof.Dr.Sabri BARUTÇA (Adnan Menderes)
Prof.Dr.Can BABAĐLAR (Gazi)
Dr.Mustafa Kemal BATUR (Hacettepe)
Prof.Dr.Cengiz BAYÇU (Osmangazi)
Doç.Dr.Mahmut BAYKAN (Selçuk)
Prof.Dr.Kemali BAYKANER (Gazi)
Prof.Dr.Mehmet BAYKARA (Akdeniz)
Yrd.Doç.Dr.Dilek BAYRAMGÜLLER (Kocaeli)
Yrd.Doç.Dr.Bülent BAYSAL (Selçuk)
Prof.Dr.Sunru BEDER (Ankara)
Op.Dr.Gülay BEDİLLİ (SSK Ankara Doğumevi)
Yrd.Doç.Dr.Mehmet BEKERÇİÖĐLU (Gaziantep)
Dr.Ahmet BEKTAĐ (Ondokuz Mayıs)
Yrd.Doç.Dr.Öcal BERKAN (Cumhuriyet)
Prof.Dr.Erdal BEĐER (Adnan Menderes)
Prof.Dr.Ufuk BÖKESÖY (Gazi)
Yrd.Doç.Dr.Ölkem BİLBAŞ (Ege)
Doç.Dr.Nilgün BİLEN (Kocaeli)
Doç.Dr.Ayşe BİLGEHAN (Gazi)
Prof.Dr.Altunay BİLGİÇ (Ege)
Prof.Dr.Sait BİLGİÇ (Ondokuz Mayıs)
Prof.Dr.Mehmet BİTİRGEN (Selçuk)
Prof.Dr.Zahit BOLAMAN (Adnan Menderes)
Dr.Nurettin BORAN (SSK Ankara Doğumevi)
Dr.Haşim BOYACI (Kocaeli)
Prof.Dr.Nazif BOZDEMİR (Çukurova)
Doç.Dr.Gülhal BOZKIR (Çukurova)
Prof.Dr.Arda BÖKESÖY (Ankara)
Prof.Dr.İşık BÖKESÖY (Ankara)
Prof.Dr.Selçuk BÖLÜKBAĐI (Gazi)
Yrd.Doç.Dr.Serpil BULUT (Fırat)
Yrd.Dr.Necla BUYAN (Gazi)
Yrd.Doç.Dr.Nurullah BÜLBÜLLER (Fırat)
Prof.Dr.Nebil BÜYÜKPAMUKÇU (Hacettepe)
Yrd.Doç.Dr.Cenk CAN (Ege)
Doç.Dr.Ercan CANBAY (Cumhuriyet)
Prof.Dr.Süleyman CANDAN (Kadir Hst.)
Yrd.Doç.Dr.Dilşad CEBECİ (Marmara)
Prof.Dr.A. Tevfik CENGİZ (Ankara)

Prof.Dr.Peyami CİNAZ (Gazi)
Doç.Dr.Erdal COPKUN (Pamukkale)
Prof.Dr.Meserret CUMHUR (Hacettepe)
Prof.Dr.Güven ÇAĐATAŞ (Ege)
Doç.Dr.Tuncay ÇAĐLAR (Trakya)
Yrd.Doç.Dr.Çağ ÇAL (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Tanzer ÇALKAVUR (Ege)
Yrd.Doç.Dr.H. Kamil ÇAM (Düzce)
Prof.Dr.M. Cemalettin ÇELEBİ (Gazi)
Yrd.Doç.Dr.Gökhan ÇELİK (Ankara)
Doç.Dr.Pınar ÇELİK (Celal Bayar)
Prof.Dr.Cemil ÇELİK (Ondokuz Mayıs)
Yrd.Doç.Dr.Jale Bengi ÇELİK (Selçuk)
Yrd.Doç.Dr.Ali ÇELİKÖZ (Cumhuriyet)
Prof.Dr.Necla ÇETİN (SSK Ankara Doğumevi)
Yrd.Doç.Dr.Erdal ÇETİN (Sütçü İmam)
Prof.Dr.Erdal ÇETİNALP (Çukurova)
Prof.Dr.Nazan ÇETİNGÜL (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Z. ÇETİNKAYA (Fırat)
Doç.Dr.Cemal ÇEVİK (Gazi)
Yrd.Doç.Dr.G. Mehtap ÇINAR (Ege)
Dr.Bayram ÇIRAK (Pamukkale)
Uzm.Dr.Hülya ÇİÇEKÇİÖĞLU (Ankara Numune Hst.)
Prof.Dr.Nusret ÇİFTÇİ (Ondokuz Mayıs)
Doç.Dr.M. Akif ÇİFTÇİÖĞLU (Akdeniz)
Doç.Dr.Ergun ÇİL (Uludağ)
Doç.Dr.Özge ÇİŐALGİL (Atatürk)
Yrd.Doç.Dr.Özge ÇÖĐÖLU (Ege)
Doç.Dr.Mahmut ÇÖKER (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Nezih DAĐDEVİREN (Trakya)
Prof.Dr.Özge DANE (Ondokuz Mayıs)
Doç.Dr.Özge DARCAN (Ege)
Op.Dr.Hülya DEDE (SSK Ankara Doğumevi)
Yrd.Doç.Dr.Ibrahim DEMİR (Akdeniz)
Dr.Sevgi DEMİR (Akdeniz)
Doç.Dr.Esen DEMİR (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Ayşe Nur DEMİRAL (Akdeniz)
Yrd.Doç.Dr.Sema DEMİRÇİN KARAGÖZ (Akdeniz)
Yrd.Doç.Dr.Kurtbeddin DEMİRDAĞ (Fırat)
Op.Dr.A. Hakan DEMİREL (Ankara Hst.)
Doç.Dr.Azam DEMİREL (Atatürk)
Doç.Dr.Emine DEMİREL YILMAZ (Ankara)
Prof.Dr.Sadık DEMİRSOY (Gazi)
Prof.Dr.Fahri DERE (Çukurova)
Yrd.Doç.Dr.F. Sefa DEREKÖY (Afyon Kocatepe)
Doç.Dr.Berna DİLBAZ (SSK Ankara Doğumevi)
Uzm.Dr.Elvin DİNÇ (SSK Okmeydanı Hst.)
Doç.Dr.Sibel DİNÇER (Gazi)
Doç.Dr.Hüseyin DİNDAR (Ankara)
Yrd.Doç.Dr.Nihal DOĞAN (Osmangazi)
Yrd.Doç.Dr.Zahide DOĐANAY (Ondokuz Mayıs)
Doç.Dr.Osman DOĞRU (Fırat)
Yrd.Doç.Dr.Fikret DOĐULU (Gazi)
Prof.Dr.İsmet DÖKMECİ (Trakya)
Doç.Dr.İsmail DÖLEN (SSK Ankara Doğumevi)
Dr.Sunay DUMAN (Ankara Hst.)
Doç.Dr.Pınar DURAN (T.Y.H.)
Prof.Dr.Enver DURAN (Trakya)
Doç.Dr.Yaşar DURANOĐLU (Akdeniz)
Doç.Dr.Behice DURGUN YÜCEL (Çukurova)
Prof.Dr.Berrin DURMAZ (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Gül DURMAZ (Osmangazi)

Doç.Dr.H. Ergin DÜLGER (*Gaziantep*)
Yrd.Doç.Dr.Mehmet DÜNDAR (*Adnan Menderes*)
Prof.Dr.Belgin EFE (*Osmangazi*)
Doç.Dr.Alev EKEN (*Ankara Hst.*)
Prof.Dr.Abdullah EKMEKÇİ (*Gazi*)
Doç.Dr.Meral EKİPİOĞLU (*Ankara Hst.*)
Yrd.Doç.Dr.Pahande ELAĞÖZ (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr.Mehmet ELBİSTAN (*Ondokuz Mayıs*)
Prof.Dr.Murat ELEVLİ (*Kocaeli*)
Doç.Dr.İmdat ELMAS (*İstanbul*)
Yrd.Doç.Dr.Özlem ELPEK (*Akdeniz*)
Yrd.Doç.Dr.Mehmet EMİRZEYOĞLU (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr.Ayşe ENGİN ARISOY (*Kocaeli*)
Yrd.Doç.Dr.Memnune ERANDAÇ (*Cumhuriyet*)
Prof.Dr.Belkıs ERBAŞ (*Hacettepe*)
Prof.Dr.Güner ERBAY (*Ankara*)
Prof.Dr.Sena ERDAL (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr.Özcan ERDEMLİ (*T.Y.İ.H.*)
Prof.Dr.Ata ERDENER (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr.Haydar ERDOĞAN (*Cumhuriyet*)
Yrd.Doç.Dr.Tibet ERDOĞDU (*Akdeniz*)
Doç.Dr.Selda ERENŞOY (*Ege*)
Dr.Ufuk ERGAN (*Ankara Hst.*)
Prof.Dr.Oktay ERGENE (*Süleyman Demirel*)
Prof.Dr.Süreyya ERGİN (*Ankara*)
Yrd.Doç.Dr.Okan ERGÜN (*Ege*)
Prof.Dr.Sibel ERGÜVEN (*Hacettepe*)
Doç.Dr.Ferhan ERİBİM (*Cerrahpaşa*)
Doç.Dr.Esin Fatma ERKİN (*Celal Bayar*)
Prof.Dr.M. Hayri ERKOL (*Sitçü İmam*)
Yrd.Doç.Dr.Erkut ERKURT (*Çukurova*)
Yrd.Doç.Dr.Haluk EROL (*Adnan Menderes*)
Prof.Dr.Bilhan ERŞÖZ (*Ege*)
Prof.Dr.Mine ERTEM YURTSEVEN (*Ege*)
Prof.Dr.Ümit ERTÜRK (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr.Ertuğrul EPİL (*Selçuk*)
Prof.Dr.Akgün EVİNÇ (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr.Talat EZMECİ (*Atatürk*)
Doç.Dr.Süleyman FELEK (*Fırat*)
Yrd.Doç.Dr.Serhat FINDIK (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr.Duygu FINDIK (*Selçuk*)
Doç.Dr.Muhteşem GEDİZLİOĞLU (*SSK İzmir Hst.*)
Doç.Dr.Tekinalp GELEN (*Akdeniz*)
Doç.Dr.Orhan GELİBEN (*SSK Ankara Doğumevi*)
Yrd.Doç.Dr.Devran GERÇEKER (*Ankara*)
Doç.Dr.Fatma GÖÇER (*Atatürk*)
Prof.Dr.Ayşe Sevim GÖKALP (*Kocaeli*)
Prof.Dr.Ahmet GÖKÇEL (*Cerrahpaşa*)
Prof.Dr.İ.Haluk GÖKÇORA (*Ankara*)
Yrd.Doç.Dr.Sıtkı GÖKSU (*Gaziantep*)
Dr.Bilge GÖNÜL (*Gazi*)
Dr.Ali Saffet GÖNÜL (*Selçuk*)
Prof.Dr.Adnan GÖRGÜLLÜ (*Trakya*)
Prof.Dr.Fahrettin GÖZE (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr.Rabet GÖZİL (*Gazi*)
Doç.Dr.Fuat GÜLDÖBÜP (*Ondokuz Mayıs*)
Prof.Dr.Pendoğan GÜLEN (*Trakya*)
Prof.Dr.Gülşay GÜLLÜ (*Atatürk*)
Doç.Dr.Meltem K. GÜLMEN (*Çukurova*)
Uzm.Dr.Eser GÜLTAN (*Ankara Numune Hst.*)
Prof.Dr.Yener GÜLTEKİN (*Cumhuriyet*)
Prof.Dr.Ayfer GÜNALP (*Hacettepe*)
Prof.Dr.İlhan GÜNAY (*Cumhuriyet*)
Prof.Dr.Mehmet GÜNDOĞDU (*Atatürk*)
Yrd.Doç.Dr.Murat GÜNDÜZ (*Çukurova*)
Prof.Dr.Kemal GÜNDÜZ (*Selçuk*)
Yrd.Doç.Dr.Yasemin GÜNEP (*Çukurova*)
Prof.Dr.Erol GÜNTEKİN (*Akdeniz*)
Doç.Dr.Asuman GÜRRAKIN (*Atatürk*)
Doç.Dr.Ali GÜRBÜZ (*İzmir Atatürk Hst.*)
Uzm.Dr.Özlem GÜRBÜZ KÖZ (*Ankara Numune Hst.*)
Doç.Dr.Hakan GÜRDAL (*Ankara*)
Doç.Dr.E. İnanç GÜNER (*Akdeniz*)
Yrd.Doç.Dr.Cemil GÜRGÜN (*Ege*)
Dr.Koray GÜRSEL (*Ankara Numune Hst.*)
Prof.Dr.Türkiz GÜRSEL (*Gazi*)
Prof.Dr.Bülent GÜRSEL (*Hacettepe*)
Prof.Dr.Hülya GÜVEN (*Dokuz Eylül*)
Yrd.Doç.Dr.Hakan GÜVEN (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr.Ali HABERAL (*SSK Ankara Doğumevi*)
Prof.Dr.Yahya HAKGÜDENER (*Cumhuriyet*)
Prof.Dr.Alev HASANOĞLU (*Gazi*)

Prof.Dr.Enver HASANOĞLU (*Gazi*)
Prof.Dr.Gülşen HASÇELİK (*Hacettepe*)
Prof.Dr.Bükrü HATUN (*Kocaeli*)
Doç.Dr.Ayşen HELVACI (*SSK Okmeydanı Hst.*)
Yrd.Doç.Dr.Süleyla HİLMİOĞLU (*Ege*)
Doç.Dr.Celal ILGAZ (*Gazi*)
Doç.Dr.Ahmet ILGAZLI (*Kocaeli*)
Yrd.Doç.Dr.Hatice ILGIN (*Ankara*)
Prof.Dr.Geylan İBİK (*Çukurova*)
Prof.Dr.Erdal İBİK (*Gazi*)
Doç.Dr.Nihal İÇTEN (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr.Yavuz Selim İLHAN (*Fırat*)
Prof.Dr.Yalçın İLKER (*Marmara*)
Yrd.Doç.Dr.Kenan İLTÜMÜR (*Dicle*)
Doç.Dr.Levent E. İNAN (*Ankara Hst.*)
Yrd.Doç.Dr.Tacettin İNANDI (*Atatürk*)
Prof.Dr.Ramazan İNÇİ (*Ege*)
Prof.Dr.Murat İRKEÇ (*Hacettepe*)
Doç.Dr.Caner KABASAKAL (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr.Gürhan KADIKÖYLÜ (*Adnan Menderes*)
Yrd.Doç.Dr.Sibel KALAÇA (*Marmara*)
Prof.Dr.Nuri KALE (*Gazi*)
Prof.Dr.Süleyman KAPLAN (*Ondokuz Mayıs*)
Dr.Melih KAPTANOĞLU (*Cumhuriyet*)
Yrd.Doç.Dr.İsmail KARA (*Atatürk*)
Dr.Halil G. KARABULUT (*Ankara*)
Yrd.Doç.Dr.Aziz KARABULUT (*Dicle*)
Dr.Ramazan KARABULUT (*Gazi*)
Yrd.Doç.Dr.Aziz KARADEDE (*Dicle*)
Prof.Dr.Yener KARADENİZLİ (*Gazi*)
Prof.Dr.Oktay Z. KARAKAP (*Kocaeli*)
Yrd.Doç.Dr.Deniz KARAKAYA (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr.Beyhan KARAMANLIOĞLU (*Trakya*)
Prof.Dr.Peyda KARAVELİ (*Akdeniz*)
Doç.Dr.Melda KARAVUŞ (*Marmara*)
Prof.Dr.Ümit KARAYALÇIN (*Akdeniz*)
Uzm.Dr.Demet KARNAK (*Ankara*)
Yrd.Doç.Dr.İbrahim KARNAK (*Hacettepe*)
Doç.Dr.Kaan KAVAKLI (*Ege*)
Uzm.Dr.Deniz KAYA (*Ankara Numune Hst.*)
Prof.Dr.Mehmet KAYA (*Çukurova*)
Dr.Fulya KAYIKÇIOĞLU (*SSK Ankara Doğumevi*)
Yrd.Doç.Dr.Memduh KAYMAZ (*Gazi*)
Dr.Telat KELEP (*Ankara Numune Hst.*)
Doç.Dr.Mehmet KENDİR (*Haseki Hst.*)
Prof.Dr.Sırrı KES (*Hacettepe*)
Yrd.Doç.Dr.İbrahim KESER (*Akdeniz*)
Prof.Dr.Erbuğ KESKİN (*Çukurova*)
Doç.Dr.Göksal KESKİN (*SSK Ankara Hst.*)
Yrd.Doç.Dr.Deniz KESKİNLER (*Atatürk*)
Prof.Dr.Sırrı KILIÇ (*Fırat*)
Prof.Dr.Nedret KILIÇ (*Gazi*)
Prof.Dr.Metin KİR (*Ankara*)
Doç.Dr.İrfan KIRIPTIOĞLU (*Uludağ*)
Doç.Dr.Mehmet KIYAN (*Ankara*)
Yrd.Doç.Dr.Emine KIZILKANAT (*Çukurova*)
Prof.Dr.Nuri KIRAZ (*Osmangazi*)
Prof.Dr.Kenan KOCABAY (*Düzce*)
Yrd.Doç.Dr.Ercan KOCAKOÇ (*Fırat*)
Doç.Dr.Esin KOÇ (*Gazi*)
Yrd.Doç.Dr.İzzet KOÇAK (*Adnan Menderes*)
O.Dr.Müberra KOÇAK (*SSK Ankara Doğumevi*)
Doç.Dr.Ayşegül KOÇAK ALTINTAŞ (*Ankara Hst.*)
Yrd.Doç.Dr.İbrahim KOÇER (*Atatürk*)
Yrd.Doç.Dr.Hasan KOÇOĞLU (*Gaziantep*)
Prof.Dr.Sezer B. KOMSUOĞLU (*Kocaeli*)
Prof.Dr.Emel KOPTAGEL (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr.Cem KOPUZ (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr.Adnan KORKMAZ (*Ondokuz Mayıs*)
Prof.Dr.İbneym KÖRÜR FİNCANCI (*İstanbul*)
Prof.Dr.Sezen KOPAY (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr.Saim KOZAN (*Akdeniz*)
Prof.Dr.Atilla KÖKSAL (*İzmir Atatürk Hst.*)
Doç.Dr.Nilgün KÖKSAL (*Uludağ*)
Doç.Dr.M. Faruk KÖSE (*SSK Ankara Doğumevi*)
Yrd.Doç.Dr.Mustafa KÖSEM (*Yüzüncü Yıl*)
Yrd.Doç.Dr.Destan Nil KULAÇOĞLU (*Atatürk*)
Uzm.Dr.Gülcan KURAL (*Ankara Numune Hst.*)
Op.Dr.Necmi KURT (*Lütfi Kırdar Hst.*)
Op.Dr.Necmi KURT (*Lütfi Kırdar Hst.*)
Doç.Dr.Ömer KURU (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr.Zafer KURUGÖL (*Ege*)

Yrd.Doç.Dr.Aslı KURUOĞLU (*Gazi*)
Prof.Dr.Fatma KUTAY (*Ege*)
Doç.Dr.Behim KUTLAY (*Ankara*)
Uzm.Dr.Sedef KUTLUK (*Ankara Numune Hst.*)
Uzm.Dr.Tamer KUZUCUOĞLU (*Lütfi Kırdar Hst.*)
Prof.Dr.Sevgi KÜLLÜ (*Marmara*)
Prof.Dr.Hakan KÜLTÜRSAY (*Ege*)
Prof.Dr.Necil KÜTÜKÇÜLER (*Ege*)
Doç.Dr.Osman LATİFOĞLU (*Gazi*)
Dr.Çiğdem LEVİ (*Adnan Menderes*)
Prof.Dr.Güven LÜLEÇİ (*Akdeniz*)
Yrd.Doç.Dr.Pınası MANDUZ (*Cumhuriyet*)
Prof.Dr.Cafer MARANGOZ (*Ondokuz Mayıs*)
Prof.Dr.Mehmet MELLİ (*Ankara*)
Dr.Asuman MEMİŞ (*İzmir Atatürk Hst.*)
Prof.Dr.Sevda MENEVPE (*Gazi*)
Prof.Dr.Adnan MENEVPE (*Gazi*)
Prof.Dr.Gülriş MENTEŞ (*Ege*)
Doç.Dr.Adalet MERAL (*Uludağ*)
Doç.Dr.Faruk MERİÇ (*Dicle*)
Doç.Dr.Ufuk Ö. METE (*Çukurova*)
Prof.Dr.Zeynep MISIRLIGİL (*Ankara*)
Prof.Dr.Erol MİR (*Celal Bayar*)
Prof.Dr.Sevgi MİR (*Ege*)
Doç.Dr.M. Uğur MÜNGAN (*Dokuz Eylül*)
Doç.Dr.Mehmet Hamdi MUZ (*Fırat*)
Prof.Dr.Yusuf NERGİZ (*Dicle*)
Prof.Dr.Necle NİPLİ (*Ege*)
Uzm.Dr.Mehmet NUMAN (*Ankara Numune Hst.*)
Prof.Dr.Numan NUMANOĞLU (*Ankara*)
Yrd.Doç.Dr.Ersan ODACI (*Ondokuz Mayıs*)
Prof.Dr.Nurettin ÖBUZ (*Akdeniz*)
Doç.Dr.Özkan ÖBUZ (*Çukurova*)
Prof.Dr.Aynur ÖBUZ (*Gazi*)
Prof.Dr.Hasan ÖBUZ (*Selçuk*)
Prof.Dr.Güray OKYAR (*Atatürk*)
Dr.Pınar OKYAY (*Adnan Menderes*)
Doç.Dr.Ongun ONARAN (*Ankara*)
Doç.Dr.M. Derya ONUK (*Atatürk*)
Prof.Dr.Ertan ONURSAK (*İstanbul*)
Yrd.Doç.Dr.İsmail ORAN (*Ege*)
Prof.Dr.Olcay ORAN (*Hacettepe*)
Yrd.Doç.Dr.İrfan ORHAN (*Fırat*)
Prof.Dr.Kemal ÖDEV (*Selçuk*)
Prof.Dr.İhsan ÖDE (*Ondokuz Mayıs*)
Yrd.Doç.Dr.Murat ÖDETÜRK (*Fırat*)
Yrd.Doç.Dr.Candan ÖDÜP (*Akdeniz*)
Doç.Dr.Suna ÖMERÖĞLU (*Gazi*)
Yrd.Doç.Dr.Aytül ÖNAL (*Ege*)
Prof.Dr.Renzi ÖNDER (*Ege*)
Prof.Dr.Ünsan ÖNER (*Gaziantep*)
Op.Dr.Ali Ulvi ÖNGÖREN (*Ankara Hst.*)
Prof.Dr.Ahmet Rifat ÖRMEÇİ (*Süleyman Demirel*)
Prof.Dr.Yaman ÖRS (*Ankara*)
Yrd.Doç.Dr.Eser ÖZ (*Gazi*)
Doç.Dr.Tijen ÖZACAR (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr.İsa ÖZBEY (*Atatürk*)
Doç.Dr.Gülşay ÖZBİLİM (*Akdeniz*)
Doç.Dr.Dilek ÖZCENGİZ (*Çukurova*)
Prof.Dr.Semra ÖZÇELİK (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr.Nurten ÖZÇELİK (*Süleyman Demirel*)
Doç.Dr.Tülay ÖZDEMİR (*Akdeniz*)
Prof.Dr.Turgut ÖZEKE (*Uludağ*)
Uzm.Dr.Candan ÖZEN (*Ankara Numune Hst.*)
Yrd.Doç.Dr.Süleyman ÖZEN (*Yüzüncü Yıl*)
Uzm.Dr.Necle ÖZER (*Hacettepe*)
Doç.Dr.Önder M. ÖZERBİL (*Selçuk*)
Prof.Dr.M. Reşat ÖZERCAN (*Fırat*)
Doç.Dr.Filiz ÖZERKAN (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr.Pınar ÖZGEN KIRATLI (*Hacettepe*)
Dr.Nejat ÖZGÜL (*SSK Ankara Doğumevi*)
Prof.Dr.Servet ÖZGÜR (*Gaziantep*)
Prof.Dr.Olcay ÖZKAN (*Akdeniz*)
Prof.Dr.Cemil ÖZKAN (*Celal Bayar*)
Doç.Dr.Feriha ÖZKAN (*Ege*)
Prof.Dr.Kayhan ÖZKAN (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr.İshak ÖZKAN (*Selçuk*)
Prof.Dr.Oktay ÖZKARAKAP (*Kocaeli*)
Prof.Dr.Reha ÖZKEÇELİ (*Çukurova*)
Prof.Dr.Hayal ÖZKILIÇ (*Ege*)
Prof.Dr.Cihangir ÖZKINAY (*Ege*)
Prof.Dr.Ferda ÖZKINAY (*Ege*)

Prof.Dr.Cumhur ÖZKUYUMCU (*Hacettepe*)
Doç.Dr.Candan ÖZÖĐÜL (*Gazi*)
Yrd.Doç.Dr.Cemile ÖZTİN ÖDÜN (*Selçuk*)
Öğr.Gör.Dr.Hafize ÖZTÜRK (*Akdeniz*)
Dr.Işın PAK (*Ankara Onkoloji Hst.*)
Prof.Dr.Özden PALAOĞLU (*Ankara*)
Prof.Dr.Zafer PAMUKÇU (*Trakya*)
Prof.Dr.Aytül PARLAR (*Ege*)
Prof.Dr.Hatice PABAĞLU (*Ankara Hst.*)
Yrd.Doç.Dr.Murat PEKDEMİR (*Fırat*)
Prof.Dr.Yıldız PEKŞEN (*Ondokuz Mayıs*)
Yrd.Doç.Dr.Elif PEŞTERELİ (*Akdeniz*)
Yrd.Doç.Dr.Lütfiye PİRBUĐAK (*Gaziantep*)
Doç.Dr.Özkan POLAT (*Atatürk*)
Prof.Dr.Sait POLAT (*Çukurova*)
Doç.Dr.Ömer POYRAZ (*Cumhuriyet*)
Prof.Dr.Pakire PÖBÜN (*Ondokuz Mayıs*)
Yrd.Doç.Dr.Esra SAATÇI (*Çukurova*)
Prof.Dr.Murat SADE (*Dokuz Eylül*)
Prof.Dr.Ahmet SALTİK (*Trakya*)
Prof.Dr.A. Şefik SANAÇ (*Hacettepe*)
Yrd.Doç.Dr.Banu SANCAK (*Gazi*)
Prof.Dr.Nihat SAPAN (*Uludağ*)
Doç.Dr.Sarp SARAÇ (*Hacettepe*)
Doç.Dr.Binnur SARIHASAN (*Ondokuz Mayıs*)
Prof.Dr.Yusuf SARIOĞLU (*Cumhuriyet*)
Yrd.Doç.Dr.Nazan SARPER (*Kocaeli*)
Doç.Dr.Ismail SAVAP (*Ankara*)
Prof.Dr.İskender SAYEK (*Hacettepe*)
Prof.Dr.Canan SAYLAM (*Ege*)
Prof.Dr.Bülent SEÇKİN (*Ankara*)
Doç.Dr.Atilla SEMERCİÖZ (*Fırat*)
Doç.Dr.Betül SEVİNİR (*Uludağ*)
Prof.Dr.Fazıl SEZEN (*İstanbul*)
Uzm.Dr.Başar SIRMAGÜL (*Osmangazi*)
Doç.Dr.Muzaffer SİNDEL (*Akdeniz*)
Prof.Dr.Bülent SİVRİ (*Hacettepe*)
Prof.Dr.Seher SÖFUOĞLU (*Selçuk*)
Prof.Dr.Suna SOLMAZ (*Çukurova*)
Prof.Dr.İnan SOYDAN (*Ege*)
Prof.Dr.Cahide SOYDAP ÇINAR (*Ege*)
Prof.Dr.Necdet SOYKAN (*Ege*)
Doç.Dr.Bülent SOYUPAK (*Çukurova*)
Yrd.Doç.Dr.Kaan SÖNMEZ (*Gazi*)
Yrd.Doç.Dr.Osman SÖNMEZ (*Uludağ*)
Prof.Dr.Oğuz SÖYLEMEZOĞLU (*Gazi*)
Doç.Dr.Eser SÖZMEN (*Ege*)
Doç.Dr.Asuman SUNGUROĞLU (*Ankara*)
Doç.Dr.Nurben SÜLDÜR (*Ankara*)
Yrd.Doç.Dr.Halis SÜLEYMAN (*Atatürk*)

Yrd.Doç.Dr.Yüksel SÜLLÜ (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr.Tuncer SÜZER (*Pamukkale*)
Doç.Dr.Tunç ŞAFAK (*Hacettepe*)
Dr.Figen ŞAHİN (*Gazi*)
Yrd.Doç.Dr.Bünyamin ŞAHİN (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr.Varol ŞAHİNTÜRK (*Osmangazi*)
Doç.Dr.Ramazan ŞEKEROĞLU (*Yüzüncü Yıl*)
Doç.Dr.Burçin ŞENER (*Hacettepe*)
UzmDr.Elif Bengi ŞENER (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr.Şaşkın ŞENTÜRK (*Adnan Menderes*)
Prof.Dr.Ferruh ŞİMŞEK (*Marmara*)
Yrd.Doç.Dr.İsrafil ŞİMŞEK (*Selçuk*)
Yrd.Doç.Dr.Erhan TABAKOĞLU (*Trakya*)
Prof.Dr.Atilla TAÇOY (*Akdeniz*)
Prof.Dr.Kadir TAHTA (*Pamukkale*)
Prof.Dr.Remziye TANAÇ (*Ege*)
Dr.H. Mete TANIR (*Osmangazi*)
Doç.Dr.Tufan TARCAN (*Marmara*)
Doç.Dr.Niyazi TAŞÇI (*Ondokuz Mayıs*)
Dr.Alper TEKELİ (*Ankara*)
Prof.Dr.Sedat TELLALOĞLU (*İstanbul*)
Prof.Dr.Mehmet Çetin TEREK (*Ege*)
Doç.Dr.Demet TOK (*İzmir Atatürk Hst.*)
Doç.Dr.Ufuk TOLU (*İstanbul*)
Doç.Dr.Özgül TOP (*Çukurova*)
Prof.Dr.Nizamettin TOPRAK (*Dicle*)
Yrd.Doç.Dr.Oya TOPUZ (*Pamukkale*)
Prof.Dr.Recai TUNCER (*Akdeniz*)
Prof.Dr.Safiye TUNCER (*Ankara*)
Doç.Dr.İnci TUNCER (*Selçuk*)
Yrd.Doç.Dr.Timur TUNÇALI (*Ankara*)
Prof.Dr.Arslan TUNÇBİLEK (*Ankara*)
Doç.Dr.Ferda TUNÇKANAT (*Hacettepe*)
Doç.Dr.Uğur TURAÇLAR (*Cumhuriyet*)
Op.Dr.Hakan TURAN (*SSK Ankara Doğumevi*)
Yrd.Doç.Dr.Alparslan TURAN (*Trakya*)
Doç.Dr.Suat TURGUT (*Bişli Etfal Hst.*)
Doç.Dr.Ajlan TÜKÜN (*Ankara*)
Prof.Dr.Emel TÜMBAY (*Ege*)
Doç.Dr.Alper TÜNGER (*Ege*)
Prof.Dr.Aylâ TÜRK (*Ondokuz Mayıs*)
Yrd.Doç.Dr.Gülcan TÜRKER (*Kocaeli*)
Prof.Dr.Levent TÜRKERİ (*Marmara*)
Prof.Dr.Cüneyt TÜRKÖĞLU (*Ege*)
Dr.Zafer TÜRKYILMAZ (*Gazi*)
Prof.Dr.Sarenur TÜTÜNCÜOĞLU (*Ege*)
Doç.Dr.Serdar UĐRAP (*Yüzüncü Yıl*)
Prof.Dr.Hatice UĐURLU (*Selçuk*)
Dr.Murat ULUSOY (*Haseki Hst.*)
Doç.Dr.Onur URAL (*Selçuk*)

Doç.Dr.Dürdal US (*Hacettepe*)
Doç.Dr.Tercan US (*Osmangazi*)
Prof.Dr.Sabahattin USLU (*Atatürk*)
Doç.Dr.S. Sabri USLU (*Gazi*)
Prof.Dr.Şemseddin USTAÇELEBİ (*Hacettepe*)
Doç.Dr.Ayşegül UYSAL (*Ege*)
Prof.Dr.Müjdat UYSAL (*İstanbul*)
Yrd.Doç.Dr.Ahmet UZUN (*Ondokuz Mayıs*)
Yrd.Doç.Dr.Harun ÜÇÜNCÜ (*Atatürk*)
Yrd.Doç.Dr.M. Sıddık ÜLGEN (*Dicle*)
Prof.Dr.Ahmet ÜNAL (*Cumhuriyet*)
Yrd.Doç.Dr.Gaye ÜNAL (*Kocaeli*)
Doç.Dr.Mustafa ÜNSAL (*SSK Okmeydanı Hst.*)
Yrd.Doç.Dr.Murat ÜZEL (*Sütçü İmam*)
Doç.Dr.Fadıl VARDAR (*Ege*)
Prof.Dr.Erkan VARDARELİ (*Osmangazi*)
Prof.Dr.Raşit Vural YAĐCI (*Ege*)
Prof.Dr.Peyman YALÇIN (*Ankara*)
Doç.Dr.Orhan YALÇIN (*Fırat*)
Şerafettin YALÇIN (*SSK Okmeydanı Hst.*)
Doç.Dr.Sümer YAMANER (*İstanbul*)
Uzm.Dr.Alper YARANGÜMELİ (*Ankara Numune Hst.*)
Doç.Dr.M. Hadi YAPPA (*Adnan Menderes*)
Yrd.Doç.Dr.Altuğ YAVAĞOĞLU (*Ege*)
Dr.Reha YAVUZER (*Gazi*)
Yrd.Doç.Dr.Oğuz YAVUZGİL (*Ege*)
Prof.Dr.Şahin YAZAR (*Akdeniz*)
Doç.Dr.Mustafa YENİGÜN (*Haseki Hst.*)
Yrd.Doç.Dr.Hanefi YILDIRIM (*Fırat*)
Yrd.Doç.Dr.Alpagon Mustafa YILDIRIM (*Fırat*)
Dr.Aylin YILDIRIM (*Hacettepe*)
Dr.Engin YILDIRIM (*Osmangazi*)
Yrd.Doç.Dr.Esin YILDIZ (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr.Füsün YILDIZ (*Kocaeli*)
Prof.Dr.Arif YILMAZ (*Atatürk*)
Prof.Dr.Mustafa YILMAZ (*Fırat*)
Doç.Dr.Taner YILMAZ (*Hacettepe*)
Dr.Z. Rezan YORGANCIOĞLU (*Ankara Hst.*)
Doç.Dr.Arzu YORGANCIOĞLU (*Celal Bayar*)
Prof.Dr.Erdem YORMUK (*Ankara*)
Prof.Dr.Orhan YURTSEVEN (*Ege*)
Prof.Dr.İclal YÜCEL (*Akdeniz*)
Prof.Dr.Ahmet H. YÜCEL (*Çukurova*)
Prof.Dr.Selçuk YÜCESAN (*Harran*)
Doç.Dr.Şahin YÜKSEK (*Gaziantep*)
Yrd.Doç.Dr.Hasan YÜKSEL (*Celal Bayar*)
Prof.Dr.Nevzat YÜKSEL (*Gazi*)
Yrd.Doç.Dr.Vahit YÜKSELEN (*Adnan Menderes*)
Prof.Dr.Rahmi ZEYBEK (*Celal Bayar*)
Yrd.Doç.Dr.Mehdi ZOGHI (*Ege*)

- İsimler Soyadı sırasına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

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

ÜROLOJİ

1. Aşağıdaki taşlardan hangisi en radyoopaktır?

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

Cevap B (*Tanagho, McAninch, Smith's General Urology, 13.baskı, 1992, s.271-298*)

Kalsiyum fosfatın dansitesi 22.0 kalsiyum oksalatın 10.8 magnezyum amonyum fosfatın 4.1 sistin taşlarının 3.7 ve ürik asit taşlarının 1.4 tür.

2. Aşağıdakilerde hangisi renal hücreli kanserin özelliği değildir?

- a) Renal hücreli kanser her iki böbrekte eşit sıklıkta görülür.
- b) Renal hücreli kanser damarsal yapılara invazyon göstermeye eğilimlidir.
- c) Renal hücreli kanser proksimal tübüler hücrelerden gelişir.
- d) Erkeklerde daha sık görülür.
- e) Histopatolojik olarak gerçek bir kapsülü vardır.

Cevap E (*Smith, General Urology*)

Renal hücreli kanserin gerçek bir kapsülü yoktur. Baskılanmış parankim ve fibroz dokunun tümör etrafında oluşturduğu yalancı bir kapsülü vardır.

3. Böbrek taşları ile ilgili hangisi yanlıştır?

- a) Çoğunlukla miks yapıdadır.
- b) Sitrat taş oluşumuna inhibitör etki yapar.
- c) Koraliform taşların çoğu struit taşlarıdır.
- d) Erkeklerde daha sık görülür.
- e) Koraliform taşları genellikle obstrüksiyon yapar.

Cevap E (*Smith, General Urology*)

Karoliform taşları genellikle obstrüksiyon yapmaz.

4. Spermogramda normal hareketli sperm sayısının %50'den az olması durumu hangi terimle ifade edilir?

- a) Oligospermi
- b) Astenospermi
- c) Nekrospermi
- d) Azospermi
- e) Aspermi

Cevap B (*Gürbüz, Erkek İnfertilitesi, s.23*)

Normal motil sperm sayısının %50'den az olması astenospermidir.

5. Aşağıdakilerden hangisi erkek infertilitesinin post-testiküler nedenlerinden birisidir?

- a) Kalmann's sendromu
- b) Sertoli-cell-only sendromu
- c) Noonan's sendromu
- d) İmmotil cilia sendromu
- e) Orak hücreli anemi

Cevap D (*Gürbüz, Erkek İnfertilitesi, s.35*)

Post-testiküler sebepler: 1) Sperm transportundaki bozukluklar (konjenital bozukluklar, akkiz bozukluklar, fonksiyonel obstrüksiyonlar), 2) Sperm motilite ve fonksiyon bozuklukları (sperm kuyruğundaki konjenital bozukluklar, örneğin: immotil silia sendromu).

6. Ürogenital sistemin hangi özgül infeksiyonu otonefektomi'ye neden olabilir?

- a) Bilharziasis
- b) Aktinomikozis
- c) Tüberküloz
- d) Filariasis
- e) Ekinokokkozis

Cevap C (*Anafarta, Temel Üroloji, 1998, s.542*)

Kaliksiyel yapılardaki stenoz ve amputasyonlara bağlı bölgesel hidro-kaliks ve kistik genişlemeler oluşabilir. Üretero-pelvik obstrüksiyona bağlı olarak böbrek afonksiyone hale gelebilir. Buna otonefektomi denir.

7. Böbrek absesinin (renal karbunkül) en sık etkeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) β-hemolitik streptokok
- b) Hemolitik staf. aureus
- c) Pseudomonas aeruginosa
- d) Klebsiella
- e) E. coli

Cevap B (*Inci, Ürogenital İnfeksiyonlar, 1996, s.54*)

Etkenlerin başında hemolitik staf. aureus gelir.

8. Wilms tümörü en sık nereye metastaz yapar?

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

Cevap D (*Anafarta, Temel Üroloji, 1998, s.702*)

Wilms tümörü en sık akciğere metastaz yapar.

9. Mesane tümörünün en sık yayılım yolu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Direkt invazyon
- b) Hematojen
- c) Lenfojen
- d) Peritoneal
- e) Metastaz yapmaz.

Cevap A (*Anafarta, Temel Üroloji, 1998, s.710*)

Mesane tümörlerinin yayılımı en çok direkt invazyonla olur.

10. Aşağıdakilerden hangisinin tedavisinde interferon uygulanabilir?

- a) Tüberküloz epididimit
- b) Akut non-bakteriyel prostatit
- c) Kabakulak orşiti
- d) Vezikoureteral reflü
- e) Akut hidrosel

Cevap C (*İnci, Ürogenital İnfeksiyonlar, 1996, s.99*)

Kabakulak orşitinde özgün yöntem olarak interferon tedavisinde çok başarılı sonuçlar alınmaktadır.

11. Petrol ürünleri ile uğraşanlarda, baca temizleyicilerinde, makine operatörlerinde en sık görülen malign tümör aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Karaciğer tümörü
- b) Böbrek tümörü
- c) Skrotum tümörü
- d) Mesane tümörü
- e) Prostat tümörü

Cevap C (*Anafarta, Temel Üroloji, 1998, s.763*)

Skrotum kanseri pott kanseri veya baca temizleyicisi kanseri olarak da tariflenmiştir. Katranla uğraşanlarda makine operatörlerinde, petrol ürünleri çalışanlarında skrotum kanserine daha sık rastlanır.

12. Fournier gangreninin en sık etkeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) E. coli
- b) Stafilokok
- c) β -hemolitik streptokok
- d) Proteus
- e) Clostridium

Cevap C (*İnci, Ürogenital İnfeksiyonlar, 1996, s.174*)

En sık etken beta hemolitik streptokoklardır.

13. $5-\alpha$ redüktaz inhibisyonu olarak prostat hiperplazisi tedavisinde kullanılan ajan aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Doksazosin
- b) Finasterid
- c) Fenoksibenzamin
- d) Siproteron asetat
- e) Parazosin

Cevap B (*Anafarta, Temel Üroloji, 1998, s.849*)

Finasterid testosteron-dihidrotestosteron dönüşümünü sağlayan tip 2, $5-\alpha$ -redüktaz enziminin etkin inhibitörüdür.

14. Detrusor adalesinin motor sinir kaynağı ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Sempatik sinir sistemi
- b) Parasempatik sinir sistemi
- c) Obturator sinir yoluyla gelenler
- d) Pudental sinir yoluyla gelenler
- e) Femoral sinir yoluyla gelenler

Cevap B (*Campbell's Urology, 6.baskı, 1992, s.45*)

Detrusor adalesinin motor sinir kaynağı pelvik parasempatik pleksustur.

15. Waldeyer kılıfı ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Ureterovezikal bileşkede sona erer.
- b) Detrusor lifleriyle birleşerek derin trigonu oluşturur.
- c) Üreteral kas lifleri ile birleşerek yüzeysel trigonu oluşturur.
- d) Üreter ile ilişkili olmadan yüzeysel trigonu yapar.
- e) Eksternal sfinkteri oluşturur.

Cevap B (*Campbell's Urology, 6.baskı, 1992, s.47*)

Waldeyer kılıfı üreteral hiatusun proksimalinden başlar ve lifleri ayrılarak derin trigonu oluşturur. Bu oluşuma detrusor lifleri de katılır.

16. Ailesel özelliği en çok belirlenmiş olan genitouriner tümör hangisidir?

- a) Testis kanseri
- b) Renal hücreli karsinom
- c) Prostat kanseri
- d) Wilm's tümörü
- e) Transizyonel hücreli karsinom

Cevap D (*Campbell's Urology, 6.baskı, 1992, s.293*)

Wilms tümörü bugüne kadar malign transformasyonu kalıtsal tümör baskılayıcı gen kaybına bağlı olarak ortaya çıktığı en net gösterilmiş tümördür.

17. Perkütan ponksiyon ile ölçülen normal renal pelvik basınç nedir?

- a) 1.0 mmHg
- b) 2.5 mmHg
- c) 6.5 mmHg
- d) 10.5 mmHg
- e) 15.0 mmHg

Cevap C (*Campbell's Urology, 6.baskı, 1992, s.508-509*)

Pelvik basınç perkütan yolla ölçüldüğünde 6.5 mmHg'dir.

18. Endometriosis varlığında en sık tutulan üriner sistem bölgesi hangisidir?

- a) Böbrek
- b) Üreter
- c) Mesane
- d) Üretra
- e) Testis

Cevap C (Campbell's Urology, 6.baskı, 1992, s.544)

Kadınların %24'ünde üriner sistem tutulumu vardır ve mesane en sık tutulan organdır.

19. Renal biyopside üriner sistem obstrüksiyonu için patognomonik bulgu nedir?

- a) Bowman mesafesinde Tamm-Horsfall protein kastlarının bulunması
- b) Eosinofilik infiltrasyon
- c) İnterstisyel fibrozis
- d) Glomeruloskleroz
- e) Mononükleer hücre infiltrasyonu

Cevap A (Campbell's Urology, 6.baskı, 1992, s.500)

Bütün bu bulgular biyopside görülebilmekle beraber, sadece Bowman mesafesinde Tamm-Horsfall protein kasti görülmesi patognomonik bulgudur.

20. Üriner tüberkülozda en sık rastlanan semptom hangisidir?

- a) İdrar tutamama
- b) Sık idrara gitme
- c) Makroskopik hematüri
- d) Böğür ağrısı
- e) İştahsızlık

Cevap B (Campbell's Urology, 6.baskı, 1992, s.961-962)

İdrar kaçırma nadirdir. Makroskopik hematüri olguların %10'unda görülür. Ağrısız sık idrara gitme en sık yakındır.

21. Kenarlarının altı oyuk, ağırlı bir genital ülser hangi hastalıkta görülür?

- a) Yumuşak şankr
- b) Lenfograduloma venereum
- c) Herpes
- d) Primer sifiliz
- e) Granuloma inguinale

Cevap A (Campbell's Urology, 6.baskı, 1992, s.834-840)

Diğer bütün lezyonlar, herpes dışında, ağrısız lezyonlara sahiptir. Herpeste ise veziküller mevcuttur. Bu nedenle ağırlı genital ülseri olan her hastada yumuşak şankr düşünülmalıdır.

22. Kronik piyelonefrit tanısı için en iyi yöntem hangisidir?

- a) IVP
- b) Bilgisayarlı tomografi
- c) DMSA renal sintigrafisi

- d) Ultrasonografi
- e) İndium 111 sintigrafisi

Cevap A (Campbell's Urology, 6.baskı, 1992, s.760-761)

IVP en iyi yöntemdir. Atrofik, skarlı düzensiz konturlu böbrekler görülür.

23. Ürik asit taşlarının oluşumundaki en önemli faktör hangisidir?

- a) İdrarda ürik asit konsantrasyonu
- b) İdrar volümü
- c) Ürik asidin asidik solüsyonlarda sınırlı çözünür olması
- d) Diyetle aşırı pürin alınması
- e) Gut hastalığı varlığı

Cevap C (Campbell's Urology, 6.baskı, 1992, s.2114)

Ürik asidin pKa'sı 5.75'dir. Asidite arttıkça daha fazla ürik asit çözünemez hale gelir ve kristalizasyon artarak taş oluşma şansını artırır.

24. Aşağıdakilerden hangisi böbrek muayene yöntemlerinden değildir?

- a) Guyon
- b) Glenard
- c) Israel
- d) Shroder
- e) Stamey

Cevap E (Smith's General Urology, 1995, s.41-49)

Böbreklerin palpasyonla muayenesinde kullanılan pek çok yöntem vardır. Bunlardan en sık uygulanan Guyon yöntemidir. Yenidoğanlarda Glenard yöntemi ile palpe edilebilir. Shroder ise özellikle akut pyelonefritte kostovertebral açıdaki hassasiyeti değerlendirmek için yapılır.

25. Aşağıdakilerden hangisi mesane boşaltılmasında kullanılır?

- a) Hegar bujisi
- b) Sonda
- c) Litotriptör
- d) Dittel bujisi
- e) Nefrostomi

Cevap B (Smith's General Urology, 1995, s.160-166)

Mesane boşaltılmasında çeşitli tipleri ve kullanım amaçları olan sondalar kullanılır. Bujiler daha çok üretral dilatasyon amaçlı litotriptör ise taş kırma amaçlı kullanılır.

26. Aşağıdakilerden hangisi ureteropelvik obstrüksiyon nedeni değildir?

- a) Segmental disfonksiyon
- b) İntrensek ureter darlığı
- c) Bantlar ve valvler
- d) Aberan böbrek damarları
- e) Vena-ovarika sendromu

Cevap E (*Göğüş, Üroloji, 1990, s.105-133*)

Üreteropelvik bileşkede eksternal ya da internal olarak obstruksiyon yapabilir. Ancak vena ovarika sendromu veya ovarikanın üreter alt ucuna basısı ile meydana gelen patolojidir.

27.Aşağıdakilerden hangisi vezikoüreteral reflü tanısında kullanılan en değerli tetkik yöntemidir?

- a) Miksiyon sistoüretrografisi (VCUG)
- b) İVP
- c) Ultrasonografi
- d) Bilgisayarlı tomografi
- e) Anjiyografi

Cevap A (*Ader, Temel Üroloji, 1.baskı, 1998, s.297-315*)

Vezikoüreteral reflü tanısında en önemli ve ilk radyolojik tetkik VCUG'dur.

28.Aşağıdaki mikroorganizmalardan hangisi en sık üriner sistem enfeksiyonu yapan ajandır?

- a) Poretus mirabilis
- b) Escherichia coli
- c) Staphylococcus aureus
- d) Proteus
- e) Streptococcus, Grup D

Cevap B (*Jhonson CC. Definitions, classification and clinical presentation of urinary tract infections. Med Clin North Am 1991; 75:241-252*)

E.Coli'nin 6 serotipi üriner sistem enfeksiyonlarının %85'inden sorumludur.

29.Aşağıdakilerden hangisi en sık erkek infertilitesi nedenidir?

- a) Nörolojik
- b) Müsküler
- c) Renal
- d) Hepatik
- e) Vasküler

Cevap E (*Özdiler, Temel Üroloji, 1.baskı, 1998, s.975-1042*)

Varikosel infertil erkekler arasında %40 oranında rastlanır ve olguların büyük kısmında sol tarafta bulunur.

30.Aşağıdakilerden hangisi böbreğin füzyon anomalisine örnektir?

- a) Atnalı böbrek
- b) Malrotasyon
- c) Basit ektopi
- d) Renal displazi
- e) Torasik böbrek

Cevap A (*Campbell's Urology, 1992, s.1410-1429*)

Füzyon anomalileri içinde en sık görüleni atnalı böbrektir. Yine çapraz ektopi, L veya P şekilli böbrek de füzyon anomalilerine örnektir.

31.Aşağıdakilerden hangisi inorganik taşlardan değildir?

- a) Kalsiyum oksalat monohidrat
- b) Magnezyum-amonyum fosfat
- c) Kalsiyum oksalat dihidrat
- d) Ürik asit
- e) Kalsiyum fosfat

Cevap D (*Smith's General Urology, 14.baskı, 1995, s.276-304*)

Ürik asit taşları tüm taşların %5-10'unu teşkil eder ve organik taşlardır. Ayrıca non-opaktırlar.

32.Testis tümörleri içinde koryokarsinomlarda marker olarak kullanılan aşağıdakilerden hangisidir?

- a) PSA
- b) Beta-HCG
- c) LDH
- d) Ferritin
- e) GGT

Cevap B (*Campbell's Urology, 1992, s.1222-1263*)

Koryokarsinomlu hastalarda beta HCG %100 pozitif bulunur.

33.Mesane tümörü tanısında aşağıdaki yöntemlerden en değerli olan hangisidir?

- a) İVP
- b) Ultrasonografi
- c) Bilgisayarlı tomografi
- d) Sistoskopi
- e) Sistografi

Cevap D (*Campbell's Urology, 1992, s.331-338*)

Mesane tümörlerinde ilk değerlendirme yapıldıktan sonra tümörü gözlemlemek, tanı ve tedavi yapmak için sistoskopi gerekir.

34.Spontan perirenal hemorajiye en sık neden olan ve içerisinde yağ, kas, damar yapıları bulunan böbrek tümörü aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Onkositom
- b) Hamartom
- c) Fibrom
- d) Hemanjiom
- e) Renal hücreli karsinom

Cevap B (*Campbell's Urology, 1998, s.2289-2290*)

Renal anjiyomiyolipom (hamartom) sıklıkla spontan perirenal hemorajiye neden olup tümör içinde yağ, kas ve damar yapıları bulunmaktadır.

35.Prostat kanserinde kemik metastazı en sık hangi kemiklerde olmaktadır?

- a) Lumbal ve torakal vertebra
- b) Kostalar
- c) Kemik pelvisi
- d) Femur başı
- e) Humerus başı

ÜROLOJİ

Cevap A (*Anafarta, Temel Üroloji, 1.baskı, 1998, s.735*)

Prostat kanserinde en sık kemik metastazı lumbal ve torakal vertebralara olmaktadır.

36.Mesane kanserinde kesin tanı yöntemi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Sistoskopi
- b) USG
- c) Sistografi
- d) Biyopsi
- e) İdrar sitolojisi

Cevap D (*İnci, Ürogenital Tümörler, 1.baskı, 1995, s.69*)

Mesane tümörlerinde biyopsi en kesin teşhis yöntemlerinden biridir.

37.Aşağıdakilerden hangisi reno-vasküler hipertansiyonda en sık etyolojik nedendir?

- a) Ateroskleroz
- b) Fibromusküler displazi
- c) Arteriyovenöz fistüller
- d) Renal pitozis
- e) Nonfonksiyone atrofik böbrek

Cevap A (*Anafarta, Temel Üroloji, 1.baskı, 1998, s.857*)

Renovasküler hipertansiyonda en sık neden aterosklerozdur.

38.İnmemiş testislerde en sık gelişen tümör aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Seminom
- b) Embriyonel karsinom
- c) Teratom
- d) Koryokarsinom
- e) Endodermal sinüs tümörü

Cevap A (*Anafarta, Temel Üroloji, 1.baskı, 1998, s.349*)

İnmemiş testislerde en sık görülen tümör seminomadır (%60).

39.Asemptomatik bakteriüride en sık tespit edilen mikroorganizma aşağıdakilerden hangisidir?

- a) E.coli
- b) Pseudomonas aeruginosa
- c) Mycoplasma
- d) Üreoplazma ureliticum
- e) Enterobacter

Cevap A (*Kılıç SS, Asemptomatik Bakteriüri. Enfeksiyon Hastaları Serisi Dergisi, 1999; 2(3):139*)

Asemptomatik bakteriüride en sık tespit edilen mikroorganizma E.coli'dir.

40.Tedavisi yapılan gonokoksik üretritli hastada akıntı, dizüri, kaşıntı devam ediyorsa karşılaşılabilecek en sık etken aşağıdakilerden hangisidir?

- a) E.coli
- b) Chlamydia trachomatis

- c) Mycoplasma genitalism
- d) Trichomonas vaginalis
- e) Candida albicans

Cevap B (*Anafarta, Temel Üroloji, 1.baskı, 1998, s.484*)

Non gonokoksik üretrit en önemli ve en sık etkeni Chlamydia Trachomatis'tir.

41.Taş oluşumunda üriner enfeksiyonun önemli derecede etkilediği taş cinsi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Kalsiyum fosfat
- b) Ürik asit
- c) Struvite
- d) Sistin
- e) Silikat

Cevap C (*Anafarta, Temel Üroloji, 1.baskı, 1998, s.582*)

Magnezyum amonyum fosfat (Struvite) taşları enfeksiyon taşlarıdır.

42.Aşağıdakilerden hangisi acil ürolojik patolojilerden değildir?

- a) Priapizm
- b) Peyronie hastalığı
- c) Parafimozis
- d) Fournier gangreni
- e) Penil fraktür

Cevap B (*Anafarta, Temel Üroloji, 1.baskı, 1998, s.1080*)

Peyronie hastalığı tunika albugineaya kollajen birikimine bağlı olarak gelişir. Plak gelişimini 12-18. ayda tamamlar. İlk planda medikal tedavi uygulanır. Acil bir patoloji değildir.

43.Aşağıdakilerden hangisi testisin germ hücreli tümörü değildir?

- a) Seminom
- b) Embriyonel karsinom
- c) Teratom
- d) Gonadoblastom
- e) Yolk sak tümör

Cevap D (*İnci, Ürogenital tümörler, 1.baskı, 1995, s.143*)

Gonadoblastom, seks, kord/stromal tümörlerdendir.

44.Aşağıdakilerden hangisi Wilms tümörü ile beraber görülen patolojilerden değildir?

- a) Hemihipertrofi
- b) Aniridia
- c) Beckwith-Wiedeman Sendromu
- d) Nörofibromatozis
- e) Prune-Belly Sendrom

Cevap E (*Campbell's Urology, 7.baskı, 1998, s.1917, 2213*)

Wilms tümürlü çocukların %15'inde ilave konjenital anomaliler birlikte olabilir. Wilms tümürlü olguların 1/70'inde aniridia, %2.9'unda hemihipertrofi ve

%2.9'unda da nörofibromatozis görülebilmektedir. Beckwith-Wiedeman Sendromu, visseral oraganomegali ile karakterize olup, bu sendromda Wilms tümörü ve diğer organ neoplazmları sıktır. Prune-Belly sendromu, bilateral kriptoorşitizm, dilate üreter, büyük hipotonik mesane ve abdominal adale yapısının yetmezliği veya yokluğu ile karakterize bir hastalıktır. Malign patoloji yoktur. Bu hastalıkta multistikistik böbrek gibi renal displazi ve hidronefroz gibi renal anomaliler vardır.

45.Aşağıdakilerden hangisi germ hücreli testis tümörü değildir?

- a) Koryokarsinom
- b) Teratoma
- c) Yolk sak tümörü
- d) Leydig hücreli tümör
- e) Seminoma

Cevap D (*Campbell's Urology, 7.baskı, 1998, s.2413*)

Germ hücreli testis tümörleri seminoma, embriyonel karsinoma, teratoma, koryokarsinoma ve Yolk sak tümürüdür. Leydig hücreli tümör nongerminal testis tümürüdür.

46.Atnalı böbrek için aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- a) Böbreğin en sık görülen füzyon anomalisidir.
- b) Böbreğin yapısal anomalisidir.
- c) 1/400 oranında görülür.
- d) Aşırı ekstansiyonda vertebranın isthmusa baskı yapması ağrı oluşturabilir (Rovsing belirtisi).
- e) Her iki böbreğin pelvisi öne doğru bakar pozisyonundadır.

Cevap B (*Smith's General Urology, 14.baskı, 1995, s.579*)

Atnalı böbrek, böbreğin füzyon anomalisi olup 1/400 oranında görülür ve şahsın aşırı ekstansiyonu halinde vertebral isthmusa baskı yaparak ağrı oluşturur. Her iki böbrek pelvisi öne doğru bakar pozisyonundadır. Yapısal anomali yoktur.

47.Testisin germ hücreli tümörlerinden hangisi en sık hematojen yayılım yapar?

- a) Yolk sak tümör
- b) Embriyonel karsinom
- c) Koryokarsinom
- d) Teratokarsinom
- e) Seminom

Cevap C (*Campbell's Urology, 7.baskı, 1998, s.2417*)

Genellikle germ hücreli testis tümörleri tipik olarak lenfatik metastaz gösterirler. Sadece koryokarsinom sıklıkla erken vasküler yayılım ile karakterizedir.

48.BPH (Benign Prostat Hiperplazisi)'nin medikal tedavisinde hangi grup ilaç kullanılabilir?

- a) Sempatomimetikler
- b) Aromataz enzim inhibitörleri
- c) Tip I 5 α redüktaz enzim inhibitörleri
- d) β blokerler
- e) Serotonin geri alım inhibitörleri

Cevap B (*Campbell's Urology, 7.baskı, 1998, s.1460-1473*)

BPH medikal tedavisinde alfa blokerler, androjen süpressörleri ve aromataz enzim inhibitörleri kullanılmaktadır. Androjen süpressörlerinden biri olan 5 α redüktaz enzim inhibitörlerinin 2 tipi mevcut olup Tip II 5 α redüktaz enzim inhibitörleri selektif etkilidirler. Tip I 5 α redüktaz enzimi cilt ve karaciğer gibi ekstra prostatik dokuda yer alıp prostat üzerine etkinliği yoktur. Aromataz enzimi testesteronu 17 beta estradiole ve androstenodionu, estrona dönüştürür. Östrojen BPH patogenezinde önemli rol oynar. Östrojenin etkisini engellemek için aromataz enzim inhibitörleri kullanılmaktadır.

49.Klinik olarak lokalize prostat kanseri tedavisinde radikal prostatektomi öncesi neoadjuvan hormon tedavisi uygulanması aşağıdaki sonuçlardan hangisini sağlar?

- a) Progresyonu önler.
- b) Sağ kalımı olumlu etkiler.
- c) Hastalısız süreyi uzatır.
- d) Pozitif cerrahi marjin oranını azaltır.
- e) Operasyonu kolaylaştırır ve kan kaybını azaltır.

Cevap D (*Campbell's Urology, 7.baskı, 1998, s.2631-2642; Polat, Ürogenital Sistem Tümörleri, 1999, s.45*)

Klinik olarak lokalize prostat kanserinin patolojik olarak organ dışına yayılmış olma olasılığı nedeniyle neoadjuvan hormonal tedavi ile patolojik stage'i düşürme ve pozitif marjin oranını azaltma amaçlanmıştır. Klinik çalışmalar pozitif cerrahi marjin oranını %47'den %22'lere düşürdüğünü ortaya koymuştur.

50.Voiding Sistometride en kötü durum aşağıdakilerden hangisidir?

- a) İdrar akım hızı artar, detrusör basıncı azalır.
- b) İdrar akım hızı azalır, detrusör basıncı azalır.
- c) İdrar akım hızı normal, detrusör basıncı artar.
- d) İdrar akım hızı artar, detrusör basıncı artar.
- e) İdrar akım hızı normal, detrusör basıncı normal

Cevap B (*Smith's General Urology, 14.baskı, 1995, s.523*)

Bu şıkta iki ayrı temel patoloji söz konusudur. İlki detrusör basıncının azalmasına yol açacak mesane detrusör yetmezliği diğeri ise infravezikal obstrüksiyona yol açacak mesane boynu obstrüksiyonudur. Bu iki durum bir arada ise hem mesane detrusör basıncı azalır, hem de idrar akım hızı azalır. İki patoloji bir aradadır.

ÜROLOJİ

51.İnsanlarda tüm spermatogenetik siklusun süresi ne kadardır?

- a) 8 saat
- b) 24 saat
- c) 24 gün
- d) 74 gün
- e) 96 gün

Cevap D (*Smith's General Urology, 14.baskı, 1995, s.742*)

Spermatogenezis; primitif stem cell'lerden başlamaktadır. Buradan sırasıyla spermatogonia, spermatosit, spermatit ve spermatozoalar oluşmaktadır. Her siklus yaklaşık olarak 16 gün sürüp, erken spermatogoniumlardan matür sperm gelişimi için ortalama 4.6 siklus gereklidir. Bu nedenle insanda spermatogenetik siklus süresi $4.6 \times 16 = 74$ gündür.

52.Hipernefroma için aşağıda belirtilen ifadelerden hangisi yanlıştır?

- a) Primer malign erişkin böbrek tümörlerinin %85'ini oluşturur.
- b) Proksimal renal tüp epitelinden kaynaklanır.
- c) Hematüri, lomber ağrı ve kitle triadı birlikte %10-15 olguda görülür.
- d) Oldukça radyosensitif tümörlerdir.
- e) Renal kanserler paraneoplastik eritrositozun en sık sebebidir.

Cevap D (*Polat, Ürogenital Sistem Tümörleri, 1999, s.101*)

Hipernefroma malign erişkin böbrek tümörlerinin %85'ini oluşturur. Proksimal renal tüp epitelinden geli-

şir. Hematüri, lomber ağrı ve kitle triadı kardinal triad olup %10-15 oranında birlikte görülür. Paraneoplastik sendroma ve böylece en sık eritrositoz sebebi olurlar. Hipernefroma oldukça radyorezistan tümördür.

53.Testis tümörleri en sık hangi yolla nereye metastaz yaparlar?

- a) Lenfatik-inguinal bölgeye
- b) Hematojen-lomber vertebralara
- c) Lenfatik-retroperitoneal bölgeye
- d) Hematojen-dalağa
- e) Komşuluk yoluyla-penise

Cevap C (*Campbell's Urology, 7.baskı, 1998, s.2417; Polat, Ürogenital Sistem Tümörleri, 1999, s.116*)

Testis tümörleri en sık lenfatik yol ile retroperitoneal bölge lenf nodlarına yayılım yaparlar.

54.Hangisi veziko-üreteral reflü nedeni değildir?

- a) Ektopik üreter orifisinin oluşu
- b) Prostat kanseri
- c) Prune Belly Sendromu
- d) Komplet üreter duplikasyonu
- e) Trigonal yetmezlik

Cevap B (*Smith's General Urology, 15.baskı, 2000, s.225*)

VUR'un major nedeni trigonun ve üreterin intravezikal kas yapısının incelenerek zayıflamasıdır. Prostat kanseri VUR nedenlerinden değildir.

İLK VE ACİL YARDIM

1. Kardiyopulmoner arrest şüpheli erişkin hasta uyarılara tepki vermiyorsa ilk olarak yapılması gereken nedir?

- Havayolunu açmak
- Yapay solunum yapmak
- 112'yi arayarak yardım çağırarak
- Kalp masajı yapmak
- Ayrıntılı nörolojik muayene yapmak

Cevap C (Tintinalli, Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 5.baskı, 2000, s.44)

Kardiyopulmoner arrest olduğu düşünülen erişkin hastada sırasıyla olgunun tepkisi değerlendirilir; yanıt vermiyorsa yardım çağrılır (acil tıp sistemi aktive edilir - ülkemizde 112 aranır-); havayolu kontrol edilir, kapalı ise açılır; nefes almıyorsa yapay solunum yapılır; dolaşım kontrolü yapılır (karotis veya femoral arterden), nabız yok ise kalp masajı yapılır.

2. Akut myokard infarktüsünde en erken yükselen kardiyak markır hangisidir?

- Kreatin kinaz
- Kreatin kinaz MB
- Myoglobin
- Troponin T
- Troponin I

Cevap C (Tintinalli, Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 5.baskı, 2000, s.344)

Akut myokard infarktüsünde kreatin kinaz 4-8 saatte yükselmeye başlar ve 12-24 saatte pik yapar. MB izoformu ise 4-8 saatte yükselmeye başlayıp total kreatin kinazdan biraz daha önce pik yapar. Myoglobin 3 saat içinde yükselmeye başlar ve 6-8 saat içinde hastaların %80-100'ünde anormal yüksek değere ulaşır. Troponin T ve I ise yaklaşık 6 saatte yükselmeye başlar ve 12 saat içinde pik yapar.

3. Bir travma hastasında yaşamı tehdit edebilecek durumları saptamak için yapılan hızlı değerlendirmeye ne ad verilir?

- Hazırlık
- Birincil muayene
- Resusitasyon
- İkincil muayene
- Kesin tedavi

Cevap B (Tintinalli, Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 5.baskı, 2000, s.1609)

İleri travma yaşam desteği (ATLS) prensiplerine göre travma hastalarının bakımında hazırlık aşamasında

acil tıp sisteminin aktivasyonu ile acil serviste gelecek hasta için hazırlıklar başlatılır. Birincil muayenede yaşamı tehdit edebilecek durumları saptamak için ABCDE yaklaşımı ile hızlı değerlendirme yapılır. Birincil bakıda saptanan patolojiler resusitasyon aşamasında düzeltilir. İkincil muayenede tepeden tırnağa prensibine göre muayene yapılarak mevcut tüm patolojiler saptanır. Kesin tedavi aşamasında ise saptanan patolojilere dönük kesin tedavi yaklaşımları (ameliyat, laserasyon tamiri gibi) uygulanır.

4. Çok fazla sayıda yaralının olduğu afet koşullarında aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Her hastaya ileri yaşam desteği (resusitasyon) yapılır.
- Acil servislerde hemşirelerin otonomisi artırılır.
- Yalnız gerekli hastalar hastaneye yatırılır.
- Radyolojik ve laboratuvar incelemeler önemli bilgileri almak amacıyla kullanılır.
- Hastane öncesinde yalnızca havayolu açıcı manevralar ve eksternal kanama kontrolü yapılır.

Cevap A (Tintinalli, Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 5.baskı, 2000, s.29)

Çok fazla sayıda yaralının olduğu afet koşullarında eldeki olanaklarla en çok sayıda yaralıya hizmet etmek esas prensiptir. Bu nedenle hastane öncesinde yalnızca havayolu açıcı manevralar veya eksternal kanama kontrolü yapılır, resusitasyon yapılmaz. Hastanede öncelikle yaşam şansı olan hastalara müdahale edilir. Bansı az olan hastalara ileri resusitasyon girişimleri yapılmaz. Hemşire gibi yardımcı personelin otonomisi artırılır. Yalnızca gerekli olan hastalar hastaneye yatırılır. Rutin uygulamaları değiştirilir. Laboratuvar ve radyolojik incelemeler yalnızca gerekli hastalarda kullanılır.

5. Salivasyon, lakrimasyon, diaforez, bulantı, kusma, ürinsasyon, defekasyon, kas güçsüzlüğü bulguları hangi tip zehirlenme bulgusudur?

- Opioid
- Sempatomimetik
- Kolinergik
- Antikolinergik
- Serotonin sendromu

Cevap C (Tintinalli, Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 5.baskı, 2000, s.1059)

Opioid zehirlenmesinde santral sinir sistemi depresyonu, miyozis, solunum depresyonu görülür. Sempato-

İLK VE ACİL YARDIM

mimetik zehirlenmelerinde ajitasyon, midriyazis, terleme, taşikardi, hipertansiyon, hipertermi görülür. Kolinerjik zehirlenmelerinde ise salivasyon, lakrimasyon, diaforez, bulantı, kusma, ürinyasyon, defekasyon, kas güçsüzlüğü bulguları görülür. Antikolinerjik zehirlenme durumunda mental durum değişikliği, midriyazis, kuru-kırmızı cilt, idrar retansiyonu, bağırsak seslerinde azalma, hipertermi, mukoz membranlarda kuruluk görülür. Serotonin sendromunda mental durum değişikliği, kas tonusunda artış, hiperrefleksi, hipertermi görülür.

6. Sel, felaket, toplu kaza gibi bir çok kişinin etkilendiği olaylarda yapılan ilk yardım ve kurtarma çalışmaları hangi isim ile adlandırılır?

- a) Triaaj
- b) Komplikasyon
- c) İmmobilizasyon
- d) Disaster medicine
- e) Prehospital care

Cevap D (*Tintinally, Emergency Medicine, 4.baskı, 1996, s.20-22*)

7. Bir felaket durumunda hastane içi uygulamalardan kim sorumludur?

- a) Hastane müdürü
- b) Nöbetçi acil doktoru
- c) Başhekim
- d) Başhemşire
- e) Hastanede bulunan en kıdemli doktor

Cevap C (*Ege, Kaza, Hastalık ve Yaralanmalarda İlk ve Acil Yardım, 2.baskı, 1995, s.62*)

8. Aşağıdakilerden hangisi uzun süre yüksek konsantrasyonda oksijen tedavisinin komplikasyonlarından?

- a) Dağ hastalığı
- b) Vurgun
- c) Akciğer ödemi
- d) Pök
- e) Retrolental fibroplazi

Cevap D (*Heckman, American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2.baskı, 1991, s.111*)

9. "EKG'de normal kalp atımı bulguları vardır. Ancak nabız yoktur." Tanımı hangi durumu ifade eder?

- a) Asistoli
- b) Pulseless electrical activity
- c) Ventriküler taşikardi

- d) Miyokard enfarktüsü
- e) Ventriküler fibrilasyon

Cevap B (*Communis, American Heart Association, 1994, s.22,23*)

10.Triaaj nedir?

- a) Kaza yerinin güvenliğinin sağlanmasıdır.
- b) Kırık olan ekstremitelerin sabitleştirilmesidir.
- c) Üst hava yolunun tıkanmasını önleyen bir manevradır.
- d) CPR sırasında kullanılan bir tür ilaçtır.
- e) "Hasta ayırma" anlamına gelir. Acil müdahale gerektiren hastaları diğerlerinden ayırmaktır.

Cevap E (*Tintinally, Emergency Medicine, 4.baskı, 1996, s.21*)

11.Aşağıdakilerden hangisi turnike kullanılırken dikkat edilmesi gereken durumlardan birisi değildir?

- a) Mümkün olduğunca geniş bir bandaj kullanın ve iyice oturtun.
- b) Deriyi kesebilecek tel vs. kullanmayın.
- c) Turnikenin üzerini kapatmayın. Görülebilmesini sağlayın. Üzerine tarih ve saat yazın.
- d) Turnikenin üzerini kapatmayın, devrettiğiniz personele turnike hakkında bilgi verin.
- e) Turnikeyi diz ve dirseğin distaline yerleştirin.

Cevap E (*Heckman, American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2.baskı, 1991, s.122-123*)

Eğer yapılacaksa turnike tek kemiklerin olduğu bölgelere uygulanmalıdır. Diz ve dirseğin distalinde çift kemikler vardır. Dolayısıyla turnike diz ve dirseğin proksimaline yerleştirilmelidir.

12.Ventriküler fibrilasyon ya da nabızsız ventriküler taşikardi durumunda sodyum bikarbonat kullanımı ile ilgili bilgilerden hangisi yanlıştır?

- a) Aşırı doz ilaç alımında idrarı alkalize etmek için kullanımı Class 1'dir.
- b) Daha önceden bilinen sodyum bikarbonat kullanımına duyarlı asidozu varsa Class 2a'dır.
- c) Uzun süreli kardiyak arrestten sonra spontan kalp atımları dönen hastalarda Class 2b'dir.
- d) Hipoksik laktik asidozda kullanımı Class 3'tür.
- e) Hastanın daha önceden bilinen potansiyel hiperpotasemi durumu varsa Class 1'dir.

Cevap A (*Communis, American Heart Association, 1994, s.17*)

13. Aşağıdakilerden hangisi hastane dışında dış kanamaların kontrolünde kullanılan yöntemlerden birisi değildir?

- a) Kanamanın üzerine direkt olarak bastırılır.
- b) Yara bölgesine giden arter üzerine basılır.
- c) Kanayan damar tutularak bağlanır.
- d) Atel konur.
- e) Yaranın yakınına turnike uygulanır.

Cevap C (*Heckman, American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2.baskı, 1991, s.121*)

Dış kanamaların kontrolünde böyle bir yöntem yoktur. Kanayan damar tutularak bağlanırsa uç uca anastomoz şansını kaybeder. Bu nedenle bağlanmamalıdır.

14. Ateş öyküsü olan bir çocuk, aniden gelişen stridor yakınmasıyla çocuk acil polikliniğine getirildi. Bu hastada aşağıdaki hastalıklardan hangisinin olma olasılığı en düşüktür?

- a) Krup
- b) Trakeit
- c) Epiglottit
- d) Retrofaringeal abse
- e) Laringomalazi

Cevap E (*Fleisher, Textbook of Pediatric Emergency Medicine, 4.baskı, 2000, s.588*)

15. "Kalbinin hızlı atması" yakınması ile çocuk acil polikliniğine anne-babası tarafından getirilen 10 aylık bir kız çocuğunda nabız: 210/dk, kan basıncı: 80/50 mmHg, ateş: 37°C, EKG'de dar QRS kompleksi mevcut ve P dalgası görünmüyor. Bu hastanın tedavisinde aşağıdakilerden hangisinin kullanılması kontrendikedir?

- a) Adenozin
- b) Vagal uyarı
- c) Verapamil
- d) Prokainamid
- e) Digoksin

Cevap C (*Fleisher, Textbook of Pediatric Emergency Medicine, 4.baskı, 2000, s.680*)

16. Toksikasyon tanısı ile acil servise getirilen hasta konvülsiyon geliştiriyor. Diazem, difenilhidantoin ve fenobarbital tedavisine cevap vermiyor. Ancak piridoksine cevap veriyor. Hasta aşağıdaki ilaçlardan hangisini yüksek dozda almıştır?

- a) Etambutol
- b) Rifampisin
- c) Isoniazid
- d) Streptomisin
- e) Digoksin

Cevap C (*Goldfrank's Toxicologic Emergencies. 1998, s.738-740*)

17. Travmalarda acil servise başvuran hastalarda yapılan rektal muayenede prostatın yer değiştirmesi neyi düşündürür?

- a) Üretra rüptürü
- b) Mesane perforasyonu
- c) Üreter rüptürü
- d) Eksternal sfinkter yaralanması
- e) Rektum (içi boş organ) perforasyonu

Cevap A (*Tintinalli, Emergency Medicine, 1996, s.1127-1131*)

18. Beta bloker kullanımına bağlı anafilaktik şok nedeniyle acil serviste bulunan hastaya yüksek doz adrenalin ve 2000 cc ringer laktat verilmiştir. Kan basıncı: 60/40 mmHg olarak devam eden hastaya bundan sonraki tedavi aşamasında ilk seçeceğimiz hangisidir?

- a) Adrenalin 0.3-0.5 cc iv (1/100.000)
- b) Aminofilin 15-16 mg/kg/iv
- c) Albuterol (2.5 mg nebulize)
- d) Glukagon 1 mg iv
- e) Diphenhydramine 25-50 mg iv

Cevap D (*Tintinalli, Emergency Medicine, 5.baskı, 2000, s.245*)

19. Myokard infarktüsünde fibrinolitik tedavi kullanımı için mutlak kontrendikasyon teşkil etmeyen aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Geçirilmiş hemorajik strok
- b) Aort disseksiyonu şüphesi
- c) Diabetik retinopati
- d) İntrakranial neoplazi (bilinen)
- e) Aktif peptik ülser

Cevap E (*Tintinalli, Emergency Medicine, 5.baskı, 2000, s.366-373*)

20. Yüksekten düşme nedeniyle acil servise getirilen 28 yaşındaki erkek hastanın yapılan muayenesinde ağrı ile gözler açılmıyor, anlamsız sesler çıkarıyor ve fleksor yanıt alınıyor bu hastanın Glasgow Koma Skalası (GKS) kaçtır?

- a) 3
- b) 5
- c) 7
- d) 9
- e) 11

Cevap C (*Tintinalli, Emergency Medicine, 5.baskı, 2000, s.247-1*)

- 21.62 yaşındaki erkek hasta acil servise ani başlayan konuşma bozukluğu ve sol tarafta güçsüzlük şikayetleri nedeniyle getiriliyor. Yapılan muayenesinde konuşma bozukluğunun yanında bacakta kola göre daha fazla olmak üzere sol tarafta güç kaybı ayrıca sola babinski pozitif bulunuyor. Lezyon hangi damar ya da hangi damarın beslediği alandır?
- Anterior serebral arter
 - Orta serebral arter
 - Posterior serebral arter
 - Baziler arter
 - Lateral serebral arter

Cevap A (*Tintinalli, Emergency Medicine, 5.baskı, 2000, s.1433*)

- 22.İntoksikasyon şüphesi ile acil servise getirilen 35 yaşındaki bayan hastanın yapılan muayenesinde uykuya meyilli olup, ağız kuru ve solunum sıkıntısı vardır. Kan basıncı: 90/60 mmHg, Nabız: 120/dak olan hastanın muayene sırasında jeneralize nöbet geçirdiği gözlenmiştir. Çekilen EKG'de sinüzal taşikardi ve QRS genişliği izlenen hastada en olası intoksikasyon nedeni hangisidir?
- TCA
 - MAO inhibitörleri
 - Lityum
 - Benzodiazepin
 - Non-steroidal antiinflatuar

Cevap A (*Tintinalli, Emergency Medicine, 5.baskı, 2000, s.1063-1072*)

- 23.Aşağıdaki ilaçlardan hangisi ventriküler fibrilasyon algoritminde yer almaz?
- Epinefrin
 - Atropin
 - Lidokain
 - Bretilyum
 - Magnezyum

Cevap B (*Tintinalli, Emergency Medicine A Comprehensive Study Guide, 4.baskı, 1996, s.152*)

- 24.Acil servise solunum sıkıntısı nedeni ile gelen hastanın TA: 140/95 mmHg, nabız: 118 dk, solunum sayısı: 29/dk, sO₂: %90 Orta derecede siyanozu mevcut, solunum sesleri azalmış, wheezing ve yaygın ronküsler duyulmakta. Diğer sistem muayeneleri normal olan hastanın tedavi yaklaşımında aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?
- Oksijen
 - Albuterol
 - Metilprednizolon
 - Terbutalin
 - Morfin

Cevap E (http://emedicine.com/emerg/topic43_pr.htm)

- 25.Akut inferior myokard enfarküsü tanısı konan bir hastada sağ tutulum varsa aşağıdaki tedavi seçeneklerinden hangisi endike değildir?
- Nitrogliserin
 - Oksijen
 - Aspirin
 - Heparin
 - Metaprolol

Cevap A (http://emedicine.com/emerg/topic31_pr.htm)

- 26.Aşağıdakilerden hangisi unstabl angina pectoris kriterlerinden değildir?
- İlk göğüs ağrısı
 - İstirahatte gelen göğüs ağrısı
 - Nitrogliserin ihtiyacının artması
 - Bıçak saplanır tarzda atipik göğüs ağrısı
 - Ağrının daha az eforla daha sık gelmesi

Cevap D (*Tintinalli, Emergency Medicine A Comprehensive Study Guide, 4.baskı, 1996, s.326*)

- 27.Aşağıdaki parametrelerden hangisi diabetik ketoasidoz tanımında yer almaz?
- Hiperglisemi
 - Bikarbonat artışı
 - Düşük pH değeri
 - Ketonenemi-ketonüri
 - Dehidratasyon

Cevap B (*Tintinalli, Emergency Medicine A Comprehensive Study Guide, 4.baskı, 1996, s.947*)

- 28.Aşağıdakilerden hangisi diabetik ketoasidoz tanı kriterlerinden değildir?
- Serum glukozu >250 mg/dL
 - Kan pH <7.3
 - Serum bikarbonat <15 mEq/L
 - Serum osmolarite >310 mosm/kg
 - Serumda ketonlar pozitifdir.

Cevap D (*Karam, Current Medical Diagnosis and Treatment, 39.baskı, 2000, s.1186-1191*)

- 29.Acil hipoglisemi komasında aşağıdakilerden hangisini kullanmak doğru değildir?
- %30-50 glukoz solüsyonu
 - Glukagon
 - Hidrokortizon
 - Mannitol
 - Fruktoz solüsyonu

Cevap E (*Regland, Emergency Medicine a Comprehensive Study Guide, 1996, s.939-946*)

Fruktozu diabetik hipoglisemide kullanmak, düşük kalorili bir şeker olması ve kan-beyin bariyerini yeterince geçememesi nedeniyle doğru değildir.

30. Multitравmalı hastanın ilk değerlendirmesinde havayolu (A) kontrolü sonrası solunum (B) değerlendirmesi esnasında ve dolaşım (C) değerlendirmeden önce akla gelmesi gereken 6 öncelikli tanı vardır. Aşağıdakilerden hangisi bu öncelikli tanılardan değildir?

- a) Künt torasik aort yaralanması
- b) Yelken göğüs
- c) Kalp tamponadı
- d) Tansiyon pnömotoraks
- e) Açık emici göğüs yaralanması (penetran travma)

Cevap A (*Mattox, Travma, 4.baskı, 2000, s.159*)

31. Kardiyopulmoner resüsitasyon sırasında damar yolu açamadığınızda endotrakeal olarak yapabileceğiniz resusitasyon ilaçları aşağıdakilerden hangileridir?

- a) Epinefrin, bikarbonat, lidokain
- b) Epinefrin, kalsiyum, atropin
- c) Epinefrin, atropin, lidokain
- d) Atropin, bikarbonat, lidokain
- e) Atropin, kalsiyum, bikarbonat

Cevap C (*Schoemaker, Resuscitation and Medical Emergencies in Textbook of Critical Care, 4.baskı, 2000, s.9-26*)

32. Aşağıdakilerden hangisi, nöromusküler hastalıklarda görülen dispnenin klinik özelliklerinden birisi değildir?

- a) Başağrısı, güçsüzlük, yorgunluk ve konfüzyon sıklıkla dispneye eşlik eder.
- b) Akciğerlerde sıklıkla yaygın ral ve ronküsler vardır.
- c) Hasta yardımcı solunum kaslarını (pektoral, skalen, stemokloidmastoid, nazal levatorlar) kullanma çabası içerisindedir.
- d) Paradoksal abdominal hareketler ve interkostal ve suprasternal çekilmeler gözlenir.
- e) Dispne uykuda kötüleşir.

Cevap B (*Bella I, Chad DA. Neuromuscular disorders and acute respiratory failure. Neurol Clin 1998; 16:391-417*)

Akciğer parankimi normal olduğundan, akciğerler sıklıkla dinlemekle normaldir.

33. Aşağıdaki ilaçlardan hangisinin akut akciğer ödemi tedavisinde yeri yoktur?

- a) IV morfin
- b) %100 konst. O₂
- c) Klorpromozin
- d) IV loop diüretikleri
- e) Na⁺ nitroprussid

Cevap C (*Harrison's Principles of Interny Medicine, 1998*)

34. Aşağıdakilerden hangisi acil diyaliz endikasyonu değildir?

- a) Üremik ensefalopati
- b) Üremik akciğer
- c) Metabolik asidoz
- d) Üremik perikardit
- e) Metabolik alkaloz

Cevap C (*Harrison's Principles of Interny Medicine, 1998*)

35. Hangisi konjestif kalp yetmezliğinin majör bulgusu değildir?

- a) PND
- b) Kardiyomegali
- c) Hepatomegali
- d) S3
- e) Pozitif hepatojüğüler reflü

Cevap C (*İliçin, Temel İç Hastalıkları, 1996*)

36. Aşağıdakilerden hangisi mekanik ventilasyon endikasyonlarından değildir?

- a) Kardiyopulmoner arrest
- b) Yüksek kontrasyonda O₂ tedavisine rağmen PaO₂ 60 mmHg olması
- c) Yetersiz alveoler ventilasyon (yüksek PaCO₂ ve pH (7.3)
- d) Solunum ile kompanse edilemeyen metabolik asidoz (pH (7.3)
- e) Respiratuvar asidoz

Cevap E (*İliçin, Temel İç Hastalıkları, 1996*)

37. Göğüs travması komplikasyonlarından en az görüleni hangisidir?

- a) Hemotoraks
- b) Pulmoner kontrasyon
- c) Skapula kırığı
- d) Büyük damar yaralanmaları
- e) Pnömotoraks

Cevap C (*İliçin, Temel İç Hastalıkları, 1996*)

GENEL CERRAHİ

1. Aşağıdakilerden hangisi Akut Böbrek Yetmezliği'nde beklenen değişikliklerden değildir?
- Trombosit disfonksiyonuna bağlı koagülopati
 - Metabolik asidoz
 - Hiperkalemi
 - Hipermagnezemi
 - Hiperkalsemi

Cevap E (Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, s.441)

ABY'de görülen metabolik değişiklikler, volüm yüklenmesi, hiperkalemi, hiponatremi, metabolik asidoz, hiperfosfatemi, hipokalsemi ve hipermagnezemi.

2. Aşağıdakilerden hangisi kolon Ca için yanlıştır?
- Peritoneal refleksinin altında yerleşen tümörlerde 5 yıllık yaşam genellikle refleksinin üzerindeki tümörlerden daha düşüktür.
 - Gençlerdeki tümörler genellikle ileri evrede ve yüksek gradeli oldukları için prognozları kötüdür.
 - Müsinöz kanserler non-müsinöz olanlara oranla daha kötü prognoza sahiptir.
 - Duke's sınıflandırmasından bağımsız olarak obstrüksiyonun olması kötü prognoz işaretidir.
 - Ekzofitik lezyonlar endofitik olanlara oranla daha iyi prognoza sahiptir.

Cevap E (DeVita, Principles and Practice of Oncology, 5.baskı, 1996, s.1144-1197)

Ekzofitik tümörler bağırsak duvarına daha az penetrasyon gösterirler, nodal ve hematogen metastaz yapma sıklıkları da daha düşüktür. Bu nedenle prognozları daha iyidir.

3. Aşağıdakilerden hangisi kolonik lenfoma ile ilgili olarak yanlıştır?
- HIV bağımlı non-Hodgkin lenfoma gastrointestinal kanalda sıkça gözlenir.
 - Kolonik tutulumun en sık gözleendiği yer rektosigmoid bölgesidir.
 - Lezyonlar sıklıkla submukozaldır, bu nedenle yüzeysel kolonoskopik biyopsiler diyagnostik değildir.
 - Hücre tipine göre histiyositik, lenfositik, mikshücreli ve Hodgkin hastalığı şeklinde kalsifiye edilirler.
 - Hastaların %20'si obstrüktif semptomlarla başvururlar.

Cevap B (Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, s.1265)

Kolonik tutulumun en sık gözleendiği yerler çekum ve rektumdur.

4. Pozitif end ekspiratuvar basınç (PEEP) ventilasyonun etkileri arasında aşağıdakilerden hangisi en az muhtemeldir?
- Azalmış pulmoner şant
 - Azalmış ekstravasküler akciğer sıvısı
 - Fonksiyonel rezidüel kapasitede artış
 - Artmış oksijenasyon
 - Artmış akciğer kompliyansı

Cevap B (Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, s.263)

PEEP ventilasyonunun akciğer sıvısını azalttığına dair bir bulgu yoktur. Yukarıda sayılan şıklara ek olarak ventilasyon perfüzyon oranını artırması sayılabilir.

5. Aşağıdaki otokoidlerden hangisi bronkodilasyona yol açmaz?
- LTC₄
 - LTD₄
 - PGE₂
 - PGF_{2α}
 - TXA₂

Cevap C (Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, s.263)

Eikasonoid tipi otokoidlerin (PG'ler, LT'ler, Tromboksanlar, HETE'ler) birbirinden farklı, bazen ters etkileri vardır. LTC₄, LTD₄, PGF_{2α} ve TXA₂ bronkokonstriktör ve vazokonstriktör ajanlar olmasına rağmen, PGE₂ ve PGI₂ bronkodilatör ve vazodilatör etkiye, PGD ise vazodilatör etkiye sahiptir.

6. Aşağıdaki enfeksiyonlardan hangisinde Penisilin G tedavisi ilk seçenek olarak düşünülmez?
- Enterokok endokarditi
 - Staf. epidermidis
 - Bakteroides suşları
 - Acinetobacter
 - Actinomyces

Cevap D (Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, s.123)

Enterokok endokarditinde ilk seçenek Pen G veya Ampisilin + Gentamisindir. Penisilinaz üretmeyen S. aureus ve epidermidislerde, Strep. pyogenes, grup B Strep., S. viridans, Peptostreptokok, S. bovis, Pnömokok, Bacteroides oral suşları ve Actinomyces israelli'de Penisilin G tedavisi ilk seçenek adayları arasındadır. Acinetobacter tedavisinde ise ilk seçenek imipenemdir.

7. Doğru olanı seçiniz.

- a) Eroziv gastritin en önemli bulgusu epigastrik ağrıdır.
- b) Gastrinomaların %60'ını solid adenomlar oluşturur.
- c) Pernisiyöz anemide gastrin düzeyi yükselir.
- d) Atrofik gastritte hem gastrin düzeyi hem de bazal asit output düzeyi yüksektir.
- e) Lenf tutulumu olmadan mukozada sınırlı mide Ca'ya erken mide Ca denir.

Cevap C (Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.1191-1212)

Eroziv gastritin en önemli bulgusu üst gastrointestinal sistem kanamasıdır.

Gastrinomaların %60'ını non β hücre adacık karsinomu oluşturur.

Atrofik gastritte bazal asit out-put düzeyi yüksek olmaz.

Erken mide karsinomu lenf nodu tutulumuna bağlı değildir.

8. Aşağıdaki hastalıklardan hangisi duodenal ülser etyolojisinde suçlanamaz?

- a) Üremi
- b) Siroz
- c) Hiperparatiroidizm
- d) Yanık
- e) Epigastrik herni

Cevap E (Sabiston, Textbook of Surgery, 13.baskı, s.822)

Peptik ülser epigastrik herni dışındaki patolojilere eşlik edebilir.

9. Hangisi kesin splenektomi endikasyonu değildir?

- a) Splenik tümörler
- b) Abseler
- c) Polisitemia vera
- d) Herediter sferositoz
- e) ITP

Cevap C (Norton, Surgery, s.771)

Polisitemia vera'da splenektomi kontrendikedir.

10. Alt GİS kanamaları için yanlış işaretleyiniz.

- a) Okkült kanamalar gaytada gizli kan varlığı veya demir eksikliği ile seyreder.
- b) 60 yaşın altında kolon Ca ve polipler en sık kanama nedenidir.
- c) Aktif kanamada acil kolonoskopi endikasyonu vardır.
- d) Enteroklizis, durmuş GİS kanamasında ilk tercih edilecek teşhis yöntemidir.
- e) Altmış yaş üstünde vasküler ektaziler, massif alt gastrointestinal sistem kanamasının en sık nedenidir.

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 1.baskı, 1991, s.608)

Kolonoskopi, arteriografi, kanama sintigrafisi, kontrastlı kolon ve incebağırsak grafileri ve endoskopilerin negatif olduğu hastalarda kanama odağını bulmak için enteroklizis yapılabilir.

11. Cerrahi tedaviyi takiben en düşük ülser nüksü aşağıdaki operasyonlardan hangisinden sonra görülür?

- a) Subtotal gastrektomi
- b) Vagotomi+Antrektomi
- c) Vagotomi+Piloroplasti
- d) Total gastrektomi
- e) High selektif vagotomi

Cevap D (Baskan, Sorularla Cerrahi, 1.baskı, 1994, s.152)

Cerrahi tedaviyi takiben ülser nüks oranları şu şekildedir;

Subtotal gastrektomide %1-2

Vagotomi+Antrektomide %1-2

Vagotomi+Piloroplastide %10

Total gastrektomide %1'den az

High selektif vagotomide %10-15

12. Aşağıdaki meme malignitelerinden hangisinde bilateral yerleşim daha sıktır?

- a) İn situ duktal karsinoma
- b) İnfiltratif duktal karsinoma
- c) İnfiltratif lobüler karsinoma
- d) Paget's hastalığı
- e) Meme sarkomu

Cevap C (Schwartz, Principle of Surgery, 7.baskı, 1999, s.395)

Lobüler karsinomlar da multisentrisite, multifokalite ve bilateral gelişim konusunda dikkatli olunmalıdır.

13. Aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) İnvagine olmuş bağırsak kısmı (boudin) anüsten dışarı hiç çıkmaz.
- b) İnvaginasyonda mutlaka erken cerrahi girişim yapılmalıdır.
- c) İnvaginasyonda cerrahi girişim uygulandığında her olguda rezeksiyon yapılır.
- d) Sigma volvulusundaki asimetric şişkinlik sol inguinal bölge ile sol hipokondrium arasındadır.
- e) Dolaşımı bozulmamış bağırsak mukozasından toksinler rezorbe olur.

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.cilt, 1996, s986, 1674-1675)

İnvagine kısım anüsden çıkabilir. İnvaginasyonda tedavi konservatif veya cerrahi olabilir, her vakada erken cerrahi girişime gerek yoktur. Cerrahi girişimde öncelikle redüksiyon yapılır, bağırsak kanlanması normale rezeksiyon yapılmaz. Toksinler ancak dolaşımı bozulmuş bağırsak mukozasından rezorbe olur.

14. Aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) İntestinal tip mide kanserleri peritona diffüz tip mide kanserleri karaciğere metastaz yaparlar.
- b) Mide kanserlerinin klinik semptomları geç ortaya çıkar.
- c) Yüzeysel mide kanserlerinde lenf bezi metastazı hiç yoktur.
- d) Mide kanserlerinin tanısında endosonografiye az güvenilir.
- e) Krukenberg tümörü mide kanserlerinin implantasyonu metastazı tarzında oluşur.

Cevap E (Schwartz, Principles of Surgery, 4.baskı, s.1770; Sayek, Temel Cerrahi, 2.baskı, 1996, s.1049-1053)

İntestinal tip mide kanserleri karaciğere, diffüz tip mide kanserleri peritona daha sık metastaz yaparlar. Mide kanserlerinde erken dönemde epigastrik bölgede rahatsızlık hissi vardır. Yüzeysel mide kanserlerinde lenf bezi metastazı olabilir. Tanıda endosonografi güvenilir bir yöntemdir.

15. Sağ alt kadranda ağrı ve ishal şikayetleri olan bir hastada Crohn hastalığı şüplendiniz. Hangi tetkik size yardımcı olur?

- a) Lökosit sayısı
- b) BT
- c) Mezenterik angiografi
- d) İnce bağırsak pasaj grafisi
- e) Ameliyatta anlaşılır.

Cevap E (Cerrahi, 2.cilt, s.190)

16. Hangisinde obturatuvar test pozitif değildir?

- a) Meckel divertikülüti
- b) Pelvik inflamatuvar hastalık
- c) Pelvik apendisit
- d) Akut salpenjit
- e) Pelvik abse

Cevap A (Engin, Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri, 1.baskı, 2000, s.529)

17. Aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Medüller tiroid kanserleri en çok lenfatik metastaz yapar.
- b) Folliküler tiroid kanserleri gençlerde daha sık görülür.
- c) Papiller tiroid kanserleri uzak metastaz yapmazlar.
- d) Sporadik medüller tiroid kanserleri multifokal özelliğe sahiptir.
- e) Hurthle hücreli kanserler tirokalsitonin salgılar.

Cevap A (Schwartz, Principles of Surgery, 4.baskı, s.1571; Sayek, Temel Cerrahi, 2.baskı, 1996, s.1552,1555,1560)

Folliküler tiroid kanserleri ileri yaşlarda, en çok 50 yaşlarında görülür. Papiller tiroid kanserleri uzak metastaz yapabilirler. Sporadik medüller tiroid kanserleri tek taraflıdır. Hurthle hücreli kanserler tirokalsitonin salgılamaz.

18. Aşağıdakilerden hangileri I (iyot) 131 tedavisine olumlu cevap verir?

- a) Papiller kanser
- b) Medüller kanser
- c) Hurthle hücreli kanser
- d) Anaplastik kanser
- e) Metastaz yapmış medüller kanser

Cevap A (Schwartz, Principles of Surgery, 4.baskı, s.1572)

I 131 tedavisi differansiye tiroid kanserlerinde kullanılır.

19. Safra taşlarının oluşumunda rol oynamayan hangisidir?

- a) Kolesterol süpersaturasyonu
- b) Mikrokristal oluşumu
- c) Nükleasyon
- d) Escherichia coli enfeksiyonu
- e) Lesitin artışı

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.baskı, 1996, s.1283, 1284)

Lesitin kolesterolle birleşerek erime özelliği kazandırır, lesitin yetersiz ise kolesterol çöker ve kolesterol taşları meydana gelir. Diğer nedenler safra taşı oluşumunda rol oynar.

20. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Mide kanserlerinin cerrahi tedavisinde palyatif amaçlı total gastrektomi yapılmaz.
- b) Mide kanserlerinin evre I tümörlerinde lenf bezi metastazı yoktur.
- c) Yüzeysel mide kanserlerinde lenf bezi metastazı olabilir.
- d) Krukenberg tümörü saptanan inoperabl mide kanserlerinde palyatif amaçlı girişim yapılabilir.
- e) N1 lenfatikleri perigastrik lenf bezleridir.

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.baskı, 1996, s.1049-1053; Türkiye Klinikleri, Cerrahi, 1.baskı, 1996, s.357-370)

Evre I mide tümörlerinde lenf metastazı yoktur. Yüzeysel mide kanserlerinde lenf bezi metastazı olabilir. N1 lenfatikler perigastrik lenf bezleridir. İnoperabl mide kanserlerinde palyatif girişimler yapılabilir. Cerrahi tedavide tümör kitlesini küçültmek amacı ile total gastrektomi yapılabilir.

21. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Medüller tiroid kanserleri TSH süpresyonuna cevap vermezler.
- b) Medüller tiroid kanserlerin sporadik olanları %30 oranında görülür.
- c) Anaplastik tiroid kanserleri, I (iyod) eksikliği olan yörelerde daha çok görülür.
- d) Basedow Graves hastalığı otoimmün bir hastalıktır.
- e) Ailevi guatrda hem otozomal dominant hem de ressesif olarak taşınır.

Cevap C (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.baskı, 1996, s.1542,1546,1558-1562,1564-1566; İşgör, *Tiroid Hastalıkları ve Cerrahisi*, 2000, s.426)

Ailevi guatrda enzim defekti genellikle ressesif, seyrek olarak da dominant geçer. Basedow Graves hastalığı otoimmün bir hastalıktır. Medüller tiroid kanserleri TSH süpresyonuna cevap vermezler. Medüller tiroid kanserlerin sporadik olanları %30 civarında görülür. Anaplastik tiroid kanserlerinin I (iyod) eksikliği ile ilişkisi yoktur.

22. Aşağıdakiler mide kanserlerinde premalign lezyonlardır. Hangisi yanlıştır?

- a) Kronik atrofik gastrit
- b) İntestinal metaplazi
- c) Hiperplastik mide polipleri
- d) Hipogammaglobulinemi
- e) Menetrier hastalığı

Cevap C (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.baskı, 1996, s.1049-1050; *Türkiye Klinikleri, Cerrahi*, 1.baskı, 1996, s.349,359)

Hipogammaglobulinemi mide kanserinde premalign değildir. Diğerleri premalign lezyonlardır.

23. Aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) İndifferansiye tiroid kanserleri TSH'ya bağımlı değildir.
- b) Sporadik medüller tiroid kanserleri ailevi özellik taşımaz.
- c) Papiller tiroid kanserleri indifferansiye tiroid kanserlerine dönüşmez.
- d) Folliküler tiroid kanserleri gençlerde görülür.
- e) Medüller tiroid kanserleri radyoterapiye cevap verirler.

Cevap B (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.baskı, 1996, s.1555,1560,1564,1565; İşgör, *Tiroid Hastalıkları ve Cerrahisi*, 2000, s.431)

Yapılan çalışmalarda indifferansiye tiroid kanserlerinin TSH'ya bağımlı olduğu görülmüştür. Papiller tiroid kanserlerinde anaplastik dönüşüm olabilir. Folliküler tiroid kanserleri daha çok yaşlılarda görülür. Medüller tiroid kanserlerinde radyoterapi veya radyoaktif iyot tedavisinin yeri gösterilememiştir.

24. Karaciğer transplantasyonunun endikasyonlarından olmayan hangisidir?

- a) Primer biliyer siroz
- b) Sklerozan kolonjit
- c) Alkolik siroz
- d) Kronik hepatit
- e) Hiçbiri

Cevap C (Norton, *Surgery*, s.1404)

25. Aşağıdaki özofageal lezyonlardan hangisi prekanserözdür?

- a) Özofageal divertikül
- b) Mallory-Weise sendromu
- c) Özofageal striktür
- d) Barret özofagusu
- e) Peptik özofajit

Cevap D (Sayek, *Genel Cerrahi*, 1.cilt, s.1025)

Barret özofagusunda derin ve geniş ülserler mevcuttur. %60 olguda alkalen reflü vardır. Bunlar prekanseröz lezyonlardır.

26. Pök ile ilgili açıklamalardan yanlış olanı seçiniz.

- a) Hipovolemik şokta ekstremiteler soğuk ve so-luktur.
- b) Septik şokta hastanın derisi sıcak ve hiperemiktir.
- c) Pökta hiperglisemi gelişir.
- d) Septik şokta primer patoloji vasküler permeabilite artışıdır.
- e) Pök'un her çeşidinde erkenden vazopressör ajanlara başlanmalıdır.

Cevap E (Schwartz, *Principles of Surgery*, 7.baskı, 1999)

27. Aşağıdakilerden hangisinde kanda direkt bilirubin artar?

- a) Hemolitik ikter
- b) Dubin-Johnson
- c) Gilbert hastalığı
- d) Crigler-Najjar hastalığı
- e) Herediter sferositöz

Cevap B (Schwartz, *Principles of Surgery*, 4.baskı, 2.cilt, 1984, s.1056)

Dubin-Johnson sendromunda konjuge olan bilirubin atılımı bozuktur. Kanda direkt ve indirekt bilirubin artar. Dışkı rengi açılır, idrar rengi koyulaşır. Kolestaz mevcuttur.

28. Genetik bakımdan aynı olan bireyler arasında doku nakline ne ad verilir?

- a) Ototransplantasyon
- b) Allograft transplantasyon
- c) İzotransplantasyon
- d) Heterotransplantasyon
- e) Homotransplantasyon

Cevap C (Norton, *Surgery*, s.1404)

29. Aşağıda belirtilen yöntemlerden hangisi ekstrahepatik sarılığın nedenini belirlemede en güvenilir yöntemdir?

- a) Splenoportografi
- b) Laparoskopi
- c) Perkütan transhepatik kolanjiografi
- d) Duodenum tubajı
- e) IV kolonjiografi

Cevap C (Schwartz, Principles of Surgery, 4.baskı, 2.cilt, 1984, s.1057)

Perkütan transhepatik kolanjiografi (PTK) duktal dilatasyonların ve obstrüksiyonların seviyesi ve lokalizasyonu hakkında bize güvenilir bilgi veren bir metottür.

30. Hiperdinamik septik şokta aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Hipotansiyon
- b) Yüksek kardiyak output
- c) Düşük volüm ve CVP
- d) Vazodilatasyon
- e) İlik ve kuru ekstremiteler

Cevap C (Sayek, Genel Cerrahi, 1.cilt, s.134-135)

Septik şokun hiperdinamik fazında volüm normal ve CVP yüksektir.

31. Sekonder toksik guatrda görülmeyen hangisidir?

- a) Taşikardi
- b) Tremor
- c) Sinirlilik
- d) Ekzoftalmus
- e) Tiroid hormonlarının yükselmesi

Cevap D (Engin, Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri, 1.baskı, 2000, s.755)

32. Gastroözefagial reflüyü önleyen üç önemli mekanizma aşağıdakilerden hangi şıkta olmaktadır?

- a) Diafragma sağ krusu, diafragma sol krusu, laimer bağı
- b) Laimer bağı, sağ krus, his açısı
- c) Laimer bağı, sol krus, his açısı
- d) Alt özofagus sfinkteri, özofageal clearing, iyi fonksiyonlu gastrik rezervuar
- e) Valv mekanizması, mukozal rozet, his açısı

Cevap D (Schwartz, Principles of Surgery, 4.baskı, 1984, s.1067)

Gastroözofageal reflüyü önleyen mekanizmalar alt özofagus sfinkteri, özofageal clearance ve iyi fonksiyon yapan gastrik rezervuardır. Gastroözofageal reflüyü anatomik olarak ise his açısı, mukozal rozet, valv mekanizması, laimer bağı, intragastrik basınç artışına neden olan durumlar engeller.

33. İnatçı pik yapan ateş neyin işaretidir?

- a) Peptik ulcus perforasyonu
- b) Akut pankreatit
- c) Karın içi apse
- d) Ülseratif kolit
- e) Mezenter damar tıkanması

Cevap C (Sindirim Sisteminin Acil Cerrahi Hastalıkları, 1993, s.159-165)

34. Aşağıda belirtilen ifadelerden hangisi yanlıştır?

- a) İndirekt fitik kesesi kordon elemanları içindedir.
- b) Direkt fitik kesesi arka duvardan direk inguinal kanalın içine girer.
- c) İndirekt fitik kesesi büyüyerek skrotum içine inebilir.
- d) Konjenital indirekt inguinal herni skrotum içine inebilir.
- e) Direkt herni büyüdüğünde skrotum içine inebilir.

Cevap B (Schwartz, Principles of Surgery, 4.baskı, 2.cilt, 1984, s.1458-1459)

İndirekt herniler kordonun anteromedialinden skrotuma inerken direkt herniler fascia transversalisten çıkarlar, ancak direkt inguinal kanalın içine girmezler.

35. Aşağıdakilerden hangisi gastroözefagial reflü sonucu gelişen peptik ösefajitin komplikasyonu değildir?

- a) Özefagus orta kısım divertikülü
- b) Özefagus stenozu
- c) Kısalmış özefagus
- d) Barret özefagus
- e) Respiratuvar aspirasyon

Cevap A (Schwartz, Principles of Surgery, 4.baskı, 2.cilt, 1984, s.1358-1359)

Peptik özefajitin komplikasyonların arasında kanama, reversible ve irreversible stenoz, kısalmış özefagus, respiratuvar aspirasyon, özefagus motilitesinde bozukluk ve Barret özofagusu yer alır.

36. İndirekt inguinal hernilerde aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Kanal arka duvardan çıkar.
- b) Femoral kanaldan uyluğa geçer.
- c) Duvarında mesane bulunabilir.
- d) İnternal ringden kordon içine girer.
- e) İndirekt hernilerin tümü skrotuma iner.

Cevap D (Schwartz, Principles of Surgery, 4.baskı, 2.cilt, 1984, s.1458)

İndirekt inguinal herniler internal ringden kordon içine girerken, direkt herniler fascia transversalisten çıkarlar. Femoral kanaldan geçen herniler ise femoral tip hernilerdir.

37. Pankreas psödokisti için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Akut pankreatitten 2-3 hafta sonra gelişebilirler.
- b) Kistin çevresi pankreas duktus epiteli ile çevrilidir.
- c) İçinde nekrotik artıklar, kan bulunur.
- d) Travmatik yaralanmalardan sonra gelişebilirler.
- e) Pankreas duktusu ile ilişkili olabilirler.

Cevap B (*Schwartz, Principles of Surgery, 4. baskı, 2. cilt, 1984, s.1358-1359*)

Bunlar gerçek kist değıllerdir. Epitelleri yoktur. %75 pankreatit sonrası, %25 travma sonrası oluşurlar.

38. Aşağıdakilerden hangisi pankreatik psödokist komplikasyonları arasında yer almaz?

- a) Rüptüre olması
- b) Gastrointestinal obstrüksiyon
- c) İntrakistik kanama
- d) Abse
- e) Akut pankreatit

Cevap E (*Current, Surgical Diagnosis and Treatment, 1996, s.527-28*)

Tedavi edilmemiş pankreatik psödokistin komplikasyonları;

İntrakistik kanama, basıya bağlı olarak obstrüksiyon, kistin rüptürü ve kistin enfeksiyonu olarak sayılabilir.

39. Hiatus hernileri için hangisi yanlıştır?

- a) Büyük çoğunluğu sliding tip hiatal hernilerdir.
- b) Mikst tip hiatal herniler paraözefagial herni gibi değerlendirilmelidir.
- c) Sliding tip hiatal hernilerde reflü ön plandayken paraözefagial hernilerde reflü nadirdir.
- d) Paraözefagial hernilerde tedavi cerrahidir.
- e) Frenooözefagial membranın altında kalan intra-abdominal özefagus segmenti normal uzunlukta dır.

Cevap C (*Sayek, Temel Cerrahi, 1993, s.678-80*)

Sliding herniler reflü ösefajite neden olmazlar. Reflü ösefajit aşağı ösefajial sfinkterin motor fonksiyonunun ve kas yapısının bozulması ile oluşur.

40. Anal fissür için hangisi yanlıştır?

- a) Anorektumun en ağırlı hastalığı olup akut anal fissürler tıbbi tedaviye cevap verirler.
- b) 3 haftayı geçen akut anal fissür kronik olarak kabul edilmelidir.
- c) Çoğunlukla yerleşimi anteriorda olup, lateral yerleşimler bir başka hastalığa bağlı olabilir.
- d) Kronik anal fissürlerde tedavi cerrahidir.
- e) Defakasyon sonrasında ve sırasında ağırı tipiktir.

Cevap C (*Sayek, Temel Cerrahi, 1993, s.843-44*)

Anal fissürler çoğunlukla posterior lokalizasyondadırlar. Kabızlıkla ilişkili olup dışkılama sırasında ağırı tipiktir.

Medikal tedaviye cevap vermeyenlerde cerrahi uygulanır.

41. Kolon kanserleri için hangisi yanlıştır?

- a) Etiyolojide en çok reçine gıdaların yenmesi suçlanmaktadır.
- b) En sık rektosigmoid bölge yerleşimlidir.
- c) Sağ kolon Ca'larda anemi, sol kolon Ca'larda obstrüksiyon bulguları ön plandadır.
- d) Sağ kolonda skiröz solda ise vejetan yapıda tümörler görülür.
- e) Gaitada gizli kan aranması kolon kanserinde tarama yöntemidir.

Cevap D (*Jarrell, Surgery, 1996, s.207-9*)

Sağ kolon kanserleri vejetan, sol kolon kanserleri ise skiroz karakterdedir.

42. Yara ayrışmasında hangisi yanlıştır?

- a) En sık 4. gün meydana gelir.
- b) Hipoproteinemi, sarılık, üremi, diyabet, yara yeri ayrışmasında önemlidir.
- c) Yanlış sütür materyali, yanlış cerrahi teknik de önemlidir.
- d) Evisserasyonda derhal cerrahi müdahale gereklidir.
- e) Düşük doku oksijeni bulunan yerlerde yara iyileşmesi hızlıdır.

Cevap E (*Sabiston, Essention of Surgery, 1994, s.89*)

İyileşmenin en önemli şartlarından biri artmış metabolizmayı karşılamak üzere yeterli doku oksijenlenmesinin sağlanmasıdır.

43. Sliding tip hiatal herninin tedavisinde hangisi yanlıştır?

- a) Tıbbi tedaviye çok iyi cevap verir.
- b) Tıbbi tedavide tavsiyelerin yanısıra H2 reseptör antagonistleri, antikolinerjikler verilir.
- c) Tıbbi tedaviye cevap vermeyen ve komplikasyon gelişen vakalar, cerrahi olarak tedavi edilir.
- d) Cerrahi tedavisinde anatomik onarıma ilave olarak antireflü prosedürleri de yapılmalıdır.
- e) Hiçbiri

Cevap B (*Medicine, 1. baskı, s.140*)

Sliding tipi hiatal hernilerde alt özefageal sfinkter basıncını azalttığı için antikolinerjikler kullanılmaz.

44. Pankreatitler için hangisi yanlıştır?

- a) En sık neden safra taşları ve alkoldür.
- b) Hastalar çoğunlukla perforan bir ağırı karakteriyle gelirler.
- c) Ağırı çoğunlukla ağır yağlı bir yemekten sonra başlar ve bulantı eşlik eder.
- d) Sıvı kaybının önemli nedenlerinden biri de progressif kusmalardır.
- e) Hipoparatiroidemi prognostik faktördür.

GENEL CERRAHİ

Cevap E (Sayek, *Temel Cerrahi*, 1993, s.998)

Hipoparatiroidemi değil hiperparatiroidemi Ca yüksekliğine bağlı pankreatit için prognostik faktördür.

45.Divertiküller için hangisi yanlıştır?

- a) Hastaların pek çoğu asemptomatiktir.
- b) En sık tutulum yeri sigmoid kolondur.
- c) Kolonun gerçek divertikülleri nadir rastlanır.
- d) Basit (soliter) divertikülleri en sık divertikülit komplikasyonu ile gelir.
- e) Divertiküllerde kanama nadir görülen bir komplikasyondur.

Cevap E (Sabiston, 1997, s.990)

Divertiküllerde kanama ve divertikülit sık görülen komplikasyonlardır.

46.Postoperatif ateş yükselmesi için hangisi yanlıştır?

- a) Hastanın erken mobilizasyonu önemlidir.
- b) İdrar yolu enfeksiyonları en sık 1-2. günlerde görülür.
- c) İlk 24 saat içindeki ateşten çoğunlukla atelektazi sorumludur.
- d) Yara yeri enfeksiyonları 7. günden sonra ateş nedenidir.
- e) Hiçbiri

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

İdrar yolu enfeksiyonları en sık 3 ile 6. günlerde görülür.

47.Preoperatif cerrahi beslenme ihtiyacının değerlendirilmesinde hangisine bakılmaz?

- a) Serum albümin düzeyi
- b) Serum transferrin düzeyi
- c) Lenfosit
- d) Cilt testleri
- e) Serum globülin düzeyi

Cevap E (Engin, *Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri*, 1.baskı, 2000, s.61)

Nutrisyonel ve metabolik durumun değerlendirilmesinde serum globulin düzeyi kullanılmamaktadır.

48.Pelvik retroperitoneal kanamaların en önemli nedeni hangisidir?

- a) Arteria iliaca interna rüptürü
- b) Arteria iliaca eksterna rüptürü
- c) Pelvis fraktürü
- d) Böbrek travması
- e) Aorta abdominalis anevrizması

Cevap C (Engin, *Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri*, 1.baskı, 2000, s.195)

Retroperitoneal hematomların en sık nedeni (%60) pelvis kırıklarıdır.

49.Künt travmalarda hangi organ yaralanmalarında tanıda gecikme olabilir?

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

Cevap C (Engin, *Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri*, 1.baskı, 2000, s.189)

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

50.15 kg ağırlığında vücut yüzeyinin %60'ı yanık bir çocuğa ilk 8 saatte ne kadar sıvı verilmesi gerekir? (Modifiye Parkland formülüne göre)

- a) 2250
- b) 1800
- c) 3000
- d) 1125
- e) 3600

Cevap D (Engin, *Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri*, 1.baskı, 2000, s.221)

Çocukta 3 ml/kg/% yanık (%60'dan fazla yanıklar 50 olarak denkleme konulur).

51.Hangisi yanlıştır?

- a) İnsitu lobüler Ca malignleşirse genellikle duktal Ca gelişir.
- b) Lobüler Ca'lar genellikle bilateral görülebilir.
- c) İnfiltratif duktal Ca en sık görülen meme Ca'dır.
- d) Meme Ca'lar en fazla memenin santral bölgesinde görülür.
- e) Gençlerde en sık memenin benign tümörü fibroadenomdur.

Cevap D (Engin, *Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri*, 1.baskı, 2000, s.376)

Meme kanserleri en sık memenin üst dış kadranda (%44.1 oranında) görülür.

52.Hangisi aksiller lenf noduna dahil değildir?

- a) Santral grup
- b) İnterpektoral grup
- c) Mammaria eksterna
- d) Supraklaviküler grup
- e) Skapular grup

Cevap D (Engin, *Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri*, 1.baskı, 2000, s.377)

Aksiller lenfatikler lateral grup, skapular grup, aksiller ven grubu, interpektoral grup, santral grup ve subklavikular gruptan oluşur.

53. Aşağıdakilerden hangisi kanama zamanının oluşumunda rol oynamaz?

- a) Trombosit
- b) ADP
- c) TF4
- d) Mg
- e) Faktör VIII

Cevap E (Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.77-79)

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

54. Hangisi yanlıştır?

- a) Reflü özafajit duodenal ülser ameliyatlarının geç dönem komplikasyonudur.
- b) Alkalin reflü gastritin cerrahi tedavisi Roux-en-Y gastrojejunostomidir.
- c) Peptik ülser perforasyonunda direkt batın grafisinde mutlaka serbest hava vardır.
- d) Pilor stenozunda ameliyat olarak sadece proksimal gastrik vagotomi (PGV) yapmak yanlıştır.
- e) PGV yapılan hastalara drenaj ameliyatı gerekmez.

Cevap C (Engin, Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri, 1.baskı, 2000, s.504)

Peptik ülser perforasyonlarının ancak %75'inde serbest hava görülür.

55. Aşağıdakilerden hangisi ülseratif kolitin özelliği değildir?

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

Cevap D (Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.1238-1248)

Ülseratif kolitin en tipik özelliği bağırsak mezosunun olaya katılmamasıdır.

56. Hangisi yanlıştır?

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

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

Divertikülit esnasında perforasyon komplikasyonunu çok arttıracığından endoskopi yapılmaz.

57. Hangisi yanlıştır?

- a) Midede bulunan somatostatin hücreleri parakrin etki ile asit düzeyini azaltırlar.
- b) Pariyetal hücrede bulunan kolinerjik reseptörler atropin ile inhibe edilirler.
- c) Histamin pariyetal hücrede cAMP'yi arttırarak etki eder.
- d) Aşırı gastrik distansiyon gastrin salgısını arttırır.
- e) Gastrin pariyetal hücrede cAMP'yi arttırarak asit salgılatır.

Cevap E (Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.1185-1188)

Gastrin hücre içi Ca⁺⁺'u arttırarak etkisini gösterir.

58. Hangisi yanlıştır?

- a) Yara iyileşirken kontraksiyonu myofibroblastlar sağlar.
- b) Büller epitelizasyonla iyileşirler.
- c) Yarada inflamasyon fazında ilk 24 saatte makrofajlar yarayı doldurur.
- d) Yarada anjiyogenezis fibroplazi döneminde oluşur.
- e) Fibronektin hücre matriks adezyonunu yönlendirir.

Cevap C (Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.263-297)

Yarada inflamasyon fazında ilk 24 saatte makrofajlar değil, polimorfonükleer lökositler yara içerisinde bulunur.

59. Crohn hastalığı ile ilgili hangisi yanlıştır?

- a) En sık terminal ileum hastalığa katılır.
- b) Gastrointestinal kanalın her yerinde görülebilir.
- c) Hastalık transmuraldır ve granülatöz iltihapla seyreder.
- d) Cerrahi tedavide mümkün olan en uzun segment rezeksiyonu yapılır.
- e) Obstrüksiyon en sık rastlanan komplikasyondur.

Cevap D (Engin, Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri, 2000, s.533)

Crohn hastalığında en kısa segment rezeksiyonu yapılmalıdır.

60. Kısa bağırsak sendromu ile ilgili hangisi yanlıştır?

- a) İnce bağırsak rezeksiyonunun bir komplikasyonudur.
- b) Bu hastalara postoperatif TPN uygulanmalıdır.
- c) Hastalık ishale birlikte ağır malabsorbsiyon ile seyreder.
- d) Cerrahi tedavide en az 15 cm'lik izoperistaltik bağırsak ansı yapılır.
- e) Bu hastalıkta elementler diyet tercih edilir.

GENEL CERRAHİ

Cevap D (Norton, Surgery, s.639)

İnce bağırsak sendromunda cerrahi tedavi olarak 10 cm'lik anizoperistaltik bağırsak ansı uygulanır. 15 cm'lik bağırsak ansı ileus'a yol açar.

61.Hangisi akut pankreatit prognozunun saptanmasında başvuru sırasında Ranson kriteri olarak kullanılmaz?

- Yaşın 55'den fazla olması
- Lökositin 16.000'in üzerinde olması
- AKP'nin 200 mg/dl'den fazla olması
- LDH 350 ü/ml'nin üzerinde olması
- Serum Ca⁺⁺'nin 8 mg/dl'nin altında olması

Cevap E (Engin, Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri, 2000, s.645)

Ranson kriterleri içinde başvuru sırasında serum Ca⁺⁺'nin 8 mg/dl altında olması diye bir laboratuvar bulgusu yoktur. Bu parametre ilk 48 saat parametresidir.

62.Hangi tip hernide yüksek ligasyon yeterlidir?

- Çocuk hernileri
- Femoral herniler
- Yetişkin inguinal herniler
- Hepsi
- Hiçbiri

Cevap A (Norton, Surgery, s.812)

Çocuk hernilerinde yüksek ligasyon yeterlidir.

63.Processus vaginalisin açık kalması ile, hangi tip herni gelişir?

- Direkt inguinal herni
- İndirekt inguinal herni
- Femoral herni
- İnsizyonel herni
- Obturator herni

Cevap B (Engin, Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri, 1.baskı, 2000, s.407)

İndirekt inguinal herni nedenlerinden birisi de processus vaginalisin açık kalmasıdır.

64.Travmada kortizolün etkileri ile ilgili hangisi yanlıştır?

- Hiperglisemiye yol açar.
- Karaciğerde glukoneogenezi artırır.
- Lipolizi artırır.
- İmmünstimülandır.
- İskelet kasında proteolizi ve laktat salınımını artırır.

Cevap D (Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.8)

Kortizol; sayıları artmış lenfosit, monosit ve polimor-

fonükleer hücrelerin fonksiyonlarını azaltarak immünolojik ve iltihabi cevabı inhibe etmektedir.

65.Hangisi nütrisyonunu değerlendirme yöntemlerinden biri değildir?

- Total lenfosit sayısı
- Serum fibronektin seviyesi
- Benedict formülü
- Cilt katlantı kalınlığı
- Serum albümin seviyesi

Cevap C (Engin, Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri, 1.baskı, 2000, s.63)

Benedict formülü enerji gereksiniminin hesaplanmasında kullanılır.

66.Peritonitte hangisi yanlıştır?

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

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 1.baskı, 1991, s.1057)

Visseral periton otonomik sinir sistemi ile innervedir ve ağrıya duyarsızdır. Peritonit sonucu intravasküler alandan üçüncü boşluğa 5-8 lt sıvı kaçıışı olur. Adrenal bezden salınan hormonlarla sıvı ve elektrolit kaybı önlenmeye çalışılır. Teşhiste fizik bulgular anamnezden daha değerlidir. Karın oskültasyonunda kalp seslerinin yansıma şeklinde duyulması yoktur.

67.Hangisi yanlıştır?

Erken dönemde cerrahi gerektiren intestinal obstrüksiyonlar;

- Strangüle bağırsak tıkanmaları
- İki ucu kapalı bağırsak tıkanmaları
- Kolona ait tıkanmalar
- Adeziv bantlara ait tıkanmalar
- Hiçbiri

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 1.baskı, 1991, s.643)

İntraperitoneal yaygın adezyonlardan meydana gelmiş bağırsak tıkanmaları dolayısı ile birçok kereler cerrahi işlem geçirmiş hastalarda, her yeni operasyonun yeni adezyonların gelişmesine neden olabileceği gözönüne alınarak böyle hastalarda bir süre dekompresyon yapılması ve intravenöz sıvı ve elektrolitlerin sağlanması sırasında spontan iyileşme olup olmaya-acağı dikkatle gözlemlenir.

68. Hangisi yanlıştır?

- a) GİS kanamalarında GGK (+) olabilmesi için en az 20 ml kanama gereklidir.
- b) Postüral hipotansiyon 1000 ml'nin altında bir kanamaya işaret eder.
- c) Kan üre azotunun artışı kanamanın şiddetiyle paralellik içindedir.
- d) Mortalite oranı en yüksek GİS kanama nedeni özefagus varisleridir.
- e) Duodenal ülserle bağlı kanamalar gastrik ülserle göre 4 kat fazladır.

Cevap B (Sayek, *Temel Cerrahi*, 1.baskı, 1991, s.608)

Kural olarak, ortostatik hipotansiyonun varlığı veya yatar durumda kan basıncının 100 mmHg'nin altında oluşu 1000 ml'nin üzerinde olan bir kanamaya işaret eder.

69. Hangisi yanlıştır?

- Primer aldosteronizm;**
- a) Tümör %10-15 vakada ekstraadrenaldır.
 - b) Renine bağlı olmaksızın aşırı aldosteron salınımı vardır.
 - c) Hipokalemik alkaloz gelişir.
 - d) Teşhiste en önemli kriterlerden biri tuz yüklemesi testidir.
 - e) Hiperplazilerde tedavi medikaldir.

Cevap A (Sayek, *Temel Cerrahi*, 1.baskı, 1991, s.1161-1164)

Primer hiperaldosteronizm böbrek üstü bezinden kaynaklanır. Ekstraadrenal olarak diğer kromaffin dokulardan kaynaklanabilen feokromasitomadır.

70. Akut intestinal iskemi ile ilgili hangisi yanlıştır?

- a) En sık görülen etyolojik neden akut arteriyel trombozudur.
- b) %70 vakada epigastriumda üfürüm vardır.
- c) Nonobstrüktif iskemi olgularında mezenterik damarlarda yaygın bir vazokonstriksiyon vardır.
- d) Ölüm oranı %90 seviyesindedir.
- e) Prognozu etkileyen faktör bağırsak rezeksiyonlarının genişliğidir.

Cevap B (Sayek, *Temel Cerrahi*, 1.baskı, 1991, s.1086)

Kronik intestinal iskemi vakalarında fizik muayenede %70 vakada intestinal kan dolaşımından mide kan dolaşımına doğru çalma meydana geldiğinden epigastriumda üfürüm duyulur.

71. Hiperparatiroidizm ile ilgili hangisi yanlıştır?

- a) Hiperparatiroidizmlili olguların %85'inde neden benign paratiroid adenomudur.
- b) Diğer hiperkalsemilerden ayırımı kanda PTH seviyesinin yüksekliği ile yapılır.
- c) Hiperparatiroidi nadiren familial olarak ortaya çıkabilir.
- d) Vitamin D eksikliği genellikle vardır.
- e) Serumda alkalin fosfatazın kemik izoenziminin konsantrasyonu artmıştır.

Cevap D (Schwartz, *Principles of Surgery*, 7.baskı, 1999, s.1699)

Parathormonun yüksekliği vitamin D eksikliğine yol açmaz.

72. Ülseratif kolitli hastalarda en sık görülen cerrahi endikasyon aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Kanama
- b) Perforasyon
- c) Toksik megakolon
- d) Kolorektal karsinom gelişimi
- e) Tıbbi tedaviye yanıtızlık

Cevap E (Sabiston, *Essentials of Surgery*, 15.baskı, 1995, s.340)

Kolitis ülserozada en sık cerrahi endikasyon gerektiren durum hastalığın ilaç tedavisiyle kontrol altına alınmamasıdır. Tanı konulmasından uzun süre geçen hastalarda profilaktik olarak total kolektomi düşünülebilir.

73. Hemanjiyomdan sonra karaciğerde en sık görülen benign tümör aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Hamartom
- b) Fokal nodüler hiperplazi
- c) Adenom
- d) Lipoma
- e) Hemanjiyoendotelyoma

Cevap B (Cerrahi, 1.baskı, 1996, s.500)

Karaciğerin en sık görülen benign tümörü hemanjiyomlarıdır. En sık olarak kavernoöz tipte olurlar. Kavernoöz hemanjiyomların karın içinde en sık görüldüğü organ karaciğerdir. Fokal nodüler hiperplazi karaciğerin hemanjiyomdan sonra en sık görülen benign tümördür.

74. Aşağıdakilerden hangisi renal transplantasyonun başarılı gerçekleştirilmesinde en önemlidir?

- a) Alıcı ve vericinin ABO grupları
- b) Alıcı ve vericinin lenfosit kültürleri
- c) Alıcının periferik T hücre sayımı
- d) Alıcı ve verici arasındaki akrabalık ilişkisi
- e) Alıcı ve vericinin HLA tipleri

Cevap A (Schwartz, *Principles of Surgery*, 7.baskı, 1999, s.364-365)

Renal transplantasyonlarda ABO uyumu çok önemlidir. ABO'daki uyumsuzluk transplante edilen organın erken hasarına yol açmaktadır.

75. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde ilk tedavi cerrahi değildir?

- a) Karaciğer piyojenik absesi
- b) Operabl mide kanseri
- c) Memenin fibroadenomu
- d) Sliding inguinal herni
- e) Operabl rektum kanseri

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 1.baskı, 1991, s.914)

Karaciğer piyojenik absesinde en sık etkenler gram negatif aeroblardır. Antibiyotik tedavisi özellikle multipl absesi olanlarda daha önem kazanır.

76.Portal hipertansiyonda postoperatif ensefalopati oranı en düşük olup, özofagus varislerinin gerilemesini en iyi sağlayan şant ameliyatı aşağıdaki-lerden hangisidir?

- a) Yan-yana porto-kaval şant
- b) Distal splenorenal şant
- c) Klasik splenorenal şant
- d) Mezokaval şant
- e) Uç-yan porta-kaval şant

Cevap B (Cerrahi, 1.baskı, 1996, s.516)

Distal splenorenal şant en sık uygulanan selektif şant ameliyatıdır. Pant sonrası ensefalopati açısından en üstün şant ameliyatıdır. Ancak yaşam süresi açısından porta-kaval şantlardan farklı değildir.

77.Hiperkalemi en sık olarak aşağıdaki durumlardan hangisinde görülür?

- a) Uzun süreli kusmalar
- b) Renal yetmezlik
- c) Fonksiyonel adrenal korteks tümörü
- d) Sarkoidoz
- e) Zollinger-Ellison sendromu

Cevap B (Rypin's Medical Boards Review, 15.baskı, 1996, s.76)

Normal koşullarda potasyum alımında artma nadiren hiperpotasemi yapar. Potasyum bir yandan hücre içine girerken, diğer yandan böbreklerden fazla miktarda atılarak plazma düzeyinin artması önlenir. Hiperpotaseminin klinikte en sık rastlanan sebebi böbrek yetmezliğidir.

78.Aşağıdakilerden hangisi Crohn ve Kolitis ülseroza arasındaki klinik farklılıklardan biri değildir?

- a) Rektal kanama Kolitis ülserozada daha sık görülür.
- b) Perianal komplikasyonlar Crohn'da daha sık görülür.
- c) Abdominal kitle varlığı Kolitis ülserozada daha sık görülür.
- d) Tenesmus Kolitis ülserozada daha sık görülür.
- e) Abdominal ağrı Crohn'da daha sık görülür.

Cevap C (Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.1312)

Rektal kanama ve tenesmus kolitis ülserozada daha sık görülürken, perianal komplikasyonlar, karın ağrısı ve batında kitle Crohn'da daha sık görülür.

79.Aşağıdakilerden hangisi özofagus varis kanamalarının teşhisinde en iyi metoddur?

- a) Aortografi
- b) Çölyak anjiyografi

c) Özofagoskopi

d) Baryumlu grafi

e) Özofageal balon tamponadı

Cevap C (Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.1418)

Özofagoskopi ile kanama odağının görüntülenmesi yapılacak en etkin tanı metodudur. Çölyak anjiyografi ile arteriyel bir kanama görülebilirken venöz bir kanama görülemez.

80.Hangisi intestinal anastomozlarda kaçak ve fistül-lerin majör etiyolojik sebeplerinden biridir?

- a) Yetersiz cerrahi teknik
- b) İşlemin acil şartlarda yapılması
- c) Uzamış intraoperatif hipotansiyon
- d) İleri yaş
- e) Uzamış intraoperatif hipotermi

Cevap A (Principle of Surgery Companion Handbook-Schwartz, 7.baskı, 1999, s.337)

İntestinal anastomozlarda kaçak ve fistüllerin majör etiyolojik sebepleri yetersiz cerrahi teknik, distal obstrüksiyon ve yetersiz proksimal dekompresyondur.

81.Aşağıdaki malign melanom tiplerinden hangisi en sık görülen tiptir?

- a) Akral lentiginöz melanoma
- b) Superfisiyal yayılan melanoma
- c) Lentigo maligna
- d) Nodüler melanoma
- e) Bowen hastalığı

Cevap B (Principle of Surgery Companion Handbook-Schwartz, 7.baskı, 1999, s.378)

Superfisiyel yayılan tip en sık görülen malign melanom tipidir, Bowen hastalığı ise derinin yavaş büyüyen insitu skuamöz karsinomudur.

82.Aşağıdakilerden hangisinde safra yolları karsinoma insidansında artma olmaz?

- a) Ülseratif kolit
- b) Caroli hastalığı
- c) Safra yolları papillomatosisi
- d) Faciola hepatica enfestasyonu
- e) Clorchis-Sinensis enfestasyonu

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 1.baskı, 1991, s.969)

Faciola hepatica enfestasyonunda safra yollarını ilgilendirmekle birlikte karsinoma insidansında artış olmaz. Diğer seçenektekiler ise normale göre daha fazla kolanjiokarsinoma riski taşırlar.

83.Aşağıdakilerden hangisi meme kanseri için bir risk faktörü değildir?

- a) İnfertilite
- b) Nulliparite
- c) Ailesel hikaye
- d) Geç menapoz
- e) Duktal ektazi

Cevap E (*Principle of Surgery Companion Handbook-Schwartz, 7.baskı, 1999, s.390*)

Duktal ektazi memenin benign hastalıklarından olup meme kanseri için bir risk oluşturmaz, diğer seçenekler risk faktörlerindedir.

84.Aşağıdakilerden hangisi meme kanserinde meme koruyucu cerrahinin kriterlerinden biri değildir?

- a) Tümör çapının 4 cm'nin altında olması
- b) Klinik olarak aksilla negatif olması
- c) Tümörün santral yerleşimli olması
- d) Yeterli meme volümü
- e) Uygun radyoterapi

Cevap C (*Principle of Surgery Companion Handbook-Schwartz, 7.baskı, 1999, s.398*)

Santral yerleşim, meme koruyucu cerrahi için bir kontrendikasyon oluşturur, diğer seçenekler ise gerekli olan kriterlerdir.

85.Aşağıdakilerden hangisi intestinal obstrüksiyonların en sık sebebidir?

- a) Malign tümör
- b) Bezoarlar
- c) Safra taşları
- d) Post-operatif adezyonlar
- e) Divertiküller

Cevap D (*Principle of Surgery Companion Handbook-Schwartz, 7.baskı, 1999, s.547*)

Bu durumların hepsi intestinal obstrüksiyonlara sebep olmakla birlikte postoperatif adezyonlar ve inkarsere herniler en sık görülen sebeplerdir.

86.Aşağıdaki durumlardan hangisi akalazyaya patojenitesinde yer almaz?

- a) Vagus'ta dejeneratif değişiklikler
- b) Auerbach pleksusunda dejenerasyon
- c) Alt özefagus sfinkterinde basınç azalması
- d) Peristaltizmde azalma
- e) İleri evrede massif dilatasyon ve torsiyon

Cevap C (*Principle of Surgery Companion Handbook-Schwartz, 7.baskı, 1999, s.577*)

Akalazyada alt özefagus sfinkteri basıncında artma görülmektedir.

87.Aşağıdaki durumlardan hangisinde Boerhave Sendromu tanımlanmaktadır?

- a) Mallory-Weiss Sendromunun erken evresidir.
- b) Tümör nekrozuna bağlı özefagus rüptürü
- c) Endoskopiye bağlı rüptür
- d) Biddetli kusmaya bağlı özefagus rüptürü
- e) Diffüz özefagus spazmidir.

Cevap D (*Principle of Surgery Companion Handbook-Schwartz, 7.baskı, 1999, s.591*)

Boerhave sendromu özellikle alkoliklerde şiddetli kus-

malar sonrası görülen alt özofagusun tam kat rüptürüdür.

88.Aşağıdaki bulguların hangisi Plummer-Wilson sendromunun özelliklerinden değildir?

- a) Anemi
- b) Hipertrofik gastrit
- c) Disfaji
- d) Özefagial web
- e) Kaşık tırnak

Cevap B (*Principle of Surgery Companion Handbook-Schwartz, 7.baskı, 1999, s.597*)

Menentrier hastalığının özelliği olan hipertrofik gastrit, Plummer-Wilson sendromunda görülen durumlardan değildir.

89.Aşağıdaki özelliklerden hangisi Zollinger-Ellison sendromuna ait değildir?

- a) BAO (Bazal asit salgısı) artmıştır.
- b) Peptik ülser olmaksızın açıklanamayan ishal vardır.
- c) Hipergastrinemi vardır.
- d) BAO/MAO oranı 0.6'dan fazladır.
- e) Sekretin stimülasyon testi negatiftir.

Cevap E (*Principle of Surgery Companion Handbook-Schwartz, 7.baskı, 1999, s.610*)

Zollinger-Ellison sendromunda sekretin ile gastrin stimülasyon testi pozitifdir.

90.Aşağıdaki kriterlerden hangisi rektal karsinomada lokal eksizyon kriterlerinden değildir?

- a) Tümörün distal 1/3 rektumda olması
- b) Mobil tercihen polipoid kitle
- c) Duvara derin penetrasyon göstermemesi
- d) Duvar çapının 1/3'ünden fazla yer kaplamaması
- e) Tümörün radyorezistan olması

Cevap E (*Gordon, Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum and Anus, 2.baskı, 1999, s.756*)

Rektal karsinomada tümörün radyosensibl olması total eksizyon sonrası radyoterapi için gereklidir.

91.Aşağıdaki cerrahi dışı uygulamalardan hangisinde akut özefagus varis kanamasında başarı oranı en yüksektir?

- a) Balon tamponadı
- b) Endoskopik skleroterapi
- c) İntravenöz somatostatin
- d) İntravenöz vazopressin
- e) Transjuguler intrahepatik portosistemik şant

Cevap B (*Principle of Surgery Companion Handbook-Schwartz, 7.baskı, 1999, s.681*)

Seçeneklerde belirtilen cerrahi dışı uygulamalardan endoskopik skleroterapi acil şartlarda yapılan uygulamalar arasında %93 oranında başarı oranı ile önde gelmektedir.

92.Meme kanseri ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Gebelik prognozu kötü yönde etkiler.
- b) Olguların çoğunda memenin santral bölgesinde areola altında lokalizedir.
- c) İnfiltratif lobüler karsinomu olan vakaların %50'sinde bilateral infiltratif hastalık vardır.
- d) Kanlı meme başı akıntısı malign olgular için patognomoniktir.
- e) En yaygın tipi meduller karsinomdur.

Cevap C (Sayek, 1991, s.536-537,532,517,526; Schwartz, 5.baskı, s.565, Cerrahi, AÜTF, Türkiye Klinikleri, s.257)

Gebelik ve laktasyonda en sık görülen kanser meme kanseridir. Meme kanserinin gebelik ve laktasyonda sonuçlarının kötü olması bu hastalarda kanser tanısının konulmasında geç kalınmasıdır. Gebelikte meme kanserinin prognozu, gebe olmayanların aynı evredeki meme kanseri prognozundan farklı değildir. Gebeliğin sonlandırılmasının prognoz üzerine olumlu bir etkisi olduğu gözlenmemiştir. Meme karsinomları daha çok memenin üst dış kadranından gelişir. İkinci derecede santral bölge, daha sonra üst iç kadran, onu da takiben alt kadranlar gelir. Meme kanserinde en önde gelen belirti memede kitledir. Kitle en sık memenin üst dış kadranında gelişir. Meme başında akıntı ikinci sıklıkla görülen belirtidir. Genel olarak meme başından akıntı iyi huylu bir hastalığa bağlı gelişir. Ancak 50 yaşından büyük kadınlarda oluşan akıntı ise maligniteyi düşündürmelidir. Süt gibi, pürülan, çok renkli yapışkan akıntılarda altta yatan bir malignite olması söz konusu değildir. Seröz, kanlı-seröz, kanlı ve su gibi akıntılarda malignite olma oranı yüksektir ancak patognomonik değildir. İnfiltratif duktal karsinoma meme kanserleri içinde en sık görülen histolojik tiptir.

93.Üst gastrointestinal sistem kanamalı bir hastada ilk tercih edilecek tanı yöntemi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Özofagus mide-duodenum endoskopisi
- b) Baryumlu özofagus mide duodenum grafisi
- c) Tc99m işaretli eritrosit sintigrafisi
- d) Bilgisayarlı tomografi
- e) Manyetik rezonans

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

94.Aşağıdakilerden hangisi en sık portal hipertansiyon nedenidir?

- a) Hepatik arteriyel-portal venöz fistül
- b) Postnekrotik siroz
- c) Budd-Chiari sendromu
- d) Portal venin kavernomatöz transformasyonu
- e) Portal venin konjenital obstrüksiyonu

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

95.Dumping sendromu ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) İnce bağırsak distansiyonuna bağlı epigastrik ağrı yapar.
- b) Bulantı, baş dönmesi ve çarpıntılara yol açar.
- c) Midenin çabuk boşalmasına bağlıdır.
- d) Yüksek yağlı besinlerden sonra görülür.
- e) Diyet modifikasyonları ile düzeltilebilir.

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, cilt 1, 2.baskı, s.1068)

Erken postprandial dumping sendromu yüksek karbohidratlı yiyeceklerden sonra oluşur. Geç (hipoglisemik) dumping ise karbohidratların mideden jejunuma hızlı boşalmasıyla oluşur.

96.Aşağıdakilerden hangisi trunkal vagotomi ve antrektomi sonrasında görülen malabsorbsiyona katkıda bulunmaz?

- a) Artmış gastrik boşalma hızı
- b) Pankreatik sekresyonların ve safranin besinlerle zayıf karışması
- c) Artmış sekretin ve kolesistokinin salınımı
- d) Azalmış ince bağırsak transit zamanı
- e) Yağ ve karbohidrat malabsorbsiyonu

Cevap C (Sabiston, Essentials of Surgery, s.293)

97.Duodenal ülser cerrahi tedavisinde aşağıdakilerden hangisi en düşük mortalite ve morbiditeye sahiptir?

- a) Parsiyel gastrektomi
- b) Trunkal vagotomi ve antrektomi
- c) Trunkal vagotim ve piloroplasti
- d) Trunkal vagotomi ve gastrojejunostomi
- e) Proksimal gastrik vagotomi

Cevap E (AÜTF, Cerrahi, Türkiye Klinikleri, s.346)

Proksimal gastrik vagotomi, mortalitesi ve morbiditesi en düşük cerrahi yöntem olmasına karşın, ülser nüksü açısından trunkal vagotomi ve drenaj ameliyatlarıyla karşılaştırıldığında dezavantaj taşımaktadır.

98.Aşağıdakilerden hangisi akut apendisit etiyolojisinde rol oynamaz?

- a) Lenfoid hiperplazisi
- b) Fekalitler
- c) Meyve çekirdekleri
- d) Enflamasyon
- e) Baryum kalıntısı

Cevap D (Schwartz, Principles of Surgery, 4.baskı, 2.cilt, s.1246; Sayek, 1.cilt, 1996, s.1110)

Akut apandisit etiyolojisi,
1-Lümen obstrüksiyonu yapan nedenler(%90)
-Fekalitler
-Lenfoid doku hiperplazisi

- Yabancı cisimler (meyva çekirdekleri, kemik parçaları, sertleşmiş baryum kalıntıları, odunsu maddeler)
- Bağırsak parazitleri (askaris, oksiyür vb.)
- Çekum ve appendiks tümörleri (nadir)
- 2-Obstrüksiyon dışı nedenler
- Sistemik infeksiyonlar (özellikle solunum yolları)
- Fibrozis (yaşlı hastalar)

99.Yanık konusunda aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) %20'den fazlası yanan hastanın sıvı desteğine ihtiyacı vardır.
- b) Sıvı verirken periferik damarlar tercih edilir.
- c) Sıvı verirken santral venöz damarlar tercih edilir. Tromboz riski daha azdır.
- d) Sıvı verirken santral venler ön planda tercih edilmez. Hemokonsantrasyon nedeniyle tromboz gelişme şansı vardır.
- e) Birinci derece yanıklarda derinin bariyer özelliği kaybolmadığından sıvı vermeye gereksinim olmaz.

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

100.Akut apandisitte yanlışı işaretleyiniz.

- a) Ağrı başlangıçta visseraldır ve göbek civarındadır.
- b) 10-30 yaşlarında daha sık görülür.
- c) Fekalit en sık etiyolojik nedendir.
- d) İleopsoas ve abtrurator testi pozitif olabilir.
- e) Ateş ve lökopeni birlikte seyreder.

Cevap E (Sayek, 1.cilt, 1996, s.1110-12)

Akut apandisitte lökopeni değil; lökositoz görülür.

101.Aşağıdakilerden hangisi karaciğer tümörlerinin etiyolojisinde rol oynamaz?

- a) Kwashiorkor hastalığı
- b) Aflatoksinler
- c) Siroz
- d) Clonorchis sinensis enfeksiyonu
- e) Fasciola hepatica enfeksiyonu

Cevap E (Schwartz, 4.baskı, 2.cilt, s.1272)

Karaciğer tümörlerinde etiyolojik faktörler:

- 1-Aflatoksinler,
- 2-Az miktarda protein alınması ve ortaya çıkan Kwashiorkor
- 3-Siroz,
- 4-Hemokromatozis,
- 5-Clonorchis sinensis infestasyonu.

102.Hangi mamografik görünüm meme kanseri riskini daha çok akla getirir?

- a) Etrafında halo bulunan kitle

- b) Radial skarın spiküler görünümü
- c) Komodo tip mikrokalsifikasyon
- d) Non komodo tip mikrokalsifikasyon
- e) Makrokalsifikasyon

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

103.Karaciğere en sık metastaz yapan malign tümör hangisidir?

- a) Mide
- b) Kolon
- c) Pankreas
- d) Dalak
- e) Meme

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.cilt, s.1259)

Metastatik tümörler karaciğerin en sık görülen tümörleridir. Primer tümörlerden 20 kat daha fazla görülür. Karaciğere en sık metastaz yapan tümör ise kolon karsinomasıdır. İkinci sıklıkta ise Mide Ca'dır. İnce bağırsak tümörleri arasında ise en sık karaciğer metastazı yapan karsinoid tümördür.

104.İnfantil dönemdeki akut apendisitler için hangi ifade yanlıştır?

- a) 1 yaş altında perforasyon insidansı %100'dür.
- b) Plastron sıklıkla gelişir.
- c) Komplikasyon siktir.
- d) Gastroenteritle sık olarak karşılaşılır.
- e) Mortalite, diğer yaş gruplarına göre yüksektir.

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

105.Post kolesistektomi sendromu olmayan hangisidir?

- a) Uzun sistik kanal güdüğü
- b) Duodenum divertikülü
- c) Koledok darlığı
- d) Oddi stenozu
- e) Koledok taşı

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.baskı, 1996, s.1289)

Kolesistektomiden sonra hastayı ameliyata yönelten klinik semptomlar devam ediyorsa post kolesistektomi sendromundan söz edilir. Duodenum divertikülü dışındakiler bu sendrom içinde yer alır.

106.Tıkanma sarılığında aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) İdrarda bilirubin artar.
- b) Protrombin zamanı uzar.
- c) A, D, E ve K vitaminleri emilimi azalır.
- d) Pruritus safra tuzları ile ilgilidir.
- e) İdrarda ürobilinojen çok artar.

GENEL CERRAHİ

Cevap E (*Schwartz, Principles of Surgery, 4.baskı, 2.cilt, s.1057*)

Kolestatik sarılıklarda bilirubin bağırsağa akamamaktadır, bu nedenle de idrarda ürobilinojen bulunmaz. Eğer tıkanma tam ise idrarda ürobilinojen hiç yoktur.

107.Hangisi tiroid krizinde verilmemelidir?

- a) Asetil salisilik asit
- b) Propisil
- c) Kortikosteroidler
- d) Parasetamol
- e) β -Blokler

Cevap A (*Sayek, Temel Cerrahi, cilt 2, s.1545*)

Tiroid krizinde hasta soğutulmalıdır. Ateşi düşürmek için salisilat verilmemelidir. Çünkü salisilat serbest tiroid hormonunu artırarak oksijen tüketimini de artırır. Asetaminofen 300-600 mg ahtipiretik olarak kullanılabilir.

108.Faringoözefageal pulsiyon divertikülü (Zenker) ameliyatında krikofaringeal myotominin amacı nedir?

- a) Divertikülün boynunun daha iyi görülmesi
- b) Özofagusun bu seviyede daralmasının önlenmesi
- c) Basınçların düşürülerek nüksün önlenmesi
- d) İnfeksiyon riskinin ortadan kaldırılması
- e) Hepsi

Cevap C (*Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999*)

109.Akut Pankreatit için yanlış olan hangisidir?

- a) En büyük etyolojik faktörler alkol ve biliyer taşlardır.
- b) Klinik tablo hafif karın ağrısından hipoksiye kadar değişebilir.
- c) Amilaz/Kreatinin klirens oranının 5'in üzerinde olması akut pankreatit lehinedir.
- d) Karın yan bölgesinde ekimoz oluşabilir. Buna Cullen belirtisi denir.
- e) Prognoz tayininde Ranson kriteri kullanılabilir.

Cevap D (*Engin, Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri, 2000, s.643*)

Akut pankreatitte, peripankreatik bölgeye olan kanamanın ekstravaze olmasıyla sırtta (Gray-Turner belirtisi) veya göbük çevresinde (Cullen belirtisi) ekimotik renk değişikliği görülebilir.

110.Mide kanserinin en sık metastaz yaptığı organ hangisidir?

- a) Akciğer
- b) Over
- c) Dalak
- d) Kemik
- e) Karaciğer

Cevap E (*Sayek, Temel Cerrahi cilt 1, s.1051*)

Mide kanserleri hematojen yolla en sık karaciğere metastaz yaparlar.

111.Aşağıdaki maddelerden hangileri TPN olan hastalarda ayrıca IM (intramuskuler) olarak uygulanmalıdır?

- I) Vitamin K
- II) Vitamin A
- III) Folik Asit
- IV) Askorbik asit
- a) Sadece I
- b) Sadece II
- c) Sadece III
- d) Sadece I ve III
- e) I ve IV

Cevap D (*Akgül, Çağdaş Cerrahi, 2.baskı, s.198*)

112.Aşağıdakilerden hangisi akut pankreatit komplikasyonu değildir?

- a) Psödokist gelişimi
- b) Pankreatik apse
- c) Fournier gangreni
- d) Pankreatik nekroz
- e) Sepsis

Cevap C (*Schwartz, Principles of Surgery, 7.edition, s.451*)

Fournier gangreni, diabetik hastaların eğilimli olduğu ve perinede gözlenen nekrotizan fasiitisin bir formudur.

113.Akut pankreatitte amilaz yükselmesi ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Amilaz 3 saat içinde yükselmeye başlar ve bir haftada genellikle normale iner.
- b) Amilaz seviyesi pankreas hasar derecesi ile ilgilidir.
- c) Hastanedeki amilaz yüksekliklerinin sadece 2/3'ü pankreatite bağlıdır.
- d) Hiperlipidemiye bağlı akut pankreatitlerin %85'inde normoamilazemi vardır.
- e) Amilazın ısrarla yüksek devam etmesi enflamasyonun devam ettiğini veya komplikasyon gelişmekte olduğunu gösterir.

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

114.Tiroid lenfoması en sık aşağıdaki hastalıklardan hangisi ile beraberdir?

- a) Haşimato tiroiditi
- b) Subakut tiroidit
- c) Tiroid papiller karsinom
- d) Endemik guatr
- e) Tirotoksikoz

Cevap A (Sayek, *Temel Cerrahi*, cilt 2, s.1567)

Haşimato tiroiditi, tiroid lenfomalarına sıklıkla eşlik eder. Tiroid lenfoması diğer lenfomalardan farklı olarak kadınlarda daha sık görülmektedir.

115. Aşağıdaki tiroid tümörlerinden hangisi en iyi prognoza sahiptir?

- a) Medüller
- b) Papiller
- c) Folliküler
- d) İndiferansiye
- e) Metastatik

Cevap B (Sayek, *Temel Cerrahi*, cilt 2, s.1552)

Papiller tiroid Ca, tiroid tümörleri arasında en sık görüleni ve prognozu en iyi olanıdır.

116. Radyoaktif I131 tedavisinden en çok yarar gören tiroid kanseri hangisidir?

- a) Papiller
- b) Folliküler
- c) Medüller
- d) Mikst
- e) Anaplastik

Cevap B (Sayek, *Temel Cerrahi*, cilt 2, s.1555)

I 131 tedavisinden en sık folliküler Ca yarar görmektedir.

117. Hangi tiroid kanserinin tedavisinde mutlak boyun diseksiyonu gereklidir?

- a) Papiller
- b) Medüller
- c) Mikst
- d) Anaplastik
- e) Folliküler

Cevap B (Sayek, *Temel Cerrahi*, cilt 2, s.1561)

Medüller tiroid karsinomunun %85-90' ında tümör multisentrik ve bilateral olduğundan, kalan sporadik olguların da hangisinin gerçekten sporadik ya da ailesel tipin öncüsü olduğu ameliyat öncesinde saptanamayacağından ameliyatta mutlaka total tiroidektomi ve %50-65 oranda tiroid dışı yayılma ilk ameliyat sırasında görüldüğünden, santral lenf nodu diseksiyonu yapılmalıdır.

118. Cerrahi hastaların kaybettiği sıvı ve elektrolitlerin karşılanmasında aşağıdakilerden hangisi geçersizdir?

- a) Mide sıvısı kaybı İzolyte M ile karşılanabilir.
- b) İshal veya bağırsak fistüllerini karşılamak için laktatlı ringer solüsyonu idealdir.
- c) Kayıp miktarına eşit miktarda %5 dekstroz solüsyonu verilmesi yeterlidir.
- d) İltihabi ödem ile oluşan kaybı karşılamak için laktatlı ringer solüsyonu idealdir.

e) Mide sıvısı kaybı %5 dekstroz içinde %0.45 NaCl solüsyonu içine 20 mEq/L potasyum ilave edilerek karşılanabilir.

Cevap C (Schwartz, *Principles of Surgery*, 7.baskı, 1999)

119. Rektum kanserinde en sık metastaz nereye olur?

- a) Karaciğer
- b) Beyin
- c) Akciğer
- d) Dalak
- e) Sürenal

Cevap A (Sayek, *Temel Cerrahi*, cilt 1, s.1172)

Kolorektal kanserlerde en sık yayılma lenfatik yolla olur. Hematojen yayılımla en sık karaciğer ve ikinci sıklıkla akciğere metastaz yapar.

120. Aşağıdakilerden hangisi cerrahi enfeksiyon açısından değerlendirildiğinde temiz yararır?

- a) Mastektomi
- b) Apendektomi
- c) Billroth II
- d) Billroth I
- e) Sağ hemikolektomi

Cevap A (Schwartz, *Principles of Surgery*, 7.baskı, 1999, s.130)

121. Aşağıdakilerden hangisi meme kanserinde prognozu etkilemez?

- a) Östrojen reseptörü
- b) Yaş
- c) Vasküler invazyon
- d) Kilo
- e) Lenfatik invazyon

Cevap D (Schwartz, *Principles of surgery*, 7.baskı)

Kilonun dışındakilerin tamamı meme kanserinin prognostik faktörleri arasında yer alır.

122. Karaciğer tümörlerinde hangi tedavinin yeri yoktur?

- a) Sistemik kemoterapi
- b) Radyoterapi
- c) Kemoembolizasyon
- d) İzole organ kemoterapisi
- e) Rezeksiyon

Cevap B (Sayek, *Temel Cerrahi*, cilt 2, s.1258)

Karaciğer tümörlerinin tedavisinde radyoterapinin fazla bir yeri yoktur. Çok ağırlı ve yoğun infiltrasyon gösteren tümörlerde palyatif amaçlı kullanılabilir.

GENEL CERRAHİ

123.Aşağıdakilerden hangisi ikinci derece derin yanık özellikleri ile uyuzmaz?

- a) Ağrılı olması
- b) Çok geç de olsa reepitelize olması
- c) Ekskaratomi gerektirmesi
- d) Abartılı nabze ihtimalinin yüksek olması
- e) Dermisin alt tabakasını ilgilendirmesi

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

124.Aşağıdakilerden hangisi ekstrasellüler sıvı kaybı belirtisi değildir?

- a) Apati
- b) Anoreksia
- c) Yüksek nabız basıncı

- d) Ortostatik hipotansiyon
- e) Vücut ısısı düşmesi

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

125.Peptik ülser komplikasyonları için yanlış ifadeyi seçiniz.

- a) Sıklığı artmaktadır.
- b) Delinme en çok duodenum ülserlerinde görülür.
- c) Mide ülseri kum saati darlığı yapabilir.
- d) Pilor stenozunun ameliyatsız tedavisi mümkündür.
- e) Yaşlıların ülser kanamasında cerrahi tedavi ihtimali daha yüksektir.

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

ÇOCUK CERRAHİSİ

1. Nöroblastomda prognozu kötüleştiren bulgu hangisidir?

- a) Boyunda yerleşmesi
- b) N-myc amplifikasyonu
- c) İdrar VMA düzeylerinin yüksek olması
- d) Serum ferritin düzeylerinin yüksek olması
- e) Serum LDH düzeylerinin yüksek olması

Cevap B (Neill, *Pediatric Surgery*, 5.baskı, 1998, s.415)

N-myc amplifikasyonu nöroblastomda önemli bir kötü prognoz kriteridir.

2. Aşağıdaki tümörlerden hangisi supresör genler ile ilişkilidir?

- a) Nöroblastom
- b) Teratom
- c) Wilms tümörü
- d) Seminoma
- e) Endodermal sinüs tümörü

Cevap C (Neill, *Pediatric Surgery*, 5.baskı, 1998, s.392)

Wilms tümörüne ait iki adet supresör gen vardır.

3. Konjenital diafragma hernisinde prognozu etkileyen en önemli bulgu hangisidir?

- a) Akciğer hipoplazisi
- b) Defektin çapı
- c) Midenin toraksta olması
- d) Polihidramniyoz
- e) Diafragma elastikiyeti

Cevap A (Neill, *Pediatric Surgery*, 5.baskı, 1998, s.824-825)

Konjenital diafragma hernisinde direkt olarak prognozu etkileyen en önemli faktör akciğer hipoplazisidir.

4. Gastroözofageal reflüde reflünün patolojik olup olmadığını ortaya koyan kesin tanı yöntemi hangisidir?

- a) Baryumlu üst GİS grafisi
- b) Gastroözofageal sintigrafisi
- c) Özofageal manometri
- d) 24 saatlik pH monitorizasyonu
- e) Endoskopi ve biyopsi

Cevap D (Neill, *Pediatric Surgery*, 5.baskı, 1998, s.1016)

pH monitorizasyonu patolojik reflüyü en iyi şekilde ortaya koyan ve %95 tanı değeri olan bir tetkiktir.

5. Hirschsprung hastalığında kesin tanı yöntemi hangisidir?

- a) Baryumlu kolon grafisi
- b) Anorektal manometri

- c) Rektal biyopsi
- d) Direkt karın grafisi
- e) Ultrasonografi

Cevap C (Neill, *Pediatric Surgery*, 5.baskı, 1998, s.1390)

Rektal biyopsi Hirschsprung hastalığının tanısı için altın standarttır.

6. İnguinal herni saptanan 15 günlük bir bebek ne zaman ameliyat edilmelidir?

- a) Uygun koşullar sağlanarak en kısa sürede
- b) İnkarsere veya strangüle olduğunda
- c) Okula başlamadan önce
- d) Adolesan dönemden önce
- e) 2 yaşından önce

Cevap A (O'Neil, *Pediatric Surgery*, 5.baskı, 1998, s.1073; Ascraft, *Pediatric Surgery*, 3.baskı, 2000, s.654)

Pediatrik inguinal herniler tanı konduktan sonra uygun koşullar sağlandığında ameliyat edilmelidir. İnkarsasyon %5-18 arasında görülürken bunların da %69'u 1 yaştan ufak çocuklarda görülür. Bu yüzden tanı konduktan sonra ameliyat edersek mortalite ve morbiditeyi azaltmış oluruz.

7. Sakrokoksigeal teratomlarda aşağıdakilerden hangisi kötü prognostik faktörler arasında yer almaz?

- a) Cerrahi eksizyonun 2 ayıktan daha büyük yaşta yapılması
- b) Cerrahi eksizyonu takiben tümörün nüks etmesi
- c) Tümörün presakral uzantısının olması
- d) Ameliyat öncesi ve sonrasında alfa fetoprotein, human korionik gonadotropin gibi marker seviyelerinin yüksek bulunması
- e) Tümörün kistik yapıda olması

Cevap E (Başaklar, *Yenidoğanın Cerrahi Hastalıkları*, 1.baskı, 1996, s.316; Altman, *Sacrocoxygeal Teratoma*, s.389-398; Ascraft, *Pediatric Surgery*, 3.baskı, 2000, s.905)

Teratom ne kadar kistik yapıda ise o kadar benign özelliktedir. Teratomlarda presakral ve abdominal uzantıların olması halinde malignensi ihtimali %20'dir. Eğer teratom eksizyonu 2 ayıktan önce yapılmış ise malign tümör insidansı %7-10 iken daha büyük yaşlarda ise %65'e kadar çıkar. Ayrıca teratom bazen malign germ hücreli tümör kökenli olduğunda bunlarda alfa fetoprotein, human korionik gonadotropin gibi hormonlar salgılanır.

8. Aşağıdaki fizik muayene bulgularından hangisi yenidoğan peritoniti için yanlıştır?

- a) Karnın palpasyonu bebeğin ağlamasına yol açar.
- b) Karın duvarı ödemli, parlak ve gergindir.
- c) Göbek çevresinde ekimotik renk değişikliği vardır.
- d) Bağırsak sesi yoktur.
- e) Karında istemsiz defans vardır.

Cevap E (Neill, Pediatric Surgery, 5.baskı, 1998, s.1304; Başıaklar, Yenidoğanın Cerrahi Hastalıkları, 1.baskı, 1996, s.156)

Yenidoğanlar yetişkinler gibi peritonit hallerinde ağrı ve peritonit halini lokalize edemezler, bağırsak duvarları ince ve immun cevapları da tam gelişmediğinden daha kolay sepsise girerler.

9. Karın şişliği, kusma, huzursuzluk, rektal kanama sebebiyle başvuran ve fizik muayenesinde karın sağ tarafında kitle palpe edilen 8 aylık bir bebekte ön tanınız aşağıdakilerden hangisi olur?

- a) Rektal polip
- b) İnvaginasyon
- c) Amibik kolit
- d) Kronik bağırsak duplikasyonu
- e) Non Hodgkin lenfoma

Cevap B (Neill, Pediatric Surgery, 5.baskı, 1998, s.1073, 1185; Ascraft, Pediatric Surgery, 3.baskı, 2000, s.518)

İnvaginasyon daha çok 6-9 ay arası çocuklarda görülen, karın ağrısı, huzursuzluk, kusma ve çilek jölesi tarzında kanamayla seyreden bir hastalıktır ve fizik muayenede genelde sağ üst kadranda bir dolgunluk palpe edilir. Binde 1.4 oranında görülür.

10.Konjenital intestinal obstrüksiyon semptom ve bulgularına sahip bir yenidoğanda, ayakta direkt karın grafisinde sıvı gaz seviyeleri varsa bir sonraki tetkikiniz ne olur?

- a) Kolon grafisi
- b) Ultrasonografi
- c) Komputerize tomografi
- d) Mide duodenum grafisi
- e) İnvogram

Cevap A (Başıaklar, Yenidoğanın Cerrahi Hastalıkları, 1.baskı, 1996, s.160; Ascraft, Pediatric Surgery, 3.baskı, 2000, s.458)

Konjenital bağırsak tıkanıklıklarında çekilecek olan mide duodenum grafisi yarar sağlamaz. Fakat kolon grafisi ile kullanılmamış kolon (atrezilerde), konjenital megakolon, mekonyum ileus gibi hastalıkların ayırıcı tanısı yapılır.

11.Aşağıdaki anomali veya sendromlardan hangisi gastroşizisde sık görülür?

- a) Beckwith-Wiedeman sendromu
- b) Trizomi 21

- c) Üst-orta hat sendromu
- d) İnmemiş testis
- e) Alt-orta hat sendromu

Cevap D (Bax, Surgery of the Newborn, 1.baskı, 1994, s.306)

Beckwith-Wiedeman sendromu, Trizomi 21, üst ve alt orta hat sendromları, omfalosel ile birlikte görülen sendromlardır.

12.Bir yenidoğanda aşağıdakilerden hangisi safrsız kusma sebeplerinden değildir?

- a) Gastrik volvulus
- b) İnfantil hipertrofik pilor stenozu
- c) Pilorik atrezi
- d) Annüler pankreas
- e) Antral web

Cevap D (Tam, Surgery of the Newborn, 1.baskı, 1994, s.85)

Gastrik volvulus, infantil pilor stenozu, pilorik atrezi ve antral web mide çıkış obstrüksiyonu oluşturan hastalıklardır. Annüler pankreas ise duodenal obstrüksiyon oluşturarak safralı kusmaya neden olur.

13.Posterior üretral valv saptanan bir bebekte aşağıdaki patolojilerden hangisi beklenmez?

- a) Vezikoureteral reflü
- b) Mesanede trabekülasyon
- c) Penil üretrada stenoz
- d) Nörojen mesane
- e) Hidroüreteronefroz

Cevap C (Ahmed, Surgery of the Newborn, 1.baskı, 1994, s.711)

Posterior üretral valv'li olgularda valv'in proksimalindeki üriner sistemde obstrüksiyona sekonder patolojiler gözükülebilir. Penil üretrada stenoz posterior üretral valve bağlı patolojilerden değildir.

14.Hirschsprung hastalığının etyolojisinde aşağıdaki faktörlerden hangisi rol oynamaz?

- a) Nöroblastların gücünün duraksaması
- b) Familyal faktörler
- c) Bağırsakların kan dolaşımında bozukluk
- d) Mikçevre defekti
- e) Gastroenterit

Cevap E (Teitelbaum, Pediatric Surgery, 5.baskı, 1998, s.1381)

Enterokolit dışındaki diğer faktörler Hirschsprung hastalığının etyolojisinden sorumlu tutulmaktadır. Enterokolit ise hastalığın etyolojik bir faktörü değil, bir komplikasyonudur.

15. Aşağıdakilerden hangisi veziköüreteral reflünün cerrahi endikasyonlarından değildir?

- Antibiyotik profilaksisine rağmen renal hasar gelişmesi
- Unilateral beşinci derece veziköüreteral reflü
- Antibiyotik profilaksisine rağmen idrar yolu enfeksiyonunun yinelenmesi
- Antibiyotik profilaksisi esnasında hastanın piyelonefrit geçirmesi
- Bilateral ikinci derece veziköüreteral reflü

Cevap E (Rowe, *Essentials of Pediatric Surgery*, 1. baskı, 1995, s.725)

Yüksek dereceli veziköüreteral reflülü çocuklarda tedavi cerrahidir. Düşük dereceli veziköüreteral reflülü çocuklarda prepubertal yaşa kadar antibiyotik profilaksisi uygulanır. Ancak profilaksi esnasında hastada yeni böbrek hasarı gelişirse, idrar yolu enfeksiyonları yineler veya kontrol edilemezse cerrahi endikasyon mevcuttur. Reflünün tek veya çift taraflı olması tedavi planını etkilemez.

16. Beckwith-Wiedemann sendromu, sporadik aniridia veya hemihipertrofi ile birlikte sık görülen çocukluk çağı tümörü aşağıdakilerden hangisidir?

- Nöroblastoma
- Wilms tümörü (nefroblastoma)
- Böbrek hücreli karsinom
- Mezoblastik nefroma
- Rabdomyosarkoma

Cevap B (Rowe, *Essentials of Pediatric Surgery*, 1. baskı, 1995, s.260)

Beckwith-Wiedemann sendromu, sporadik aniridia veya hemihipertrofi bulunan, özellikle 11p13 kromozomunda delesyon bulunan olgularda (WT2-1 geni) Wilms tümörü sık görülür.

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

- Inguinal herni
- Hipospadias
- Epispadias
- Mesane ekstrofisi
- Özefagus atrezisi

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

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

18. Aşağıdakilerden hangisi gastroşizisin özelliklerindedir?

- Umbilikustan çıkan bir defektir.
- Üzeri bir membranla örtülüdür.

- Daima malrotasyon eşlik eder.
- Öncelikle medikal tedavi uygulanır.
- Defektten en sık çıkan organ karaciğerdir.

Cevap C (Rowe, *Essentials of Pediatric Surgery*, 1. baskı, 1995, s.431-440)

Gastroşizis umbilikusun lateralinde, genellikle sağda yer alan periumbilikal konjenital bir defektir. Defektten en sık çıkan organlar ince bağırsaklar ve midedir. Bağırsaklar doğrudan amniyotik sıvı ile temas halinde olup üzeri bir membranla örtülü değildir. Bağırsakların batin içerisine dönmesinde bir defekt olduğundan daima malrotasyon eşlik eder. Tedavisi cerrahidir.

19. Sekiz aylık erkek bir bebek aniden ayaklarını karnına çekerek ağlamaya başlamış ve daha sonra rahatlamıştır. Ancak bu ataklar periyodik olarak devam etmiştir. Toplam 4 kez kusan hastanın son kusması safralıdır. Yapmış olduğu gaita kanlı, çilek jölesi görünümündedir. Muayenede sağ üst karında kitle palpe edilmiştir. Olası tanınız nedir?

- Perfore appendisit
- İnvaginasyon
- Nekrotizan enterokolit
- Ülseratif kolit
- Paralitik ileus

Cevap B (Rowe, *Essentials of Pediatric Surgery*, 1. baskı, 1995, s.542)

İnvaginasyon en sık 8 ay civarında erkek bebeklerde ortaya çıkar. Kolik karakterde ağrı ve parlak kırmızı renkli rektal kanama önemli özelliklerindedir. En sık terminal ileum eldiven parmağı tarzında çekumdan çıkan kolon içerisine girer ve bunun oluşturduğu kitle epigastrium veya sağ üst abdumende palpe edilebilir. Appendisit 1 yaşın altında nadirdir ve genellikle kolik ağrıya neden olmaz. Nekrotizan enterokolit bir yenidoğan hastalığıdır. Paralitik ileus spesifik bir hastalık değildir. Bulgular ülseratif kolitin özellikleriyle uyuşmamaktadır.

20. Basit özefagial atrezide aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- İmlik bronkopnömoni belirgindir.
- Abdomende gaz bulunmaz.
- Kolon gazı artmıştır.
- Özefagus uçları birbirine yakındır.
- Yandaş anomali olmaz.

Cevap B (Coran, *Pediatric Surgery*, 5. baskı, 1998, s.955)

Basit tip özofagus atrezisinin temel özelliği fistülsüz oluşu nedeni ile karında hiç gaz olmamasıdır.

21. Kloaka'yı mesane ve rektum diye ayıran aşağıdaki anatomik yapılardan hangisidir?

- Primitif ön mezanşim
- Pousseuille fasyası
- Simmelweis çukuru
- Ratke kıvrımı
- Herkheimer septumu

ÇOCUK CERRAHİSİ

Cevap D (Coran, *Pediatric Surgery*, 5.baskı, 1998, s.1427)

Ratke yandan ortaya doğru ve Tourneux kıvrımı yukardan aşağıya doğru kloakayı rektum ve ürogenital sinuse ayırırlar.

22.Hipospadias aşağıdaki işlevlerin hangisinde bozukluk yapmaz?

- a) Ereksiyon
- b) Miksiyon
- c) Defekasyon
- d) Ejakülasyon
- e) Ereksiyonda ağrı

Cevap C (Coran, *Pediatric Surgery*, 5.baskı, 1998, s.1761)

Defekasyon hariç hepsi hipospadiasın yol açtığı sorunlardır.

23.Neonatogramda çift balon belirtisi altında yatan patolojiyi bulmada aşağıdakilerden hangisi yol gösterici değildir?

- a) Baryumlu lavman
- b) Fenil keton cisimciği tayini
- c) Kromozom analizi
- d) Selenyummetiyonin 75 radyosintigrafisi
- e) Laparotomi

Cevap B (Coran, *Pediatric Surgery*, 5.baskı, 1998, s.1135-1138)

Çift balon bulgusu ayakta direkt karın grafisinde ortaya çıkan duodenal tıkanıklıkları ortaya koyan bir bulgudur ve duodenal atrezi ve anüler pankreasa özgüdür. Her ikisinde de Down Sendromu yüksektir (%30-50). Kromozom analizi ile prenatal dönemde ortaya konur. Baryumlu lavman malrotasyona bağlı duodenal tıkanıklığı ortaya koymaya yarar. Selenyummetiyonin sintigrafisi anüler pankreası ortaya koyar. Laparotomi ile bunlara kesin tanı konulur. Fenil keton cisimciği tayini ise fenilketonüri için gereklidir, duodenal tıkanıklıkla ilgisi yoktur.

24.Yenidoğanda en sık karşılaşılan karın içi malign kitle aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Nöroblastom
- b) Mesane globu

- c) Teratom
- d) Hidronefroz
- e) Primer karaciğer urları

Cevap A (Coran, *Pediatric Surgery*, 5.baskı, 1998, s.405)

Yenidoğanda en sık karşılaşılan malign karında kitle nedeni nöroblastomadır.

25.Wangensteen-Rice yöntemi aşağıdaki hastalıkların hangisinde tanısız nitelik taşır?

- a) Kedi tırmığı hastalığı
- b) Üreterosele
- c) Rektal agenez
- d) İleal atrezi
- e) Doğuştan diyafragma hernisi

Cevap C (Raffensperger, *Pediatric Surgery*, 4.baskı, s.553)

Wangensteen-Rice grafisi anal ve rektal atrezilerde seviyeyi belirlemede kullanılır.

26.Sakrokoksigeal teratomlar gözönüne alındığında hangisi yanlıştır?

- a) İlk hafta içinde çıkarılmalıdır.
- b) Kız çocuklarında daha sık görülür.
- c) Solid kapsam arttıkça malignite artar.
- d) Beklenirse immatür dokular malignleşebilir.
- e) Cerrahisinde Koksiks korunmalıdır.

Cevap E (Coran, *Pediatric Surgery*, 5.baskı, 1998, s.454)

Koksiks çıkarılmazsa nüks ortaya çıkar.

27.11p-15 delesyonu tanımlanan bir çocukta uyumsuz olanı bulunuz.

- a) Wilms
- b) Hepatoblastoma
- c) Omfalosel
- d) Adrenal kortikal
- e) Hidrosefali

Cevap E (Coran, *Pediatric Surgery*, 5.baskı, 1998, s.391-392)

11p-15 WBS sendromunun genetik temelidir. Bu sendromun omfalosel, Wilms, hepatoblastoma, adrenal kortikal Ca'larla birlikteliği vardır. Hidrosefali ile ilgisi yoktur.

GÖZ HASTALIKLARI

1. Kistoid maküla ödemi aşağıdakilerden hangisinin karakteristik özelliği değildir?

- a) Afaki
- b) Kronik iritis
- c) Pars planitis
- d) Diabetik retinopati
- e) Santral seröz retinopati

Cevap E (Hagerstown, Ocular Pathology: A Text and Atlas, s.73,78,123,136,168)

Kistoid maküla ödemi santral seröz retinopati olgularında görülmez. Santral seröz retinopatide retina pigment epitelinde küçük bir odaktan sızan sıvı, bu alanın altında toplanır. Bunun yanında kistoid maküla ödemi diğer durumların hepsinde sıklıkla görülür.

2. Aşağıdakilerden hangisi presbiyopi için doğrudur?

- a) Kadınlarda, erkeklerden daha erken semptomatik hale gelir.
- b) Erkeklerde, kadınlardan daha erken semptomatik hale gelir.
- c) Düzeltilmemiş hipermetroplarda, düzeltilmemiş miyoplardan daha erken semptomatik hale gelir.
- d) Düzeltilmemiş miyoplarda, düzeltilmemiş hipermetroplardan daha erken semptomatik hale gelir.
- e) Küçük pupilli hastalarda, geniş pupilli hastalardan daha erken semptomatik hale gelir.

Cevap C (Sloane, Manual of Refraction, 3.baskı, s.131-141)

3. Aşağıdakilerden hangisi kornea yara iyileşmesini olumsuz yönde etkiler?

- a) Topikal kortikosteroidler
- b) Alfa kimotripsin
- c) Topikal damlalar
- d) Göz içi sodyum hyaluronat
- e) Terapötik kontakt lens

Cevap A (Wilson II FM. External disease and cornea. Basic and Clinical Science Course. 1991-1992. San Fransisco: American Academy of Ophthalmology, 1990:237-277)

Topikal steroidler stromal yara iyileşmesini kullanım sıklığı, tipi ve ilaç konsantrasyonuna bağlı olarak azaltırlar.

4. İki yaşındaki bir çocukta, aşağıdaki mikroorganizmalardan hangileri orbital sellülit etiolojisinde en sık izlenir?

- a) S. aureus, E. coli, N. catarrhalis
- b) S. pyogenes, N. meningitidis, P. aeruginosa
- c) P. acnes, S. pneumoniae, B. burgdorferi
- d) N. meningitidis, S. viridans, T. pallidum
- e) H. influenzae, S. pneumoniae, S. aureus

Cevap E (Weiss A, Friendly D, Eglin K, et al. Bacterial periorbital and orbital cellulitis in childhood. Ophthalmology 1983; 90:195-203)

Orbital sellülit oluşumundan sorumlu ajanlar yaşla birlikte değişmektedir. Neonatlarda, S. aureus ve gram (-) basiller, 6 ay-5 yaş arasındaki çocuklarda H. influenzae, S. pneumoniae, S. aureus en sık izlenir. Daha ileri yaşlarda ise S. aureus ve S. pneumoniae majör etiyojik ajandır.

5. Aşağıdakilerden hangisi psödo-papil ödemi nedeni değildir?

- a) Optik sinir başı druzeni
- b) Psödötümör serebri
- c) Yüksek hipermetropi
- d) Optik disk üzerinde glial doku
- e) Hyaloid arter kalıntıları

Cevap B (Del Monte MA, Greenwald MJ, Mets MB, et al. Pediatric Ophthalmology and Strabismus Basic and Clinical Science Course. San Fransisco: American Academy of Ophthalmology, 1996:141)

Psödötümör serebri kafa içi basınç artışı ile birlikte gerçek papil ödemi neden olur.

6. Aşağıdakilerden hangisi lökokori nedeni değildir?

- a) Retinoblastom
- b) Prematür retinopati
- c) Persistan hiperplastik primer vitreus
- d) Adrenolökodistrofi
- e) Matür katarakt

Cevap D (Del Monte MA, Greenwald MJ, Mets MB, et al. Pediatric Ophthalmology and Strabismus Basic and Clinical Science Course. San Fransisco: American Academy of Ophthalmology, 1996:112-120)

Sadece adrenolökodistrofi gözde lökokori nedeni olabilecek opasite oluşturmaz.

7. Aşağıdakilerden hangisi diabetik retinopati bulgusu değildir?

- a) Mikroanevrizma
- b) Retinal hemoraji
- c) Retinal neovaskülarizasyon
- d) Eksuda
- e) Druzen

Cevap E (*Fraunfelder, Current Ocular Therapy, 2000, s.117-119*)

Druzen, retina dış katlarında lipofuksin birikmesi ile oluşan dejeneratif bir lezyon olup diabetik retinopatiye ait bir bulgu değildir.

8. Aşağıdakilerden hangisi pitozis nedeni değildir?

- a) Üçüncü sinir felci
- b) Myastenia gravis
- c) Horner sendromu
- d) Blefarofimozis sendromu
- e) Dermatoşalazis

Cevap E (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 4.baskı, 1999, s.32*)

9. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde kuru göz görülmez?

- a) Romatoid artrit
- b) A vitamini yetersizliği
- c) Diabetes mellitus
- d) Sjögren sendromu
- e) Trahom

Cevap C (*The Wills Eye Manual, 1994, s.54*)

10. Aşağıdakilerden hangisi regmatojen retina dekolmanının belirtisi değildir?

- a) Fotopsi
- b) Sinek uçuşmaları
- c) Görme keskinliğinde azalma
- d) Ağrı
- e) Görme alanı kaybı

Cevap D (*Collin, Ophthalmic Desk Reference, 1991, s.443-453*)

Retina dekolmanı ağrıya neden olmaz.

11. Yenidoğanın gonokoksik konjonktivite hangi ilaç spesifiktir?

- a) Tetrasiklin
- b) Kloramfenikol
- c) Penisilin
- d) Asiklovir
- e) Eritromisin

Cevap C (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3.baskı, 1994, s.83*)

12. Hangisi açık açılı glokom tedavisinde kullanılan ilaçlardan değildir?

- a) Beta blokerler
- b) Midriyatik-sikloplejikler
- c) Miyotikler
- d) Karbonik anhidraz inhibitörleri
- e) Sempatomimetikler

Cevap B (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3.baskı, s.273-276*)

Beta bloker ilaçlar ve karbonik anhidraz inhibitörleri aköz hümör yapımını azaltarak, miyotikler aköz hümörün dışa akımını artırarak, sempatomimetik ajanlar ise her iki mekanizma üzerinden göz içi basıncı düşürerek açık açılı glokom tedavisinde kullanılmaktadırlar. Midriyatik-sikloplejik etkili parasempatolitik ajanlar ise göz içi basıncında dışa akımı azaltma yoluyla artışa neden olurlar.

13. Primer konjenital glokomda aşağıdakilerden hangisi görülmez?

- a) Korneada bulanıklık
- b) Buftalmus
- c) Açıda neovaskülarizasyon
- d) Descemet zarında kırıklar
- e) Optik diskte çukurlaşma

Cevap C (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 4.baskı, 1999, s.236*)

14. Aşağıdaki ilaç gruplarından hangisi akut açı kapanması glokomuna neden olabilir?

- a) Aminoglikozidler
- b) Mast hücre stabilizatörleri
- c) Trisiklik antidepresanlar
- d) Kalsiyum kanal blokörleri
- e) Kortikosteroidler

Cevap C (*Ritch, The Glaucomas. Glaucoma Therapy, 2.baskı, s.1191*)

Bu grup ilaçlar antikolinergik etkileri nedeniyle midriyazise ve buna bağlı olarak dar açılı hastalarda akut açı kapanması glokomuna neden olabilmektedirler. Aminoglikozidler, mast hücre stabilizatörleri, kalsiyum kanal blokörleri ve kortikosteroidlerin bu yönde bildirilmiş etkileri yoktur.

15. Aşağıdakilerden hangisinde lens dislokasyonu görülmez?

- a) Marfan sendromu
- b) Homosistinüri
- c) Weill-Marchesani sendromu
- d) Albinizm
- e) Ehlers-Danlos sendromu

Cevap D (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3.baskı, 1994; Podos, Textbook of Ophthalmology, 1994*)

16. Blow-out fraktürlerinde hangisi görülmez?

- a) Endoftalmi
- b) İntraorbital sinir anestezisi
- c) Diplopi
- d) Perioküler subkutanöz amfizem
- e) Lakrimasyon

Cevap E (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, 1994; Podos, *Textbook of Ophthalmology*, 1994)

17. Aşağıdakilerden hangisi göz kapağının en sık rastlanan malign tümörüdür?

- a) Skuamöz hücreli karsinom
- b) Bazal hücreli karsinom
- c) Malign melanom
- d) Sebace gland karsinomu
- e) Kaposi sarkomu

Cevap B (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, 1994, s.7)

Bazal hücreli karsinom göz kapağı malign tümörlerinin %90'ını oluşturur.

18. Dev papiller konjonktivit aşağıdaki durumlardan hangisinde görülür?

- a) Adenoviral konjonktivit
- b) Kontakt lens kullanımı
- c) Akantomoeba infeksiyonu
- d) İlaç toksisitesi
- e) Meibomian bez disfonksiyonu

Cevap B (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 4.baskı, 1999, s.145)

19. Aşağıdakilerden hangisi orbita duvarını oluşturan kemiklerden değildir?

- a) Zigomatik kemik
- b) Maksiller kemik
- c) Parietal kemik
- d) Palatin kemik
- e) Ethmoid kemik

Cevap C (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, 1994, s.28)

Orbita duvarı maksiller, sfenoid, frontal, ethmoid, zigomatik, palatin, lakrimal kemiklerden oluşur.

20. Strabismik ambliyopi tedavisi için hassas süre kaç yaşına kadardır?

- a) 5
- b) 9
- c) 12
- d) 15
- e) 20

Cevap B (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, 1994, s.445)

21. Konjenital duktus nazolakrimalis tıkanıklığı ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Tıkanıklık genellikle Hasner valvülü düzeyindedir.
- b) Semptomları gözde sulanma ve çapaklanmadır.
- c) Ayırıcı tanısında konjenital glokom göz önüne alınmalıdır.
- d) Tedavisi için birinci ayda probing yapılmalıdır.
- e) Probing iki kez yapılmasına rağmen başarısız ise dakriosistorinostomi ameliyatı yapılır.

Cevap D (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, 1994, s.35)

Konjenital duktus nazolakrimalis tıkanıklıklarında ilk tedavi hidrostatik masajdır. Probing 12 aydan önce yapılmamalıdır, çünkü %95 olguda ilk 12 ay içinde spontan kanalizasyon olur.

22. Aşağıdaki metabolik hastalıklardan hangisi metabolik katarakt nedeni değildir?

- a) Diabetes mellitus
- b) Hipokalsemi
- c) Galaktozemi
- d) Wilson hastalığı
- e) Hipotiroidi

Cevap E (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, 1994; Podos, *Textbook of Ophthalmology*, 1994)

23. Aşağıdakilerden hangisi neonatal konjonktivit türü değildir?

- a) Adenoviral konjonktivit
- b) Klamidyal konjonktivit
- c) Gonokoksik konjonktivit
- d) Kimyasal konjonktivit
- e) Bakteriyel konjonktivit

Cevap A (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, 1994, s.83)

Neonatal konjonktivitin en önemli sebepleri klamidy, gonokoklar, bakteriler, kimyasal ajanlar ve herpes simpleks virüsüdür.

24. Aşağıdakilerden hangisi intakt kornea epiteli varlığında bakteriyel keratit yapmaz?

- a) Neisseria gonorrhoeae
- b) Corynebacterium diptheria
- c) Haemophilus sp
- d) Listeria sp
- e) Pseudomonas aeruginosa

Cevap E (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, 1994, s.104)

Pseudomonas aeruginosa kornea epiteli bütünlüğü bozulduğu hallerde keratit yapabilir.

25. Aşağıdakilerden hangisi diabetik retinopati bulgusu değildir?

- a) Sert eksuda
- b) Demarkasyon hattı
- c) Mikroanevrizma
- d) İntraretinal hemoraji
- e) Yumuşak eksuda

Cevap B (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 4.baskı, 1999, s.465-480)

26. Üveitle ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Akut unilateral üveitli tüm genç erkek hastalarda yakınması olmasa bile Aniklozan Spondilit araştırılmalıdır.
- b) Juvenil kronik artrit çocuklarda önceleri asemptomatik giden anterior üveite yol açabilir.
- c) Üveit tedavisinde kullanılan temel ajanlar midriyatikler, steroidler, sitotoksik ajanlar ve siklosporindir.
- d) Vogt-Koyanagi-Harada sendromuna deri, saç ve gastrointestinal sistem bulguları eşlik eder.
- e) Behçet hastalarının yaklaşık %70'inde rekürren, bilateral, non-granüloamatöz üveit gelişir.

Cevap D (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, 1994, s.152-200)

Vogt-Koyanagi-Harada sendromuna deri, saç ve nörolojik bulgular eşlik eder.

27. Optik nöropatide hangisi görülmez?

- a) Görme keskinliği azalır.
- b) Görme alanında skotom olur.
- c) Pupilla ışık refleksi zayıflar.
- d) Fotopsi olur.
- e) Renkler soluk görülür.

Cevap D (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, 1994, s.457)

28. Göz tümörleri ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Koroid malign melanomu erişkinlerde en sık görülen primer göz içi tümürüdür.
- b) Koroid malign melanomunun en sık uzak metastaz yeri santral sinir sistemidir.
- c) Koroid malign melanom tedavisinde seçenekler enükleasyon, brakiterapi, fotokoagulasyon ve kemoterapidir.
- d) Retinoblastom çocukluk çağının en sık görülen primer malign intraokuler tümürdür.
- e) Lökokori ve strabismus retinoblastomun en sık görülen semptomlarıdır.

Cevap B (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, 1994, s.202-232)

Koroid malign melanomu uzak metastazları %97 oranında karaciğer ve akciğere olur.

29. Aşağıdakilerden hangisi primer açık açılı glokom tedavisi için uygun bir seçenek değildir?

- a) Lazer iridotomi
- b) Lazer trabeküloplasti
- c) Latanoprost
- d) Hepsi
- e) Hiçbiri

Cevap A (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, 1994, s.234-283)

Lazer iridotomi açılı kapanması glokomu için uygun bir tedavi seçeneğidir.

30. Kataraktla ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Konjenital kataraktların yaklaşık 1/3'ü herediterdir.
- b) Miyotonik distrofi ve atopik dermatit önemli presenil katarakt nedenleridir.
- c) Erişkinlerde afakinin düzeltilmesi için en uygun yöntem intraokular lens implantasyonudur.
- d) Konjenital katarakt tedavisinde uygulanan cerrahi teknikler lens aspirasyonu veya lensektomidir.
- e) Erişkin katarakt cerrahisinde en sık uygulanan yöntemler intrakapsüler lens ekstraksiyonu ve fakoemülsifikasyondur.

Cevap E (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, 1994, s.286-309)

Erişkin katarakt cerrahisinde en sık uygulanan yöntemler ekstrakapsüler katarakt ekstraksiyonu ve fakoemülsifikasyondur.

31. AIDS'in göz bulguları arasında hangisi yanlıştır?

- a) Retinada mikroanjyopati
- b) Gözde oportunist enfeksiyonlar
- c) Kaposi sarkomu
- d) Nörooftalmolojik lezyonlar
- e) Sekonder glokom

Cevap E (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, 1994, s.168)

32. Aşağıdakilerden hangisi vernal keratokonjonktivite rastlanılan korneal değişikliklerden değildir?

- a) Punktat epiteliyopati
- b) Makroerozyonlar
- c) Psödogerontoksan
- d) Korneal plak
- e) Poliozis

GÖZ HASTALIKLARI

Cevap E (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, 1994, s.84)

33.Şaşılıkla ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Pseudoezotropeya geniş epikantal kıvrımlar ve yassı burun köküne bağlı ortaya çıkan yalancı içe şaşılık görünümüdür.
- b) Akomodatif ezotropeya tipik olarak nistagmus ile beraberdir.
- c) İnfantil ezotropeya çapraz fiksasyon nedeniyle bilateral 6. sinir paralizisi ile karışabilir.
- d) Şaşılık tespit edilen tüm olgularda organik bir hastalığı ekarte etmek için dikkatli fundus muayenesi yapılmalıdır.
- e) Refraktif akomodatif ezotropeya aşırı hipermetropiye bir yanıt olarak ortaya çıkar.

Cevap B (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, 1994, s.428-453)

Nistagmus akomodatif ezotropeyaya değil infantil ezotropeyaya eşlik edebilen bir bulgudur.

34.Gözün primer pozisyonunda, üst oblik kasının primer fonksiyonu nedir?

- a) İntorsiyon
- b) Ekstorsiyon
- c) Abduksiyon
- d) Adduksiyon
- e) Hiçbiri

Cevap A (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, 1994, s.428)

35.Aşağıdakilerden hangisi orbitanın medial duvarını oluşturan kemiklerden değildir?

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

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

Orbitanın medial duvarını oluşturan 4 kemik vardır. Bunlar, maksiller, lakrimal, sfenoid ve etmoid kemiktir.

36.Ezotropeya nedir?

- a) Gözde manifest dışa kayma
- b) Gözde latent dışa kayma
- c) Gözde manifest içe kayma
- d) Gözde latent içe kayma
- e) Gözde manifest yukarı kayma

Cevap C (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 4.baskı, 1999, s.536)

37.Aşağıdakilerden hangisi kornea hastalıklarının semptomlarından değildir?

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

Cevap C (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 2.baskı, s.88-89)

Kornea hastalıklarının semptomları, ağrı, görme azalması, halo ve lakrimasyondur. Pürülan akıntı ise konjonktiva hastalıklarının semptomudur.

38.Aşağıdakilerden hangisi primer açık açılı glokom özelliklerinden değildir?

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

Cevap E (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 2.baskı, s.206)

39.Aşağıdakilerden hangisi Horner Sendromunun klinik özelliklerinden değildir?

- a) Midriyazis
- b) Enoftalmus
- c) Ptozis
- d) Akomodasyon amplitüdünde artış
- e) Alt kapakta yükselme

Cevap A (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 2.baskı, s.475)

Horner sendromunda pupilde midriyazis değil miyozis görülür.

40.Aşağıdakilerden hangisi anterior üveit bulgusu değildir?

- a) Keratit presipitat
- b) Konjonktivada yüzeysel hiporemi
- c) Aköz hümörde bulanıklık (flore)
- d) Ön kamarada hücre
- e) Posterior sineşi

Cevap B (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 2.baskı, s.137-139)

Anterior üveitlerde konjonktivada silier injeksiyon görülür.

41.Aşağıdakilerden hangisi korneanın katlarından değildir?

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

Cevap E (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, 1994, s.10)

Kornea dıştan içe epitel, Bowman, Stroma, Descement membranı ve endotelten oluşur.

42. Aşağıdakilerden hangisi konjenital glokomun muayene bulgularından değildir?

- a) Mikroftalmi
- b) Descement membranda yırtık
- c) Göziçi basıncı yüksektir.
- d) Glokomatöz culping
- e) Ön kamara derindir.

Cevap A (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, 1994, s.26)

Konjenital glokomun bulgusu buftalmustur.

43. Aşağıdakilerden hangisi tiroid oftalmopatinin göz bulgularından değildir?

- a) Kemozis
- b) Kapak retansiyonu
- c) Propitozis
- d) Ekstraoküler adale fibrozisi
- e) Hifema

Cevap E (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 4.baskı, 1999, s.558)

44. Fuchs üveit sendromu bulgularından olmayan hangisidir?

- a) Keratik presipitat
- b) Pupil miyotik
- c) Hiterokomi
- d) İriste stromal atrofi
- e) Posterior sineşi yoktur.

Cevap B (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, 1994, s.188-189)

Bu hastalarda pupil diğer pupile göre daha genişdir.

45. Dalen-Fuchs nodülü hangi hastalıkta görülür?

- a) Primer açık açılı glokom
- b) Katarakt
- c) Sempatik üveit
- d) Dakriyosistit
- e) Konjonktivit

Cevap C (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, 1994, s.19)

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

46. Fakolitik glokom hangi durumda görülür?

- a) Hipermatür katarakt
- b) Entümesan katarakt
- c) Olmuş senil katarakt
- d) Lens kapsülünde rüptür
- e) Nükleer katarakt

Cevap A (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, 1994, s.263)

47. Retina venöz obstrüksiyonlarında hangisi risk faktörü değildir?

- a) İleri yaş
- b) Sistemik hipertansiyon
- c) Polisitemi
- d) Sickle-cell anemi
- e) Emboli

Cevap E (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, 1994, s.357)

48. Hangisi konjonktiva hastalıklarında görülen folliküler reaksiyon yapan nedenlerden değildir?

- a) Viral infeksiyonlar
- b) Klamidyal infeksiyonlar
- c) Parinsudun okuloglandüler sendromu
- d) Vernal hastalık
- e) Topikal ilaçlara karşı sentitinte reaksiyonu

Cevap D (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, 1994, s.72-73)

Vernal hastalıkta papiller reaksiyon görülür.

49. Çocukluk çağıının en sık primer, malign intraoküler tümörü hangisidir?

- a) Retinoblastom
- b) Astrositom
- c) Koroid melanomu
- d) Medulloepiteliyom
- e) Koroid hemanjiomu

Cevap A (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 4.baskı, 1999, s.337)

50. Aşağıdakilerden hangisi, özellikle AIDS'de görülen göz patolojilerinden birisi değildir?

- a) Sitomegalovirus retinitisi
- b) Molluscum contagiosum
- c) Bacillus cereus endoftalmisi
- d) Kaposi sarkomu
- e) Pneumocystis carinii koroiditi

Cevap C (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 4.baskı, 1999, s.285)

Bacillus cereus endoftalmisi, sıklıkla cerrahi olmayan travmalar sonrası görülen bir klinik durumdur.

51. Optik nevrit ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Tanı en iyi ERG ile konur.
- b) Viral enfeksiyona bağlı gelişebilir.
- c) Demiyelinizan hastalıklarda görülebilir.
- d) Santral skotoma yol açabilir.
- e) Optik disk görünümü normal olabilir.

Cevap A (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 4.baskı, 1999, s.590-593)

GÖZ HASTALIKLARI

52. Aşağıdakilerden hangisi, esansiyel infantil ezotropanın bulgusu olamaz?

- a) Kayma miktarı 30 prizma dioptriden büyüktür.
- b) Genellikle +3.00 dioptriden fazla kırma kusuru vardır.
- c) Çapraz fiksasyon (cross-fixation) olabilir.
- d) Değişik derecelerde ambliopi gelişebilir.
- e) Genelde, erken dönemde cerrahi tedavi gerekir.

Cevap B (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 4.baskı, 1999, s.538)

Esansiyel infantil ezotropanya refraksiyon kusuru genelde +2.00 dioptriden azdır.

53. Aşağıdakilerden hangisi görme yoluna ait değildir?

- a) Nervus opticus
- b) Chiasma opticum
- c) Tractus opticus
- d) Colliculus inferior
- e) Colliculus superior

Cevap D (Sobotta, *Atlas der Anatomie des Menschen*, 1.cilt, 18.baskı, 1982, s.236)

Colliculus inferior işitme yollarının bir parçasıdır.

54. Aşağıdakilerden hangisi diyabetin neden olduğu ve körlüğün en sık nedenlerinden biri sayılan göz patolojisidir?

- a) Katarakt
- b) Diyabetik papillopati
- c) İskemik optik nöropati
- d) Diyabetik retinopati
- e) Diyabetik 6. kranial sinir paralizisi

Cevap D (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 4.baskı, 1999, s.465)

20-65 yaş arası bilinen en sık körlük nedeni diyabetik retinopatidir.

55. Aşağıdaki klinik durumların hangisinde göz tutulumu beklenmez?

- a) Primer sifiliz
- b) Sekonder sifiliz
- c) Tersiyer sifiliz
- d) Konjenital sifiliz
- e) Sarkoidoz

Cevap A (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 4.baskı, 1999, s.291)

Primer sifilizde mikroorganizmanın giriş yerinde şankr denilen lezyon oluşur. Primer olarak gözü tutan bir lezyon değildir.

56. Aşağıdakilerden hangisi diyabetin göz komplikasyonlarından biri değildir?

- a) Katarakt
- b) Retinopati
- c) Neovasküler glokom

- d) Optik nöropati
- e) İnterstisyel keratit

Cevap E (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 4.baskı, 1999, s.108)

İnterstisyel keratit sifiliz ve Cogan sendromuna özel bir klinikte.

57. Aşağıdaki testlerden hangisi retinanın fonksiyonlarını değerlendirmede kullanılmaz?

- a) Görme keskinliği ölçümü
- b) Renkli görme testi (Ishihara eşeli)
- c) Elektroretinografi
- d) Hirschberg testi
- e) Karanlık adaptasyon testi

Cevap D (Ryan, *Retina*, 2.cilt, 1989, s.255)

Hirschberg testi şaşılığın miktarını belirlemekte kullanılır.

58. Sarkoidozda aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) En sık oküler bulgu anterior granülomatöz üveittir.
- b) Retinal periflebit görülebilir.
- c) Karakteristik patolojik bulgu kazeifikasyon göstermeyen granülozdur.
- d) Kveim deri testi oküler inflamasyonu alevlendirir.
- e) Optik sinir başı granülomu görülebilir.

Cevap D (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 4.baskı, 1999, s.558)

59. Aşağıdaki patolojilerden hangisi öncelikle arka kutbu tutan bir hastalık değildir?

- a) Senil makula dejeneresansı
- b) Stargart hastalığı
- c) Retinitis pigmentosa
- d) Santral seröz korioretinopati
- e) Diyabetik retinopati

Cevap C (Ryan, *Retina*, 2.cilt, 1989, s.315)

Retinitis pigmentosa periferden başlayan lezyonlarla karakterizedir.

60. Papil ödemi için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Genellikle çift taraflıdır.
- b) En sık sebebi kafaiçi basınç artışıdır.
- c) Görme erken devrede azalır.
- d) Tedavi edilmezse geç dönemde optik atrofi gelişir.
- e) Erken devrede papillada spontan venöz pulsasyon kaybolur.

Cevap C (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, 1994)

61. Aşağıdakilerden hangisi kirpiklerin dökülmesini tanımlayan sözcüktür?

- a) Trikiyazis
- b) Madarozis
- c) Pitriyazis
- d) Ektropion
- e) Poliosis

Cevap B (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 4.baskı, 1999, s.3-5)

Trikiyazis kirpiklerin içe dönmesi, pitriyazis kirpiklerin bit enfestasyonu, ektropion göz kapağının dışa dönmesi, poliosis kirpiklerin beyazlamasıdır.

62. Aşağıdakilerden hangisi göz kapağının içe dönüklüğünü tanımlayan terimdir?

- a) Hordeolum
- b) Palazyon
- c) Entropion
- d) Pitozis
- e) Kemozis

Cevap C (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 4.baskı, 1999, s.30)

Alt ve/veya üst göz kapağının içe dönüklüğü entropion olarak adlandırılır.

63. Bant keratopatinin en sık görüldüğü durum hangisidir?

- a) Rubellaya bağlı üveit
- b) Jüvenil romatoid artritli bağlı üveit
- c) Behçet hastalığı
- d) Reiter sendromu
- e) Konjenital glokom

Cevap B (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, 1994; *Podas, Textbook of Ophthalmology*, 1994)

64. Elli yaşın üzerindeki bir hastada aniden gelişen tam bir görme kaybı olursa öncelikle aşağıdakilerden hangisi düşünülür?

- a) Akut glokom krizi
- b) Vitreus hemorajisi
- c) Santral retinal arter tıkanıklığı
- d) Santral retinal ven tıkanıklığı
- e) Üveit

Cevap C (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, 1994; *Podas, Textbook of Ophthalmology*, 1994)

65. Aşağıdakilerden hangisi sistemik lupus eritematuzusda mevcut olmayabilir?

- a) Kuru göz
- b) Sklerit
- c) Periferik kornea ülseri
- d) Optik nöropati
- e) Keratokonus

Cevap E (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, 1994; *Podas, Textbook of Ophthalmology*, 1994)

66. Neonatal konjonktivitinin en sık sebebi hangisidir?

- a) Gonokok
- b) Viral
- c) Stafilokok
- d) Pnömonokok
- e) Klamidya

Cevap E (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, 1994, s.83)

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

1. Aşağıdakilerden hangisi serviks karsinomunun etiyojisinde yer alan risk faktörlerinden değildir?

- a) Çok eşli cinsel hayat
- b) Geç menopoz
- c) Düşük sosyoekonomik düzey
- d) HPV-16-18 enfeksiyonu
- e) Nulliparite

Cevap E (*Türk Jinekoloji Derneği (TJD) Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi, Cilt 1, Sayı 3, s.95; Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.942, tablo 1 ve 2*)

Bkz. Tablo 1 ve 2.

2. Overlerden salgılanan en önemli androjenik hormon hangisidir?

- a) Androstendion
- b) Testosteron
- c) DHEA
- d) DHEAS
- e) Dehidrotosteron

Cevap A (*Türk Jinekoloji Derneği (TJD) Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi, Cilt 1, Sayı 2, s.82; Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.1142,1143*)

İnsan overinde teka hücreleri androjen yapımından sorumlu esas hücrelerdir.

LH, teka androjen sentezinin stimülasyonundan sorumludur. Bu etki FSH'nın etkisine göre daha önde gelen bir etkidir.

Over androjen sekresyonu overlerin stroması (intersitisiyel hücreler) follikülün teka hücreleri ve KL olmak üzere 3 kompartmandan salınır. İki saha ve özellikle teka hücreleri esas yapım yerleridir.

Androjenlerin teka -interstisiyel hücrelerdeki yapımının over fiziyojisi açısından iki önemli nedeni vardır:

1. Androjenler östrojen biyosentezi için gerekli maddelerdir.
2. Androjenler folliküler atrezi mekanizmasında önemli bir rol oynarlar.

Overin androjen yapımının regülasyonunda rol oynayan en etkili maddeler aşağıdaki şekilde sıralanabilir. Gonadotropinler, insülin, IGF-1 (Somatomedin C) obezite, inhibin katekolaminler, HDL tiroid disfonksiyonları (Hipotiroidi ve hipertiroidizm). Gonadotropinlerden LH, overdeki esas androjen regülatörüdür. LH tonik salınımı ile overde LH sensitizasyonu artar. LH'nin asiklik değişimleri overdeki androjen yapım miktarlarına etkiler.

Diğer yandan overde androjen yapımını inhibe eden maddeler de bulunmaktadır. Bunlar arasında basic fibroblast growth factor (β -FGF), ovarian sinir ekstreleri E2 ve katekol-östrojenler, Protein Kinaz-c, sitokinler (TNF- α), gonadotropin releasing hormone (GnRH), arjinin, vazopressin, oksitosin, ilaçlardan klomifen sitrat, ketokonazol sayılabilir.

3. Endometriozis-infertilite ilişkisinde yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Peritoneal sıvıda bulunan faktörlerin etkisi vardır.
- b) LUF sendromu görülmektedir.
- c) İmmünolojik faktörler varolabilir.
- d) Prostaglandin azlığı dikkat çekicidir.
- e) Hiperprolaktinemi olabilir.

Cevap D (*Türk Jinekoloji Derneği (TJD) Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi, Cilt 1, Sayı 2, s.82; Ersoy, Türkiye Klinikleri Kadın-Doğum Ders Notları, s.264,265*)

Orta ve ciddi endometriyoziste; pelvik anatomi bozulur. Uzun süreli ve ilerlemiş hastalarda kan sızması ve bunun organizasyonu, yaygın fibrozis, pelvik yapıların yapışması (frozen pelvis), Douglas obliterasyonu, tüplerin fimbriyal uçlarının tıkanması ve tüp ile overlerin şekil bozukluğu, tübal endometriyal dokunun tahribi olayları gerçekleşir.

Fakat bir iki peteşiyal ufak odağın infertilite ile ilgisini açıklamak kolay değildir. Normalde peritoneal sıvı 5 ml'den azdır. Ovulasyonda bu salgı 20 ml'yi bulur. Endometriyoziste odaktan salgılanma ile sıvı miktarı artar ve içeriği değişir. Prostaglandinler artar. Ovulatuvar olaylar, tübal motilite, implantasyon ve lüteal fonksiyonlarında bozukluk olur. %10-20 anovulasyon gelişir. Follikül ve korpus luteumda yetmezlik (LH Reseptör yetmezliğine bağlı lüteal faz defekti) gelişebilir. LUF sendromu (Luteinized Unruptured Follicle) olabilir. Bazal vücut ısısı, serum progesteron, endometriyal biyopsi normal olup, ovulasyon yoktur. Overde follikül çatlamaz. Peritoneal sıvı artmış olup, sıvıdaki estradiol ve progesteron düşüktür. LH piki sonrası ultrasoundda Graaf follikül iki günden fazla büyümeye devam eder. LUF normalde %5-10 olabilir.

Yetersiz LH piki olur.

Peritoneal sıvıdaki makrofajlar, immünolojik olarak etkili olur, sperm fagositozu gerçekleşir. Kompleman artışı da zigot implantasyonunu önler.

Artan prostaglandin uterin irritasyonu arttırır. İlk trimesterde düşük meydana gelir.

Tablo 1. Serviks kanserinin sık görüldüğü gruplar

- Sosyoekonomik düzeyi düşük olan kadınlar
- Erken yaşta koitusa başlayan kadınlar
- Kötü hijyenli kadınlar
- Çok eş değiştiren kadınlar
- Hayat kadınları
- Kocasını çok eşli kadınlar
- Seksüel geçişli hastalık öyküsü olan kadınlar

Tablo 2. Serviks kanseri gelişiminde rol oynadığı düşünülen faktörler

- Herpes simpleks virusu
- Human papilloma virusu
- Diğer seksüel geçişli hastalıklar
- Sigara
- Vitamin C, beta karoten ve folat eksikliği

4. Aşağıdakilerden hangisi ablasyon plasentanın komplikasyonu değildir?

- a) Gizli uterin kanama
- b) Fetal ölüm
- c) Ağrısız vajinal kanama
- d) Akut böbrek yetmezliği
- e) Tüketim koagülopatisi

Cevap C (*Türk Jinekoloji Derneği (TJD) Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi, Cilt 2, Sayı 4, 2000; Ersoy, Türkiye Klinikleri Kadın-Doğum Ders Notları, s.145*)

Ablasyon plasenta, yani plasenta dekolmanında her zaman şiddetli ağrı görülür.

5. Aşağıdakilerden hangisinde serum CA-125 düzeylerinde yükselme beklenmez?

- a) Gebelik
- b) Leiomyom
- c) Ovulasyon
- d) Kronik Hepatit
- e) Adenomyozis

Cevap C (*Danforth's Obstetrics and Gynecology, 1994, s.1007*)

6. Obstetrik kanamaların tedavisinde aşağıdakilerden hangisi en önemli rol oynar?

- a) Fibrinojen
- b) Eritrosit süspansiyonu ve taze donmuş plazma
- c) Vazopressin
- d) Heparin
- e) Epsilon aminokaproik asit

Cevap B (*Türk Jinekoloji Derneği (TJD) Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi, Cilt 2, Sayı 4, 2000; Kışınç, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.477,478*)

Uzak organların iskemik nekrozunu engellemek için taze veya tam kan transfüzyonu yapılmalıdır. Hızla yıkıldığı için fibrinojenin dışarıdan verilmesi hastanın yaşamını kurtaracaktır. Taze donmuş plazma iyi bir fibrinojen kaynağıdır. Kriyopresipitat ise taze donmuş plazmaya göre hacim başına 3-10 kat daha fazla fibrinojen içerir. Heparin ablatio plasenta'ya bağlı DIC'te kullanılmamaktadır. Ancak anormal kanama olmayan nadir mikrovasküler tromboemboli olgularında yeri vardır. Ayrıca fibrinolitik sistem inhibitörü olan epsilon-aminokaproik asit de kullanılmamaktadır. Çünkü kullanımı ile oluşan fibrin polimerleri mikrodolaşımdan uzaklaştırılmamakta; bu da organ iskemisi ve enfarktına -örneğin böbrekte renal kortikal nekroza- yol açmaktadır.

7. Hangisi endometriozis ile ilgili olarak doğru değildir?

- a) Progresif dismenore, dispareni, infertilite majör semptomlarıdır.
- b) Overin Clear Cell endometriozis ile ilgilidir.
- c) Kesin tanı: Laparoskopi veya laparotomide implant ve lezyonların direkt görülmesine ve biyopsilerin histolojik incelenmesine dayanır.
- d) Endometrioziste semptomun şiddeti hastalığın yaygınlığı orantılıdır.
- e) Endometriozis ve normal endometrium ikisi de östrojen progesteron reseptörü içerir.

Cevap D (*Clin. Obst. Gyn. 12.cilt, s.394-396*)

8. Erken gebelik kayıplarına neden olmayan faktör hangisidir?

- a) Genetik faktörler
- b) Endokrin faktör
- c) Anatomik faktör
- d) Metabolik faktör
- e) İmmunolojik faktör

Cevap D (*Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 6.baskı, 1999, s.1044*)

9. Sık düzensiz, aşırı miktarda kanama ve beraberinde uzun süren mens kanamalarına ne ad verilir?

- a) Polimenore
- b) Oligomenore
- c) Metroraji
- d) Hipermenore
- e) Menometroraji

Cevap E (*Türk Jinekoloji Derneği (TJD) Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi, Cilt 3, Sayı 1, 2000; Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.1218*)

Üreme yaşındaki bir kadında normal uterin kanama, 21-35 günde bir olup, 2-6 gün sürer, 20-60 ml kan kaybı ile sonuçlanan düzenli menstruasyon kanamalarını içine alır. 7 günden uzun süren 80 ml veya daha çok kan kaybı olan, 21 günden kısa veya 35 günden daha uzun aralıklarla olan kanamalar anormaldir.

Menoraji: Düzenli aralıklarla (sıklık) olmasına rağmen uzun sürmesi veya normal sürüp günlük miktarın fazla olması sonucu aşırı menstruasyon kanaması (hipermenore).

Metroraji: Kanama miktarına bakılmaksızın düzensiz, sık aralıklarla gelen asiklik uterin kanama.

Menometroraji: Tamamen düzensiz aralıklarla, sıklık menstruasyon kanamalarının günleri bile anlaşılacak şekilde gelen fazla miktarda ve uzun süren anormal uterin kanama.

İntermenstrüel kanama: Düzenli menstrüel periyodlar arasında değişen miktarlarda anormal uterin kanama.

Polimenore: Düzenli aralıklarla ama 21 günden daha sık menstrüel kanama.

Oligomenore: 36 günle 6 ay arasında değişen aralıklarla gelen uterin kanama.

Amenore: En az 6 ay uterin kanamanın olmaması.

10. Adolesanlarda en sık disfonksiyonel uterin kanama nedeni hangisidir?

- a) Anovülasyon
- b) Anatomik bozukluklar
- c) Koagülasyon bozuklukları
- d) Enfeksiyonlar
- e) Ekzojen östrojen alımı

Cevap A (*Türk Jinekoloji Derneği (TJD) Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi, Cilt 3, Sayı 1, 2000*)

11. Diabetik anne bebeklerinde aşağıdakilerden hangisi görülmez?

- a) Artmış perinatal morbidite hızı
- b) Hipokalsemi
- c) Hiperglisemi
- d) Nöral tüp defektleri
- e) Makrozomi

Cevap C (*Türk Jinekoloji Derneği (TJD) Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi, Cilt 3, Sayı 1, 2000; Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.376*)

Diabetik anne bebeklerinin sorunları arasında düşüklükler, konjenital anomaliler, respiratuvar distres, hipoglisemi, makrozomi, hipokalsemi, hiperbilirubinemi ve perinatal mortalite sayılabilir.

İlk trimesterde glisemik kontrolü kötü olan annelerde düşük sıklığı artmıştır. Konsepsiyondan önce ve bunu takip eden 3-6 hafta süresince iyi kan şekeri kontrolü olmayan diabetiklerin çocuklarındaki konjenital ano-

mali sıklığı ise 3 misli artmıştır. Sakral agenezis bu anomalilerin başında gelir. Maternal glukoz kontrolünün iyi olması, bebekteki insülin hipersekresyonunu ve dolayısıyla neonatal hipoglisemiyi ve makrozomiyi de önler. Fötal hiperinsülinemi, kortizolün sürfaktan yapımını arttırmasını engelleyerek respiratuvar distres tablosuna da yol açabilir. Hipokalsemi ve hiperbilirubineminin mekanizması ise iyi bilinmemektedir.

12. Sistometri yapılırken mesane doluluğu 150 ml'ye ulaşıncaya hafif idrar yapma isteği doğuyorsa olası tanınız nedir?

- a) Stress inkontinans
- b) Gerçek stress inkontinans
- c) Detrusor dissinerjisi
- d) Urge inkontinans
- e) Normal bulgular

Cevap E (*Üner, Kadın Hastalıkları, 1.baskı, 1996, s.380-384*)

13. Aşağıdakilerden hangisi mammogenezi etkilemez?

- a) Östrojen
- b) Progesteron
- c) Prolaktin
- d) Kortizol
- e) Oksitosin

Cevap E (*Pernoll, 6.baskı, s.1012-1020*)

Oksitosin memeden süt salgılamasını sağlar.

14. Çilek manzarası hangi enfeksiyonda görülür?

- a) Streptokokkal enfeksiyon
- b) Trichomonas vaginalis
- c) Candida albicans
- d) Tüberküloz
- e) Vaginitis amfizematoza

Cevap B (*Pernoll, Obstetrik ve Jinekoloji, 6.baskı, s.735; Ersoy, Türkiye Klinikleri Kadın-Doğum Ders Notları, s.237*)

Trichomonas vaginalis enfeksiyonunda labia minörler ödemlidir. Vajen epiteli eritemlidir. Serviks ve vajen epitelinde küçük peteşiyal kanama odakları görülür. Trichomonas vaginalis için tipik sayılan bu görüntüye "çilek manzarası görünümü" denir.

15. Aşağıdakilerden hangisi fizyolojik hiperprolaktinemi nedeni değildir?

- a) Gebelik
- b) Meme başı uyarımı
- c) Cinsel ilişki
- d) Stres ve uykusuzluk
- e) Hipofizer tümörler

Cevap E (*Üner, Kadın Hastalıkları, 1.baskı, 1996, s.275-289*)

16. Fetusta oksijeni alan ilk organ hangisidir?

- a) Karaciğer
- b) Akciğer
- c) Beyin
- d) Adrenal
- e) Kalp

Cevap A (Pernoll, *Obstetrik ve Jinekoloji*, s.178)

Fetusta ilk olarak kan, karaciğere gelir.

17. Pregnenalon'dan progesteron oluşabilmesi için aşağıdaki hangi enzime ihtiyaç vardır?

- a) 11-beta hidroksilaz
- b) 17-alfa hidroksilaz
- c) Glukoz 6 fosfat dehidrogenaz
- d) 3-betahidroksisteroid dehidrogenaz
- e) 21-hidroksilaz

Cevap D (Kışnişçi, *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, s.1114)

Progesteron, 3 beta hidroksisteroid dehidrogenaz enzimi aracılığıyla pregnenalondan oluşur.

18. Aşağıdakilerden hangisi postpartum kanama nedeni olan hipotonik myometrium için bir risk faktörü değildir?

- a) Koryoamniyonitis
- b) Uzamış doğum eylemi
- c) Hipotansiyon
- d) Hızlı doğum eylemi
- e) Plasenta succentriata

Cevap C (Ersoy, *Kadın-Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri*, s.108)

Hipotansiyon dışındakilerin tamamı hipotonik miyometriyum oluşması için bir nedendir.

19. Over rezervini değerlendirmesinde hangilerinden yararlanır?

- a) Bazal hormonlar (FSH, LH, E2)
- b) Klomifen sitrat challenge testi
- c) GnRH analogları stimülasyon testi
- d) Gonadotropin stimülasyon testi
- e) Hepsi

Cevap E (Speroff, *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*)

20. Aşağıdakilerden hangisi izoseksüel prekoksiteye yol açmaz?

- a) Albright Mc Cune sendromu
- b) Granüloza hücreli over tümörü
- c) Menenjit
- d) Kraniofaringioma
- e) Swyer sendromu

Cevap E (Wallach, *Reproductive Medicine and Surgery*, 1995, s.117)

21. Serviks kanserinde en sık ölüm nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Üremi
- b) Enfeksiyon
- c) Kanama
- d) Karaciğer yetmezliği
- e) Solunum yetmezliği

Cevap A (Ersoy, *Kadın-Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri*, s. 249)

Serviks kanserinde mesane ve üretere bası ve invazyon ile; hidroüreter, hidronefroz, kronik böbrek yetmezliği, akut böbrek yetmezliği, üremi, oligüri olabilir. Fistüller gelişebilir. Rektum da tutulabilir. En sık ölüm nedeni üremidir(%50-60).

22. Psödomiksoma peritonei hangi over tümöründe görülür?

- a) Seröz kist adenom
- b) Müsinöz kist
- c) Fibroma
- d) Gonadal tümör
- e) Germ hücreli tümör

Cevap B (Ersoy, *Kadın-Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri*, s.275)

Müsinöz tümörler over tümörlerinin en büyük olanlarıdır. Abdominal kavitede müsin birikimine psödomiksoma peritonei denir. Müsinöz tümörlerde görülür.

23. Polikistik over sendromlu gebe kalmak isteyen bir hastada ovulasyonu indüklemek için hangisi ilk seçenek olmalıdır?

- a) Progesterin
- b) Klomifen sitrat
- c) GnRH analogu
- d) hMG
- e) hCG

Cevap B (Kışnişçi, *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, s.1190)

Gebelik isteği olan PCOS lu olgularda ovulasyon indüksiyonu yapılır. Gebelik arzusu olmayan olgularda, ovulasyon indüksiyonu, potansiyel yan etkileri ve maliyeti nedeniyle kural olarak yapılmaz. Ovulasyon indüksiyonu olarak ilk tedavi seçeneği klomifen sitrat-tır.

24. NST fetal iyilik halini değerlendirmede hangi gebelik haftalarında yararlı ve güvenilir değildir?

- a) 26-28
- b) 30-32
- c) 32-34
- d) 34-40
- e) 40-42

Cevap A (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.339*)

28-30. gebelik haftası öncesi NST ile değerlendirme söz konusu değildir. 30-32. Haftalar arası zordur. Genellikle 34. Hafta sonrası güvenilirlik payı artar.

25.Aşağıdakilerden hangisi üriner inkontinans teşhisinde kullanılan yöntem değildir?

- a) Q tip test
- b) Marshall testi
- c) Postvoid rezidual
- d) Üretral basınç profili
- e) Everard Williams Prosedürü

Cevap E (*Benson, Current Obstetric and Gynecology Diagnosis Treatment, 5.baskı, 1984*)

26.Aşağıdakilerden hangisi endometrium kanserindeki kötü prognostik faktör değildir?

- a) Lenfovasküler alan tutulumu
- b) Grade III
- c) Aneuploidik DNA analizi
- d) Müsinöz tipte histolojik yapı
- e) Hastanın statüsü

Cevap D (*Perez, Gynecologic Oncology, 1997*)

27.Folikülde antrum oluştuğunda ne isim alır?

- a) Primordiyal
- b) Primer
- c) Sekonder
- d) Tersiyer
- e) Graaf folikülü

Cevap C (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.37*)

Primer folliküller büyürken, granüloza hücreleri hızla çoğalırlar. Folliküllerin çapı 200 mikrometre olduğu ve granüloza hücreleri oosit etrafında 6-10 sıra oluşturduklarında, berrak bir sıvı, granüloza hücreleri arasındaki farklı büyüklük ve şekildeki hücrelerarası boşluklarda toplanmaya başlar. Bu sıvı, liquor follikülü olarak adlandırılır ve çoğunlukla hyalüronik asitten zengin bir kan plazma süzütüsü olup, farklı zamanlarda konsantrasyonları değişen büyüme faktörleri, steroidler ve gonadotropik hormonları içerir. Bu sıvının miktarı arttıkça, toplandığı boşluklar birleşir ve tek bir yarım ay şeklinde antrum boşluğunu oluşturur. Antrumun görülmesinden sonra follikül, sekonder ya da antral follikül olarak adlandırılır.

28.Aşağıdakilerden hangisi fetüs için kesin olarak teratojendir?

- a) Digoksin
- b) Epinefrin
- c) Tetrasiklin
- d) Fenitoin
- e) Retinoik asit

Cevap E (*Ersoy, Kadın-Doğum Ders Nottarı, Türkiye Klinikleri, s.137*)

Retinoik asit şu anda kullanılan ilaçların içinde en çok teratojen olanıdır. Kraniofasial, kardiyak, timik ve CNS anomalileri yapar. Digitaller anneye verince fetüse geçer, fetüse etkileri yoktur, rahatça kullanılabilir. Tetrasiklin normalde hepatotoksiktir. Gebelerde kullanılmaz. Fetüste kemik ve dişlerde birikebilir. Fetal büyümeyi etkiler. 2.-3. trimesterde kontrendikedir.

29.Habituel abortuslarla ilgili olarak yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) 20. gebelik haftasından önce ya da 500 gr'ın altında peşpeşe meydana gelmiş 3 ya da daha fazla gebelik kaybına habituel abortus denir.
- b) Etyolojik faktörler genetik, anatomik, endokrin, enfeksiyon çevresel ve immunolojik olarak 6 ana başlık altında incelenir.
- c) İmmünolojik nedenler otoimmün ve alloimmün olmak üzere 2 grupta incelenir.
- d) Etyolojide en sık suçlanan enfeksiyöz nedenlerdir.
- e) Herhangi bir mikroorganizma ile habituel abortus sırasında ilişki var diyebilmek için mikroorganizmanın plasentada fetüste ve annede tespit edilmesi gereklidir.

Cevap D (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1996, s.1314*)

30.Aşağıdakilerden hangisi ikiz gebelik komplikasyonu değildir?

- a) Preterm doğum
- b) Makrozomi
- c) Hipertansiyon
- d) Anemi
- e) Postpartum kanama

Cevap B (*Kişnişçi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.1495*)

Çoğul gebelikte komplikasyonlar
1-Maternal Komplikasyonlar
-Hiperemesis gravidarum
-Preterm doğum
-Gebeliğin uyardığı hipertansiyon
-Vajinal kanama
-Anemi
-Hidramniyoz
-Üriner sistem enfeksiyonları
2-Fetal komplikasyonlar
-Abortus
-Prematürite
-Konjenital anomaliler
-İntrauterin gelişme geriliği
-İkizden ikize transfüzyon sendromu
-Ölü fetüs sendromu

- Mol hidatiform
- Gecikmiş doğum
- Fetus in fetu

31. Gebelikte büyük oranda iyileşen gastrointestinal sistem patolojisi hangisidir?

- a) Divertikülit
- b) Peptik ulkus
- c) Kolitis ülseroza
- d) Crohn hastalığı
- e) Kronik pankreatit

Cevap B (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1996, s.414*)

Gebelikte gerek duodenal gerekse gastrik peptik ülser geriler. Peptik ülsere bağlı komplikasyonlara da daha az oranda rastlanır. Bunun nedeni artmış progesteron düzeyidir. Progesteron mideden bazal ve uyarılmış asit salınımını azaltır ve mukus salgısını artırır; ayrıca plasenta histaminden zengindir ve pariyetal hücrelere histamin etkisini engeller. Semptomatik hastalara anti-asit verilebilir, en güvenilir olanları hidrate magnezyum aluminat ve alginik asittir. Bunlara cevap alınmazsa H2 reseptör antagonistleri kullanılır.

Peptik ülser perforasyonu gebeliğin her döneminde acil cerrahi endikasyondur.

32. Üçüncü trimester kanamaları ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi geçerlidir?

- a) En sık gözlenen vaza previa'dır.
- b) Dışarı olan kanama dekolman plasentada klinik tablo ile direkt orantılıdır.
- c) Prezantasyon anomalileri plasenta previa'da sıklıktır.
- d) Uterin apopleksi plasenta previa'da sıklıktır.
- e) DIC en önemli vazo previa komplikasyonudur.

Cevap C (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1996, s.471-486*)

3. trimester kanamalarının en sık nedeni plasenta dekolmanıdır. Vajinal kanama ile klinik her zaman doğru orantılı olmaz.

33. Aşağıdakilerden hangisi en sık oligohidramniyoz nedenidir?

- a) Erken membran rüptürü
- b) Üriner sistem anomalisi
- c) İntrauterin gelişme geriliği
- d) Kronik plasental yetmezlik
- e) Kromozomal anomaliler

Cevap A (*Cunningham, Williams Obstetrics, 20. baskı, 1997, s.664-665*)

34. Fetal kromozomal anomalilerin araştırılmasında kullanılmayan test hangisidir?

- a) Amniosentez
- b) Kordosentez

- c) Koryon villus örnekleme
- d) Doppler ultrasound
- e) Kistik higroma aspirasyonu

Cevap D (*Evan, Reproductive Risks and Prenatal Diagnosis, 1992, s.238-239*)

35. Gerçek doğum ağrısında hangisi geçersizdir?

- a) 50-60 saniye sürer.
- b) 3-4 dk aralıkla gelir.
- c) En az 25 mmHg basınçtır.
- d) Sedasyona cevap verir.
- e) Gevşeme periyodları içerir.

Cevap D (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1996, s.279*)

Gerçek travayda ağrı daha çok arkada ve karın üzerinde hissedilir ve sedatiflerle geçmez. Yalancı travayda ise ağrı daha çok karın alt bölgesindedir ve sedatiflerle çoğu kez geçer. Gerçek travayda kontraksiyonlar düzenli aralıklarla; yalancı travayda ise düzensiz aralıklarla olur. Gerçek travayda kontraksiyonlar arası gittikçe sıklaşır ve şiddeti artar; yalancı travayda ise kontraksiyonlar arası uzundur ve şiddeti değişmez. Gerçek travayda serviks açılırken yalancı travayda servikte dilatasyon olmaz.

36. Aşağıdakilerden hangisi non-immün hidrops fetalis nedenlerinden değildir?

- a) α talasemi hemoglobinopatiler
- b) Glukoz-6-fosfat dehidrogenaz enzim eksikliği
- c) Parvovirüs B19 ile fetal enfeksiyon
- d) Anensefali
- e) Kistik higroma

Cevap D (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1996, s.1587*)

Anensefali non-immün hidrops fetalis nedenleri arasında yer almaz.

37. Aşağıdakilerden hangisi bakteriyel perinatal enfeksiyon değildir?

- a) Grup B streptokok kolonizasyonu ve enfeksiyonu
- b) Listerya monositogenezis enfeksiyonu
- c) Puerperal mastid
- d) Toksoplazma gondi enfeksiyonu
- e) İntra amniyotik enfeksiyon

Cevap D (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1996, s.1605-1610*)

Toksoplazma enfeksiyonu intrauterin transplasental enfeksiyondur. Diğer şıklarda yer alan enfeksiyonlara ek olarak postpartum endometrit, yara enfeksiyonu, tüberküloz ve Lyme hastalığı perinatal bakteriyel enfeksiyonlardır.

38. Aşağıdaki kalp kapak hastalıklarından hangisi gebelikte diğerlerinden daha tehlikelidir?

- a) Mitral stenoz
- b) Mitral yetmezlik
- c) Aort stenozu
- d) Aort yetmezliği
- e) Trikuspit yetmezliği

Cevap C (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1996, s.396-398*)

Mitral stenoz gebelikte birlikte en sık bulunan romatizmal kalp kapak hastalığıdır. Ciddi aort stenozu ise gebelikte %17 gibi yüksek maternal mortalite ve %73 gibi fetal mortalite bildirilmiştir.

39. Aşağıdakilerden hangisi genital prolapsus nedeni değildir?

- a) Gebelik
- b) Doğum
- c) Kortikosteroid kullanımı
- d) Menopoz
- e) Oral kontraseptif kullanımı

Cevap E (*Üner, Kadın Hastalıkları, 1.baskı, 1996, s.371-386*)

40. Onyedinci yaşında primer amenore öyküsü olan olguda ilk önce ne yaparsınız?

- a) Karyotip tayini
- b) Estradiol, progesteron düzeyi
- c) Genital organ ultrasonografi
- d) FSH, LH tayini
- e) Sistemik hastalık araştırma

Cevap A (*Üner, Kadın Hastalıkları, 1.baskı, 1996, s.153*)

41. Aşağıdakilerden hangisi polihidramniyozun tedavisi için bir seçenek olarak düşünülebilir?

- a) Asetil salisilik asid
- b) İndometazin
- c) Deksametazon
- d) Betametazon
- e) Karbamazepin

Cevap B (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1996, s.1513*)

Polihidramniyozda aşırı sıvıyı azaltmada en etkili yol amniyosentezdir. Non-steroidal anti inflamatuvar ilaçlar tedavide kullanılmakla birlikte bu ilaçların kullanımının güvenilirliği hala tartışmalıdır.

42. Gebelikte en sık rastlanan jinekolojik kaynaklı olmayan akut karın sendromu nedeni hangisidir?

- a) Peptik ulcus perforasyonu
- b) Akut apandisit
- c) Safra kesesi taşı

- d) Mekanik ileus
- e) Akut pankreatit

Cevap B (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1996, s.409*)

Akut apandisit, gebeliği en sık komplike eden cerrahi hastalıktır. Gebelik akut apandisit riskini artırmaz. Ancak gebelikte görülen akut apandisit prognozu biraz daha kötü olabilir.

43. Aşağıdakilerden hangisinde amniyosentez endikasyonu yoktur?

- a) Nöral tüp defektleri
- b) Anne yaşının 35'in üzerinde olması
- c) IUGR
- d) Fetal matürasyon
- e) Kromozom anomalileri

Cevap C (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1996, s.1534-1535*)

Amniyosentez endikasyonları;
Fetal karyotipleme
Doğumsal metabolik bozukluklar
Rh İzoömmünizasyonu
Fetal Matürite
Nöral tüp defektleri
Prematür eylem

44. Çoğul gebeliklerle ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Süperfekondasyon periyodda, ayrı zamanlarda fekondasyondur.
- b) Dizigotik ikiz gebeliklerin tekrar olma olasılığı iki kat fazladır.
- c) Monozigotik ikiz gebelikler anne ırkı ile etkilenir.
- d) Konsepsiyon sonrası 0-3. günlerde bölünme olursa orta hatta iki amniyon, iki koryon olur.
- e) İkiz gebelikte gebelik süresi ortalama 37 haftadır.

Cevap C (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1996, s.1490-1491*)

Anne ırkı monozigotik değil dizigotik ikiz gebeliklerde etkindir, dizigotik gebelikler siyah ırkta en yüksektir.

45. Habituel abortuslarda en sık suçlanan neden hangisidir?

- a) Genetik faktörler
- b) Uterin anomaliler
- c) Luteal faz defektleri
- d) İmmunolojik nedenler
- e) Enfeksiyöz nedenler

Cevap C (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1996, s.1314*)

En sık suçlanan neden luteal faz defektidir(%23-60)

46.Endometrium Ca için risk faktörleriyle ilgili yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Oral kontraseptif kullanımı ile artar.
- b) Sigara kullanımı ile azalır.
- c) Obesite ile artar.
- d) Anovulatuvar infertilite ile artar.
- e) Evlenmemişlerde artar.

Cevap A (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1996, s.963*)

Endometrium Ca görülme riski oral kontraseptif kullanımı ile azalır.

47.Pubertal gelişimin en erken bulgusu hangisidir?

- a) Pubarş
- b) Telarş
- c) Menarş
- d) Adrenarş
- e) Boy uzaması

Cevap B (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1996, s.830*)

Puberte değişiklikleri; telarş, pubarş ve menarş sırasıyla olur. Kız çocuklarında pubertal gelişimin en erken bulgusu telarş(meme gelişimi)ın başlamasıdır. Fakat bazan boy uzamasındaki maksimal artış, telarştan önce başlayabilir. %15-20 oranında ise pubertenin ilk belirtisi pubik kıllanmadır. Puberte başlama zamanını belirleyen en önemli faktör, genetik yapıdır.

48.Kronik anovulasyona en sık yol açan neden hangisidir?

- a) Polikistik over sendromu
- b) Hiperprolaktinemi
- c) Prematür over yetmezliği
- d) Tiroid disfonksiyonu
- e) Hipogonadotropik hipogonadizm

Cevap A (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1996, s.1181*)

Kronik anovulasyonun en sık nedeni Polikistik Over Sendromudur. Over ve adrenallerden fazla miktarda salgılanan androjenler ve bunların daha sonra östrojene çevrilmesi, PCOS da görülen kronik anovulasyonun en sık nedenidir. Bu olgularda hipotalamustan pulsatil GnRH sekresyonu artmıştır ve hipofizden normal FSH salgılanmasına karşı, LH sekresyonunun puls ve amplitüdüleri artmıştır, ayrıca progesteron ile karşılanmamış östrojenlerin yüksek düzeylerde ve kronik olarak salgılanması hipofizin GnRH a alan duyarlılığını artırır.

49.Endometrium Ca'da prognostik faktörler arasında olmayan hangisidir?

- a) Yaş
- b) Histolojik tip
- c) Obesite
- d) Hormon reseptör varlığı
- e) Grade ve myometrial invazyon

Cevap C (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1996, s.963*)

Obesite, Endometrium Ca da prognostik faktörler arasında değil; risk faktörleri arasında yer alır.

50.PCOS'la ilgili olarak aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- a) Bıřman PCOS'lu olgularda serum FSH ve LH seviyeleri genellikle normaldir.
- b) PCOSda progesteron ile karşılanmamış hiperöstrojenizm vardır.
- c) PCOS'lu olgularda serum E1/E2 < 1'dir.
- d) PCOS'lu hastalarda tip 2 diabet gelişme riski artmıştır.
- e) PCOS'da koroner arter hastalığı risk teşkil edecek lipid profili izlenir.

Cevap C (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1996, s.1185*)

Düzenli adet gören bir bayanda E1:E2<1 iken, PCOS lu olgularda periferik konversiyon nedeniyle E1:E2>1'dir.

51.Preeklampsi ile ilgili olarak aşağıdakilerden yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Preeklampsi gebeliğin herhangi bir döneminde hipertansiyon ile birlikte ödem ya da proteinüri ya da ikisinin birlikte görülmesidir.
- b) Preeklampsiye tonik-klonik konvülsiyonların eklenmesi eklampsi olarak tanımlanır.
- c) MgSO₄ tedavisi konvülsiyonun önlenmesi ve konvülsiyonun durdurulmasına yöneliktir.
- d) PIH olgularında bebeğin akciğer matürasyonu hızlanmıştır.
- e) Renal hastalıklar gebelik hipertansiyon insidansını arttıran faktörlerdendir.

Cevap A (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1996, s.1647*)

Preeklampsi gebeliğin 20. Haftasından sonra görülen ödem, proteinüri ve hipertansiyondur. Eğer 20. Haftadan önce gözlenirse kronik hipertansiyon ve molidatiform yönünden araştırma yapılmalıdır.

52.Aşağıdakilerden hangisi postkoital kontrasepsiyon uygulaması değildir?

- a) Oral Diethyl Stilbesteron (DES) 25mgx2 5 gün
- b) Oral Kontraseptif 2x1 1 gün
- c) Ru 486 koitusu izleyen ilk 72 saat içinde
- d) 5 gün içinde rahim içi araç (RIA) uygulaması
- e) İlk 5 gün içinde laminaria uygulaması

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

Postkoital kontrasepsiyon acil kontrasepsiyon gerektiren durumlarda kullanılır. Günümüzde üç uygulama söz konusudur:

1-Postkoital haplar;Korunmasız koitusu izleyen ilk 72 saat içerisinde, halen sık kullanılan kombine OK ler-

den 2 hap alınır. 72 saatten sonra başlanırsa etki-sizdir. Günümüzde en sık kullanılan uygulamadır.

2-RU-486 antiprogesteron ajanın ilk 72 saat içinde uygulanmasıdır.

3- Postkoital RIA uygulanması, ilk 5-7 gün içinde yapılmalıdır.

53. Aşağıdakilerden hangisi ektopik gebeliğin teşhisinde önemsizdir?

- a) Human koryonik gonadotropin Beta Subuniti (Beta HCG) 6000 mIU/ml olmasına rağmen ultrasonografide gestasyonel kesesi izlenmemesi
- b) Endometrial örnekte Arias Stella reaksiyonunun izlenmesi
- c) Progesteron seviyesinin 15 mg/ml altında olması
- d) Estradiol seviyesinin 12 mg/dl altında olması
- e) Kuldosentez elde edilen hemorajik mayisinin hematokritinin %15 üzerinde olması

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

Ektopik gebeliğin teşhisinde östrojen seviyesi kullanılmaz.

54. Ektopik gebelikte laparoskopik cerrahinin kontrendike olduğu durum hangisidir?

- a) Human koryonik gonadotropin beta subünitesinin yirmibirbin IU/lt altında olması
- b) Ektopik gebelik çapının 6 cm'den büyük olması
- c) 250 cc hemoperitoneum
- d) Rüptür belirtilerinin olmaması
- e) Anne yaşının 35 üzeri ve Rh uygunsuzluğu bulunması

Cevap B (Kışnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1996, s.1418)

Konservatif laparoskopik cerrahinin kontrendike olduğu durumlar:

- Çapı 6 cm den büyük ektopik gebelikler,
- HCG'nin 20 000 Ü'den yüksek olması,
- Öyküsünde ektopik gebelik için büyük risk taşımasıdır.

55. Pelvik enfeksiyonlar neticesinde karaciğer etrafında ağır lezyonlarla seyreden perihepatit tablosu olabilir. Bu tablo aşağıdakilerden hangi teşhisle uyumludur?

- a) Kronik Hepatit
- b) Fitz - Hurgh - Curtis hastalığı
- c) Simmon sendromu
- d) Jarish Herxheimer reaksiyonu
- e) Kolpitis macularis

Cevap B (Kışnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1996, Ersoy, Kadın-Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri, s.289)

Fitz-Hurgh-Curtis hastalığı, pelvik enfeksiyonlar sonrası karaciğer etrafında ağır adezyonlarla seyreden bir perihepatittir. Karaciğer parankimi sağlamdır.

56. Fitz-Hurgh-Curtis hastalığının en sık etkeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Klamidya
- b) Aktinomices israili
- c) Neisseria gonorea
- d) Streptokoklar
- e) Mycoplasma hominis

Cevap A (Benson, Current Obstetric and Gynecology Diagnosis Treatment, 5.baskı, Ersoy, Kadın-Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri, s.289)

En sık etken klamidyalardır. İntrasellüler ajan olan klamidyalar, kolumna-transisyonel epiteli tutarlar ve pinositoz ile içeri alınırlar.

57. Aşağıdakilerden hangisi toksik şok sendromunun en sık etkenidir?

- a) Neisseria gonore
- b) Hemophilus ducrei
- c) Stafilococcus aureus
- d) Beta hemolitik streptokoklar
- e) Clostridium welchi

Cevap C (Benson, Current Obstetric and Gynecology Diagnosis Treatment, 5.baskı, 1984)

Toksik Şok Sendromu'nda en sık etken Staph. aureustur.

58. Aşağıdakilerden hangisi PİH (Pelvik İnflamatuvar Hastalık) komplikasyonlarından değildir?

- a) Kronik pelvik ağrı
- b) Ektopik gebelik
- c) İnfertilite
- d) Disparoni
- e) Devamlı menstrüel düzensizlik

Cevap E (Genital Enfeksiyonlar, Obstetri ve Jinekoloji Sürekli Eğitim Dergisi)

Devamlı menstrüel düzensizliklerin dışında tamamı PİH komplikasyonudur.

59. Aşağıdakilerden hangisi gebelikte görülen en sık myom dejenerasyonudur?

- a) Hyalen dejenerasyon
- b) Kistik dejenerasyon
- c) Kırmızı (Karneoz) dejenerasyon
- d) Yağlı dejenerasyon
- e) Kalsifik dejenerasyon

Cevap C (Atasü, Jinekoloji Kitabı, Ersoy, Kadın-Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri, s.255)

Normalde en sık görülen myom dejenerasyonu hyalen dejenerasyonudur. Gebelikte ise en sık kırmızı dejenerasyon görülür. Piddetli ağrı ve akut karına benzer tablo yapar. Kalsifik dejenerasyon daha çok postmenapozal kadınlarda ve subseröz myomlarda görülür.

60. Minimal ağrısız vajinal kanaması olan ve servikal açıklığı olmayan 7 haftalık gestasyonel kesesi mevcut hastada tanınız nedir?

- a) Abortus imminens
- b) Abortus insipiens
- c) Abortus inkompletus
- d) Abortus kompletus
- e) Septik abort

Cevap A (*Current Obstetrics and Gynecology*)

Abortus imminens 20. Haftadan önce serviks dilate olmaksızın vajinal kanamanın olmasıdır. Gebelik %40 devam eder. Kanama taze kırmızı renktedir.

Abortus insipiens, 20. Haftadan önce servikal dilatasyon ve kanamanın olmasıdır.

61. Aşağıdakilerden hangisi en sık intrauterin gelişme geriliği yapan sebeptir?

- a) Maternal Diabetes Mellitus
- b) Preeklampsi
- c) Annede beslenme yetersizliği
- d) Fetal anomaliler
- e) TORCH grubu enfeksiyonlar

Cevap B (*Current Obstetrics and Gynecology*)

Intrauterin gelişme geriliği en sık hipertansiyon ile komplike olmuş gebeliklerde görülür. Risk, direkt olarak diastolik kan basıncı düzeyleri ile ilişkilidir.

62. Aşağıdakilerden hangisi gebelikte en güvenilir olarak kabul edilen (FDA'ya göre) ilaç grubudur?

- a) A
- b) B
- c) C
- d) D
- e) X

Cevap A (*Current Obstetrics and Gynecology*)

A sınıfı ilaçlar kontrollü insan çalışmalarında risk saptanmayan ilaçlar grubunu oluşturur.

63. Puerperal mastitin en sık rastlanan etiyolojik ajanı hangisidir?

- a) Grup B streptokok
- b) Stafilokok aureus
- c) Klebsiella
- d) Kandida albicans
- e) Pseudomonas aeruginosa

Cevap B (*Danforth's Obstetrics and Gynecology, 1994, s.469, Ersoy, Kadın-Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri, s.112*)

Puerperal mastitte en sık etken Staph. aureustur. Abseye dönüşenlerde hemen her zaman etken yine Staph. aureustur.

64. Plasenta dekolmanı olgularında en önemli predispozan faktör hangisidir?

- a) Annenin sigara içimi
- b) Hipertansiyon

- c) Anne yaşının ileri olması
- d) Kısa umbilikal kordon olması
- e) Uterus anomalileri

Cevap B (*Danforth's Obstetrics and Gynecology, 1994, s.495*)

Plasenta dekolmanı en sık gebeliğe bağlı hipertansiyon ve kronik hipertansiyon ile birlikte görülür.

65. Aşağıdakilerden hangisi makat prezentasyonda arkadan gelen başa uygulanan forsepstir?

- a) Tucker-Mc Lane
- b) Piper
- c) Simpson
- d) Barton
- e) Kielland

Cevap B (*Danforth's Obstetrics and Gynecology, 1994, s.509*)

Makadi gelişte arkadan gelen başa piper forsepsi uygulanır.

66. Toksik şok sendromu ile ilgili yanlış tanımlama hangisidir?

- a) Toksin yapıcı streptokokların sebep olduğu akut bir hastalıktır.
- b) Menstruasyon ve tampon kullanımı ile yakın ilişkisi mevcuttur.
- c) Antibiyotiklerin akut hastalık döneminde yararı kanıtlanamamıştır. Ancak hastalığın tekrarlama oranlarını düşürürler.
- d) Yüksek ateş (38.9°C) karakteristik özelliklerindedir.
- e) Toksik şok sendromu geçirmiş bir kadında daha sonraları tampon kullanımına izin verilmemelidir.

Cevap A (*Danforth's Obstetrics and Gynecology, 1994, s.649*)

Toksik Şok Sendromu stafilokoklar tarafından oluşturulur.

67. Schiller duval cisimcikleri hangi over tümörleri için karakteristiktir?

- a) Seröz kistadenom
- b) Brenner tümörü
- c) Granüloza hücreli tümör
- d) Disgerminom
- e) Endodermal sinus tümörü

Cevap E (*Danforth's Obstetrics and Gynecology, 1994, s.1009*)

Endodermal sinüs tümörü, overin üçüncü en sık görülen germ hücreli tümörüdür. Hastaların yaklaşık 1/3'ü premenarşal dönemdedir. İlk klinik bulgu olguların %75'inde abdominal kitle ve/veya pelvik ağrı ve kitledir. Bu tümörlerin çoğu AFP sekrete eder. Hastalığın yaygınlık derecesi ile AFP seviyesi arasında korelasyon mevcuttur. Bu nedenle AFP hastanın tedaviye yanıtını değerlendirmede oldukça faydalı bir

markır'dır. Tümör histolojik olarak tek katlı kübik epitelle döşeli tübüller veya boşluklar, gevşek retiküler stroma, PAS(+) globüler yapılar ve sentral kan damarına sahip karakteristik invagine papiller yapılar-dan (Schiller-Duval cismi) ibarettir.

68. Gebelerde over tümörlerinin en sık rastlanan komplikasyonu nedir?

- a) Nekroz
- b) Rüptür
- c) Enfeksiyon
- d) Torsiyon
- e) Kanama

Cevap D (Pritchard, Williams Obstetrics, 1997, s.651, Kişnişçi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.509)

Gebelikte görülen over neoplazmalarının çoğu benignidir. Bunlar arasında dermoid kist, seröz ve müsinöz adenomlar sayılabilir. Gebelikte epiteliyal kaynaklı over neoplazmalarına daha çok rastlanır. Gebelikte görülen over neoplazmalarının en sık komplikasyonu akut batın nedeni olan torsiyondur. Sıklıkla gebeliğin 8-16. Haftasında gözlenir.

69. Sitogenetik çalışmalara göre komplet mol hidati-form gebelikte en sık rastlanan kromozomal yapı hangisidir?

- a) 46 XX
- b) 46 XY
- c) 47 XXY
- d) 69 XXX
- e) 69 XXY

Cevap A (Pritchard, Williams Obstetrics, 1997, s.677)

Komplet mol hidatiiformda en sık 46, XX kromozomal yapısı görülür.

70. Serviks kanserlerinde fonksiyon yapamayan böbreklerin saptanması durumunda klinik evre-lendirme ne olarak kabul edilir?

- a) Evre II-A
- b) Evre II-B
- c) Evre III-A
- d) Evre III-B
- e) Evre IV-A

Cevap D (Danforth's Obstetrics and Gynecology, 1994, s.910 Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1996, s.947)

Bkz. Tablo 3.

71. Servikal invaziv kanserlerde serviksten hangi tip human papilloma virusu daha sık izole edilmektedir?

- a) Tip 6-11
- b) Tip 16-18
- c) Tip 4-8
- d) Tip 14-19
- e) Tip 10-12

Tablo 3. Serviks kanseri evrelemesi

| | |
|---------|---|
| Evre 0 | : İntraepiteliyal karsinoma |
| Evre 1 | : Tümör servikse sınırlı |
| Evre 1a | : Preklinik karsinom, tanı yalnız mikroskopik inceleme ile koyulabilir. |
| 1a1 | : 3 mm altında stromal invazyon mevcut. |
| 1a2 | : Stromal invazyon derinliği 5 mm'den ve horizontal yayılım büyüklüğü 7 mm'den az tümör (mikroinvaziv serviks kanseri) |
| Evre 1b | : Servikse sınırlı 1a2'den büyük tümör. |
| 1b1 | =4 cm altında tümör |
| 1b2 | =4 cm üzerinde tümör |
| Evre 2 | : Tümör parametrium veya vaginaya yayılmış. |
| 2a | : Tümör 2/3 üst vaginaya yayılmış, parametriumda tümör yok. |
| 2b | : Tümör parametriuma yayılmış fakat kemik pelvise kadar ilerlememiş. |
| Evre 3 | : Tümör 1/3 alt vaginaya veya kemik pelvise kadar ilerlemiş. |
| Evre 3a | : Tümör 1/3 alt vaginaya ilerlemiş. |
| 3b | : Tümör kemik pelvise kadar ilerlemiş veya böbrekte hidronefroz mevcut. Tümöre bağlı olarak gelişen böbrek fonksiyon bozuklukları varsa tümör bu evre içinde değerlendirilir. |
| Evre 4 | : Tümör pelvis dışına yayılmış. |
| 4a | : Rektum ve mesane mukozasına yayılım var. |
| 4b | : Tümör uzak metastaz yapmış. |

Cevap B (Danforth's Obstetrics and Gynecology, 1994, s.905 Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1996, s.943)

HPV seksüel yolla bulaşan bir DNA virüsüdür. HPV tip 6 ve 11 genital kondilomların ve erken CIN lezyonlarının gelişmesinde, bunun yanında tip 16 ve 18 ise ağır CIN lezyonları ve servikal kanser gelişiminde rol oynar.

72. Endometriozis tedavisinde kullanılan progestinlerle ilgili yanlış tanımlama aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Önce desidualizasyon sonra atrofiye yol açarlar.
- b) Nadiren depresyona neden olabilirler.
- c) Danazole göre yan etkileri daha azdır.
- d) İnfertilite tedavisinde enjektabl depo formları tercih edilmelidir.
- e) Tedavi sırasında estrogen eksikliğinden dolayı kırılma kanamaları görülebilir.

Cevap D (Berek, Novak's Gynecology, 1996, s.902 Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1996, s.1261)

Endometriozis tedavisinde progestinlerden metrokspirogesteron asetat ve 19-nortestosteronderivelelerinden norethindrone ile levonorgestrel kullanılır. Ektopik endometriyal implantları önce desidualize, daha sonra da atrofiye uğratar. Dokulardaki bu etkisi, hücre düzeyindeki reseptör düzeyine ve östrojen miktarına bağlıdır. Hipofizier LH i süprese ederek,

overyen steroidogenezi inhibe eder. Depo enjektabl formları tedavide tercih edilmemektedir.

73. Aşağıdakilerden hangisi germ hücreli over tümörlerinden değildir?

- a) Embryonel karsinoma
- b) Koriokarsinoma
- c) Gynandroblastoma
- d) Struma ovarii
- e) Matür kistik teratom

Cevap C (Berek, Novak's Gynecology, 1996, s.1193, 1208)

Gynandroblastom Seks kord stromal tümördür.

74. Bakteriyel vajinozis tanısı konmuş bir hastada aşağıdakilerden hangisi izlenmez?

- a) Koit sonu amin kokusu
- b) Vagen pH'sının düşük olması
- c) Vajinal sekresyonun mikroskopisinde anahtar hücreler
- d) Gri renkli sekresyon
- e) Metranidazol tedavisine yanıt

Cevap B (Berek, Novak's Gynecology, 1996, s.430-431, Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1996, s.784)

Bakteriyel vajinozis, vajende hem anaerobik bakterilerin hem de Gardnerella vaginalisin anormal çoğalması ile karakterizedir. Vagen pH'sı 5-5,5 civarındadır (vajenin normal pH'sı 4,5-5'dir). İnce, homojen, gri renkli ve çok pis küf veya çürümüş balık kokulu akıntı en önemli semptomdur. Birlikte hafif bir vulvar veya vajinal irritasyon olabilir. Vajen epitelini diğer vajinitlerin aksine normal görünümündedir. Tanı direkt mikroskopide akıntının incelenmesiyle konabilir. Akıntı üzerine 1-2 damla %10'luk KOH damlatıldığında çürümüş balık kokusu yayılır, bunun sebebi özellikle anaerobların salgıladığı aminlerdir. Tedavide ilk seçenek oral metranidazoldür.

75. Endometrium karsinomlu bir olguda pozitif peritoneal sitoloji durumunda evre ne kabul edilmiştir?

- a) I-C
- b) II-A
- c) III-A
- d) III-C
- e) IV-B

Cevap C (Danforth's Obstetrics and Gynecology, 1994, s.948, Ersoy, Kadın-Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri, s.258)

Bkz. Tablo 4.

76. Endometrium karsinomlarının en sık rastlanan tipi hangisidir?

- a) Skuamöz karsinom
- b) Müsinöz karsinom

Tablo 4. Endometriyal kanserler

| | | |
|-----------|---|--|
| Evre IA | : | Tümör endometriyuma sınırlıdır. |
| Evre IB | : | Miyometriyumun 1/2'sinden azına invazyon vardır. |
| Evre IC | : | Miyometriyumun 1/2'sinden fazlasına invazyon vardır. |
| Evre IIA | : | Sadece endoservikal bez tutulumu vardır. |
| Evre IIB | : | Servikal stromal invazyon vardır. |
| Evre IIIA | : | Tümör serozayı ve/veya adneksleri invaze etmiş ve/veya pozitif peritoneal sitoloji vardır. |
| Evre IIIB | : | Vajinal metastazlar vardır. |
| Evre IIIC | : | Pelvik ve/veya paraaortik lenf bezlerine metastaz vardır. |
| Evre IVA | : | Mesane ve/veya kalın bağırsak mukozasına invazyon vardır. |
| Evre IVB | : | İntraabdominal ve/veya inguinal lenf bezlerine metastazi içeren uzak metastazlarla karakterizedir. |

- c) Endometrioid adenokarsinom
- d) Papiller seröz karsinom
- e) Adenoakantoma

Cevap C (Berek, Novak's Gynecology, 1996, s.1064, Ersoy, Kadın-Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri, s.258)

Adenokanserler %70-80 sıklıkla en sık görülen tiptir.

77. Doğumun ikinci evresi için uygun olmayan obstetrik analjezi yöntemi hangisidir?

- a) Lomber epidural analjezi
- b) Paraservikal blok
- c) Kaudal analjezi
- d) Pudental blok
- e) Subaraknoid analjezi

Cevap B (Danforth's Obstetrics and Gynecology, 1994, s.137 Ersoy, Kadın-Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri, s.97)

Paraservikal blok doğumun birinci evresinde uygulanır. İkinci evresine uygun değildir.

78. Gardner kisti nerede görülür?

- a) Over
- b) Mezoovaryum
- c) Serviks
- d) Vajen
- e) Vulva

Cevap D (Pernoll, Obstetrik ve Jinekoloji, 6.baskı, s.61; Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.786)

Wolffian (veya mezonefrik) sistemin kalıntı kistleridir. Genellikle kanalın anterolateral yüzeyindedirler. Kisti

döşeyen epitel küboid veya kolumnar, silialı veya siliyasız, bazan da stratifiye olabilir. Çok nadiren semptom verirler, bu nedenle de genellikle çıkarılmaları gerekmez. Ama bazan çok büyüyebilirler, vajen çıkışını kapatabilirler. Malignansi riski pek yoktur.

79. Aşağıdaki hormonlardan hangisinin sentezinde fetal kompartman rol oynar?

- a) ACTH
- b) GH
- c) HPL
- d) Estriol
- e) LHRH

Cevap D (Pernoll, *Obstetrik ve Jinekoloji*, 6.baskı, s.179)

HPL, sinsityotrofoblastlar tarafından salgılanır. İnsülin direncini artırır. Diabetojeniktir. Maternal lipolizi artırır. Plazmada serbest yağ asitleri artar. TSH benzeri etkisi nedeniyle, artışında tersiyer hipotiroidi meydana gelir.

80. Hangi klinik durumda polihidramniyoz görülmez?

- a) Çoğul gebelik
- b) İdiopatik
- c) Özofageal atrezi
- d) Multikistik renal displazi
- e) İzoimmünizasyon

Cevap D (Pernoll, *Current Obs. and Gyn.*, 6.baskı, s.251)

Renal displazi olduğunda oligohidramniyoz görülür.

81. Puerperiumda en sık görülen enfeksiyon hangisidir?

- a) Tromboflebit
- b) Mastit
- c) Endometrit
- d) Servisit
- e) Tüberküloz

Cevap C (Pernoll, *Current Therapy in Diagnosis and Treatment*, 6.baskı)

Puerperal endometrit en sık görülen puerperal enfeksiyondur.

82. Endometrial hiperplaziler ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Endometrial hiperplazi anormal uterin kanama ile birlikte dir.
- b) Endometrial hiperplazinin nedeni progesteronla karşı konulmamış östrojen stimülasyonudur.
- c) Pişman ve anovulatuvar hastalarda sıklıkla görülür.
- d) Tanı ultrasonografi ile konulur.
- e) Premenapozal ve postmenapozal hastalarda görülebilir.

Cevap D (Üner, *Kadın Hastalıkları*, 1.baskı, 1996, s.558-559)

83. Endometrioziste doğruyu işaretleyiniz.

- a) Endometrial dokuların implantasyonunda immünolojik faktörler rol oynamaz.
- b) Sıklık hematüri %10 oranında görülür.
- c) Faza uyum, derin yerleşimli implantlarda en yüksektir.
- d) Olguların büyük kısmında implantlar süperfisiyel yerleşimlidir.
- e) Prolaktinin yükselmesi, gonadotropinlerin yükselmesine neden olur.

Cevap C (Üner, *Kadın Hastalıkları*, 1.baskı, 1996, s.435-457)

84. IgG plasentayı hangi yolla geçer?

- a) Aktif transport
- b) Reseptör aracılığıyla
- c) Pinositoz
- d) Kolaylaştırılmış diffüzyon
- e) Basit diffüzyon

Cevap C (Williams *Obstetrics*, 1997; Ersoy, *Türkiye Klinikleri Kadın-Doğum Ders Notları*, s.57)

Plasental taşınım; Basit difüzyonla gaz ve ufak moleküller geçerler (O₂, CO₂).

Hızlandırılmış difüzyonla ufak moleküller, yağda eriyen maddeler geçer. Glukoz böyledir.

Aktif taşınımında enzimatik aktivite kullanılır. Suda eriyen vitaminler ve aminoasitler böyle geçerler.

Pinositoz psödopodal uzantılar ile gerçekleşir ve IgG, kompleks proteinler ve antijenler bu yolla geçerler.

İlaçlar sıklıkla diffüzyon ile geçerler.

85. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Ekstravillöz trofoblast, hPL ve sitokeratinlerle pozitif boyanır.
- b) Parsiyel molde yüksek hCG ve yüksek AFP değerleri vardır.
- c) AFP, koriokarsinomada yüksektir.
- d) Komplet mol, paternal konseptustan meydana gelir.
- e) Komplet mol'un koryokarsinomaya dönüşme riski, inkompletten yüksektir.

Cevap C (Üner, *Kadın Hastalıkları*, 1.baskı, 1996, s.661-679)

86. Gebelikte görülen en sık kalp hastalığı hangisidir?

- a) Myokard enfarktüsü
- b) Konjenital kalp hastalıkları
- c) Romatizmal kalp hastalıkları
- d) Aritmiler
- e) Kardiyomiyopatiler

Cevap C (*Williams Obstetrics, 17.baskı, s.589; Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.391*)

Gebelerdeki kalp hastalıkları hem maternal hem de fetal morbidite ve mortaliteyi artırır. Gebelerin yaklaşık %1'inde kalp hastalığı bulunur.

Gelişmiş toplumlarda A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonlarının eradikasyonu sonucu romatizmal kalp hastalığı azalmaktadır. Buna karşılık erken tanı ve yeni cerrahi tedavi yöntemlerinin gelişmesi ile doğumsal kalp hastalıklı kişilerin çocuk doğurma yaşına ulaşmaları kolaylaşmıştır. Sonuç olarak bugün ileri toplumlarda konjenital kalp hastalıkları gebelik sırasında karşılaşılan kalp hastalıklarının daha büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Ülkemizde ise romatizmal kalp hastalıkları eskiye göre azalmış olmakla birlikte hala gebelikte en sık rastlanan kalp hastalıkları grubunu oluşturmaya devam etmektedir.

87.Postmenopozal dönem ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Postmenopozal verilen HRT içeriğindeki östrojenler vazodilatatör PG sentezini artırır.
- b) Östrojenler trigliserit düzeyini yükseltir.
- c) Progesteronun trigliseritler üzerine etkisi yoktur.
- d) Postmenopozun 20. yılında trabeküler kemik kaybı %50 civarındadır.
- e) Kortikal kemikte her yıl ortalama %0.5-1.0 kayıp vardır.

Cevap C (*Erk, Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite, 5.baskı, 1996, s.597-609*)

88.Hangisi uterin atoni için risk faktörü değildir?

- a) Grand multiparite
- b) İri bebek, çoğul gebelik
- c) Uzamış doğum
- d) Uzun süre tokoliz
- e) Oksitosin uygulaması

Cevap E (*Türk Jinekoloji Derneği (TJD) Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi, Cilt 2, Sayı 4, 2000*)

Oksitosin uygulanması uterin atonisi için bir risk değildir.

89.Prolaktin en yüksek seviyeye ne zaman ulaşır?

- a) Emzirme sırasında
- b) Ovülasyon sırasında
- c) Postpartum erken dönemde
- d) Doğumdan hemen önce
- e) Mens sırasında

Cevap D (*Williams Obstetrics, 17.baskı, s.351*)

90.Akut servisit en sık nedeni hangisidir?

- a) Gonore
- b) Sifiliz
- c) Herpes simpleks
- d) Klamidya
- e) Trichomonas

Cevap A (*Pernoll, 6.baskı; Ersoy, Türkiye Klinikleri Kadın-Doğum Ders Notları, s.241*)

Akut servisit; Servikte sürekli fizyolojik değişiklikler ve irritasyon vardır. Mekanik irritasyon olarak tampon, kriyoter, elektrokoter, operasyonlar, doğum sayılabilir. Enfeksiyon ajanları sürekli irrite edilen serviks zeminine yerleşerek akut serviste yol açabilir. Başlıca enfeksiyon ajanları olarak klamidyal, gonore, HSV, nadiren şankroid lezyonlar, tüberküloz, aktinomikoz sayılabilir. En tipik akut servisit ajanı gonokoklardır. İnfertilite ve abortus olgularında özellikle klamidyal ve gonokoklar etkindir. Enfeksiyon ajanları genellikle koitus ile bulaşılır.

Akıntıdan örnek alınıp incelendiğinde gram negatif etkenlere rastlanırsa Thayer Martin besiyerine ekim yapılmalı ve gonore olup olmadığı ayırt edilmelidir.

91.Fetal hayatta duktus venosus hangi yapıları birbirine bağlar?

- a) Sol pulmoner arter-arkus aorta
- b) Ductus arteriosus-hepatik arter
- c) Umbilikal ven-superior vena kava
- d) Sağ atrium-superior vena kava
- e) Umbilikal ven-inferior vena kava

Cevap E (*Pernoll, 6.baskı, s.891*)

Umbilikal venden gelen kanın büyük kısmı karaciğere uğramadan duktus venozus yolu ile vena kava inferiora geçer.

92.En sık PID etkeni nedir?

- a) Sifiliz
- b) Clamidya
- c) Gonore
- d) Brucella
- e) Tüberküloz

Cevap C (*Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment, s.785*)

Akut PID geçiren kadınlarda en sık N. gonore izole edilmiştir.

93.Endometriozis tedavisinde kullanılan ve anemi tedavisinde yeri olan ilaç aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Aspirin
- b) Goserelin
- c) Norgestrel
- d) Medroxyprogesteron asetat
- e) Danazol

Cevap E (*Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment, s.827*)

94.Meme kanserinde risk faktörleri için hangisi yanlıştır?

- a) Kızkardeşle meme ca
- b) Endometrium ca
- c) Erken menarş
- d) Erken menopoz
- e) Geç birinci gebelik

Cevap D (*Current Obstetri ve Jin. -Türkçe, s.1443*)

Meme kanserinde geç menopoz risk faktörüdür.

95.Puberte prekoksun en sık görülen nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Hipotiroidizm
- b) Gonadal tümörler
- c) İdiyopatik
- d) Merkezi sinir sistemi tümörleri
- e) Albright sendromu (Polikistik Fibroz Displazi)

Cevap C (*Speroff, 4.baskı, s.418-420; Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.1172*)

Puberte prekoks kızlarda, erkek çocuklara göre 5 kat daha sık görülür ve vakaların 3/4'ünde olayı izah edecek bir sebep bulunamaz. Yani büyük çoğunluk idiyopatik puberte prekoksudur.

Bkz. Tablo 5.

96.Aşağıdakilerden hangisi fetal bradikardi nedeni değildir?

- a) Maternal hipertermi
- b) Paraservikal analjezi
- c) Plasenta abrupsiyonu
- d) Maternal hipoksi
- e) Uterin hiperaktivite

Cevap A (*Cunningham, Williams Obstetrics, 20.baskı, 1997, s.351*)

97.Aşağıdakilerden hangisi makadi gelişde sezeryan endikasyonu değildir?

- a) Kolların başın üzerinde ekstansiyonu
- b) Başın hiper ekstansiyonu

Tablo 5. Puberte prekoksun sınıflaması ve görülme sıklığı

| Sıklık | (%) |
|-------------------------------|------|
| Gerçek puberte prekoks | |
| İdiyopatik | 74.0 |
| Santral sinir sistemi lezyonu | 7.0 |
| Yalancı puberte prekoks | |
| Ovaryen (kist, tümör) | 11.0 |
| McCune-Albright Sendromu | 5.0 |
| Feminizan Adrenal | 1.0 |
| Maskulinizan Adrenal | 1.0 |
| Ektopik gonadotropin | 0.5 |

- c) 1500 gr altında fetal ağırlık
- d) İnkompakt makadi geliş
- e) Uterusa yönelik cerrahi girişim öyküsü

Cevap D (*Cunningham, Williams Obstetrics, 20.baskı, 1997, s.495-514*)

98.Kadınlarda hirsutizm tedavisinde hangi ilaç kullanılmaz?

- a) Oral kontraseptifler
- b) Spironolakton
- c) Siproteron asetat
- d) Testosteron
- e) Progesterinler

Cevap D (*Current Obstetri ve Jin. -Türkçe, s.1317*)

Testosteron dışındakilerin tamamı kullanılır.

99.Mol gebelikte en sık görülen semptom hangisidir?

- a) Bulantı-kusma
- b) İlk trimesterde anormal kanama
- c) Veziküler doku atılması
- d) Pelvik ağrı
- e) Preeklampsi

Cevap B (*Current Obstetri ve Jin. -Türkçe, s.1247*)

Komplet mol vakalarında en sık görülen semptom 1. trimesterde vaginal kanama gözlenmesidir.

100.Aşağıdakilerden hangisi fibromlar ile ilgili olarak doğrudur?

- a) Asit oluşturan malign bir over tümörüdür.
- b) Meig's sendromuna neden olur.
- c) Meig's sendromu fibromda görülmez.
- d) Epitelial orijinli bir over tümörüdür.
- e) Pseudoksantoma hücreleri hakimdir.

Cevap B (*Üner, Kadın Hastalıkları, 1.baskı, 1996, s.648*)

101.Aşağıdaki over tümörlerinin hangisi epiteliyal orijinli değildir?

- a) Brenner tümörü
- b) Disgerminom
- c) Seröz kist adenom
- d) Müsinöz kist adenokarsinom
- e) Endometrioid karsinom

Cevap B (*Üner, Kadın Hastalıkları, 1.baskı, 1996, s.626*)

102.Endometriozisin en sık yerleşim yeri neresidir?

- a) Over
- b) Ligamentum latum
- c) Sakrouterin ligament
- d) Periton
- e) Douglas boşluğu

Cevap A (*Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment, s.822*)

Endometriozis en sık overde yerleşir.

103.Aşağıdakilerden hangisi gestasyonel trofoblastik kategorizasyonları arasında iyi prognostik faktör olarak sayılabilir?

- a) 4 aydan uzun süre geçmiştir.
- b) Serum beta HCG>40.000 mIU/mL
- c) Önceden kemoterapi uygulanmamıştır.
- d) Term gebelik sonrasında gelişmiştir.
- e) Önceki kemoterapi başarısızlıkla sonuçlanmıştır.

Cevap C (*Current Obstetri ve Jin. -Türkçe, s.1254; Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.1025, Tablo 2*)

Bkz. Tablo 6.

104.PCO ile ilgili olarak temel endokrinopati aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Ovariyal androjen artışı
- b) İnhibin artış
- c) SHBG azalması
- d) Periferde yüksek östrojen
- e) Adrenal androjen yüksekliği

Cevap D (*Üner, Kadın Hastalıkları, 1.baskı, 1996, s.168-179*)

105.26 yaşında, MD+MY olan 26 haftalık gebenin günlük aktiviteler ile nefes darlığı ve çarpıntısı olmaktadır. Bu gebenin fonksiyonel kapasitesi kaçtır?

- a) Klas I
- b) Klas II
- c) Klas III
- d) Klas IV
- e) Klas V

Cevap B (*Current, s.423; Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.394*)

Klas I: Kalp hastalığı bedeni aktiviteyi kısıtlamaz. Aktivite ile yorgunluk, dispne, angina oluşmaz.

Klas II: Kalp hastalığı bedeni aktiviteyi hafif kısıtlar. Olağan günlük hareketlerde yorgunluk, dispne, angina oluşur.

Klas III: Kalp hastalığı bedeni aktiviteyi önemli derecede kısıtlar. Günlük hareketlerden daha hafif eforla yorgunluk, dispne, angina oluşur.

Klas IV: Kalp hastalığı istirahatte dahi dispneye neden olur.

106.Ektopik gebelik ile ilgili olarak hangisi doğrudur?

- a) En sık görülen semptom vaginal kanamadır.
- b) Bulgu olarak en sık adneksiyel kitle saptanır.
- c) Tuba ve korpus luteum normal, konseptus anormal ise progesteron düzeyi düşüktür.
- d) Korpus luteum fonksiyonunun yetersiz olduğu olgularda hCG düşüktür.
- e) Konservatif tedavi yapılan olguların takibi ultrasonografi ile yapılır.

Cevap D (*Üner, Kadın Hastalıkları, 1.baskı, 1996, s.411-433*)

107.Aşağıdakilerden hangisi endometrium kanserinde prognozu etkileyen faktörlerden değildir?

- a) Yaş
- b) Omentum metastazı
- c) Adneksial metastaz
- d) Histolojik diferansiasyon
- e) Tümör evresi

Cevap B (*Üner, Kadın Hastalıkları, 1.baskı, 1996, s.581*)

108.Premenstrüel sendromda yanlış işaretleyiniz.

- a) Östrojen, su ve sodyum retansiyonuna neden olur.
- b) Premenstrüel sendromun en önemli özellikleri, siklik ve tekrarlayıcı olmasıdır.
- c) Tedavide vit B6'nın yeri yoktur.
- d) Plasebo alan olgularda %30 tedavi sağlanmaktadır.
- e) Progesteron ve 17β östradiol seviyeleri normaldir.

Tablo 6. Trofoblastik hastalıklarda klinik klasifikasyon

I. Nonmetastatik hastalık : Uterus dışında hastalık bulgusu yok.

II. Metastatik hastalık : Uterus dışında hastalık mevcut.

A. İyi prognozlu metastatik hastalık

- 1. Kısa süreli (son gebelik oluşalı 4 aydan kısa süre)
- 2. Tedavi öncesi düşük hCG titresi (24 saatte 100.000 İÜ'den az veya serumda 40.000 mIU/ml'den az)
- 3. Beyin ve karaciğer metastazı yok.
- 4. Daha önce kemoterapi yok.

B. Kötü prognozlu metastatik hastalık

- 1. Uzun süreli (son gebelik oluşalı 4 aydan uzun ise)
- 2. Tedavi öncesi yüksek hCG (24 saatte 100.000 İÜ'den fazla veya serumda 40.000 mIU/ml'den fazla)
- 3. Beyin veya karaciğer metastazı
- 4. Daha önce başarısız kemoterapi

Cevap C (Üner, Kadın Hastalıkları, 1.baskı, 1996, s.263-267)

Kesin tanı biyopsi ile konur.

109.Aşağıdaki myomlardan hangisinde üriner fonksiyonlar olumsuz etkilenir?

- a) Subseröz myom
- b) Submuköz myom
- c) İntraligamenter myom
- d) İntramural myom
- e) Paraziter myom

Cevap C (Üner, Kadın Hastalıkları, 1.baskı, 1996, s.569-570)

İntraligamenter myomlar bası etkisiyle hidronefroz yapabilirler.

110.Over tümörleri ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Fallop tüpü metaplazisi sonucu, endometrioid tümörler gelişir.
- b) En sık görülen malign germ hücreli tümör disgerminomdur.
- c) Disgerminomlu olguların %20'si 40 yaşın üstündedir.
- d) Disgerminomda konservatif tedavi yapılmaz.
- e) Disgerminom gebelerde çok nadir görülür.

Cevap B (Üner, Kadın Hastalıkları, 1.baskı, 1996, s.636)

Disgerminom en sık görülen malign germ hücreli tümördür. %80; 10-30 yaşlarında görülür. %20 bilateraldir. Yüksek oranda radyosensitiftir.

111.Servikte lokalize 4 cm'den büyük lezyonu (Ca) olan olgunun evresi nedir?

- a) IA
- b) IA2
- c) IB
- d) IB2
- e) IIA

Cevap D (Üner, Kadın Hastalıkları, 1.baskı, 1996, s.540)

112.Pediyatrik dönemde en sık görülen jinekolojik kaynaklı tümör nedir?

- a) Over Ca
- b) Disgerminom

- c) Sarkoma botrioides
- d) Serviks Ca
- e) Vulva Ca

Cevap C (Erk, Novak Jinekoloji, 12.baskı, 1998, s.1144-1145)

113.Oral kontraseptiflerle ilgili olarak doğruyu işaretleyiniz.

- a) Ethinyl estradiol, menstrodan 1.7 kat daha etkindir.
- b) Kombine oral kontraseptiflerde tabletler içindeki estrojen ve progesteron miktarı değişik olduğu için mutlaka gününe uygun tablet alınmalıdır.
- c) Kombine oral kontraseptiflerde gebelik olasılığı %1'dir.
- d) Trombozis ile östrojen dozu arasında ilişki yoktur.
- e) 35 yaş altı ve sigara içmeyen olgularda da O.K.'ler ile myokard infarktüsü riski çok artar.

Cevap A (Üner, Kadın Hastalıkları, 1.baskı, 1996, s.324/325)

114.Aşağıdakilerden hangisi homolog miks sarkomudur?

- a) Leromyosarkom
- b) Malign mikst müllerian tümör
- c) Endometrial stromal sarkom
- d) Karsinosarkom
- e) Osteosarkom

Cevap D (Üner, Kadın Hastalıkları, 1.baskı, 1996, s.591)

115.Aşağıdakilerden hangisi anormal kolposkopik bulgu değildir?

- a) Atipik damarlanma
- b) Lököplaki
- c) Atrofik değişiklikler
- d) Puntuasyon
- e) Asetowhite (beyaz) epitel

Cevap C (Üner, Kadın Hastalıkları, 1.baskı, 1996, s.522)