

# 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.Hakki AKALIN, Prof.Dr.Hikmet AKGÜL, Prof.Dr.Tansu ARASIL,

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

Prof.Dr.Selçuk BÖLÜKBAŞI, Prof.Dr.Nebil BÜYÜKPAMUKÇU,

Prof.Dr.Şali ÇAĞLAR, 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 GÖĞÜŞ,

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

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 İBİŞ, Prof.Dr.Uğur KANDILCI,

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

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

Prof.Dr.Numan NUMANOĞLU, Prof.Dr.Ilker 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 KORUKLUOĞLU

#### Müessese Müdürü

Recep ÇELEN

#### Reklam Koordinatörü

Dr.Deniz AKAGÜNDÜZ

#### Kitabevleri Koordinatörü

Dr.İbrahim ERSOY

#### Muhasebe

Murat ÇİFTER

#### Dizgi Operatörleri

Kader KAYABAŞ, Mehtap DAYI

#### Yazı Takip Sekreterliği

Ayfer USTAOĞLU

#### Abone ve Halkla İlişkiler Sekreteri

Habibe ATAY

#### Ankara Kitabevi

Kazim ERCAN, Hakki 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 Şubesi 693070 nolu  
banka hesabına gerekli ücreti yatırıp, dekontu -ücretin  
Meditest Dergisi aboneliği için ödendiğini belirten- kısa  
bir mektupla birlikte Talatpaşa Bulvarı No:102 06230  
Hamamönü/Ankara adresine göndermeleri yeterlidir.

**Adres Değişiklikleri:** Derginin yayınlandığı tarihten en  
az 15 gün önce abone servisine yazılı olarak bildirilme-  
lidir. Zamanında yapılmayan bildirimlerden dolayı  
derginin aboneye ulaşmamasından yayıncı sorumlu tu-  
lulamaz.

**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 ol-  
madan kısmen veya tamamen herhangi bir vasıta ile basılamaz,  
çoğaltılamaz. Kaynak göstermek kaydıyla dahi alıntı yapılamaz.

ISSN: 1300-0276

Baskı: Türkiye Klinikleri, ANKARA

Türkiye Klinikleri  
**MEDITEST Dergisi**

Cilt 10

Sayı 6

Temmuz-Ağustos 2001

*Tıp eğitimi, tıp fakültelerinde bitmez; ancak başlar.*

*W.H.Welch*

## İÇİNDEKİLER

291	<b>Dermatoloji</b>
<b>Nöroloji</b>	329
297	<b>Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon</b>
<b>Nöroşirürji</b>	335
301	<b>Radyodiagnostik</b>
<b>Psikiyatri</b>	337
304	<b>Radyasyon Onkolojisi</b>
<b>KBB</b>	340
309	<b>Nükleer Tıp</b>
<b>Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi</b>	343
313	<b>Adli Tıp</b>
<b>Ortopedi ve Travmatoloji</b>	347
316	<b>Halk Sağlığı</b>
<b>Anesteziyoloji ve Reanimasyon</b>	

ISSN: 1300-0276

**C i l t : 1 1 • S a y ı : 6 • T e m m u z - A ğ u s t o s 2 0 0 2**

# Türkiye Klinikleri

## MEDITEST Dergisi

### EDITÖR

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL (Ankara)

### YAYIN SEKRETERİ

Dr.Ibrahim ERSOY (Ankara)

### SORU HAZIRLAMA KOMİSYON ÜYELERİ

Yrd.Doç.Dr.Cem AÇIKBAŞ (Akdeniz)  
Prof.Dr.Erdal AĞAR (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 AKDAŞ (Marmara)  
Prof.Dr.Handan AKER (Cumhuriyet)  
Op.Dr.Mehmet Akif AKGÜL (SSK Ankara Doğev.)  
Prof.Dr.Yurdanur AKGÜN (Osmangazi)  
Prof.Dr.Azem AKILLI (Ege)  
Prof.Dr.Mustafa AKIN (Ege)  
Doç.Dr.Mete AKISÜ (Ege)  
Prof.Dr.Asım AKIN (Ankara)  
Prof.Dr.M.A. AKKUŞ (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 AKŞİT (Ege)  
Prof.Dr.Filiz AKŞİT (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.Şükrü AKYOL (Gazi)  
Op.Dr.Mahmut AKYÜZ (Akdeniz)  
Doç.Dr.Bülent ALAĞÖL (Trakya)  
Yrd.Doç.Dr.Sait ALAN (Dicle)  
Uzm.Dr.Taner ALIOĞLU (Haseki Hst.)  
Uzm.Dr.Mehmet ALKAN (Ankara Numune Hst.)  
Doç.Dr.Gülennaz ALPER (Ege)  
Uzm.Dr.Gündüz ALTIAY (Trakya)  
Prof.Dr.Nur ALTINÖRS (Başkent)  
Doç.Dr.Levent ALTINTOP (Ondokuz Mayıs)  
Yrd.Doç.Dr.Hasan ALTUNBAŞ (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 ARICIOĞLU (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 ARTVINLI (Akdeniz)  
Dr.Selçuk ASLAN (Gazi)  
Yrd.Doç.Dr.Neslihan ASTAM (Atatürk)  
Prof.Dr.Esin AŞAN (Hacettepe)  
Prof.Dr.Kenan ATABAY (Gazi)  
Prof.Dr.Yıldız ATALAY (Gazi)  
Doç.Dr.Şebnem ATAMAN (Ankara)

Doç.Dr.M. Kemal ATIKELER (Fırat)  
Doç.Dr.Ali AVANOĞLU (Ege)  
Prof.Dr.Sevgen AYDAR (Ege)  
Doç.Dr.Sabahattin AYDIN (Yüzüncü Yıl)  
Doç.Dr.Yeşim AYDINOK (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Barlas AYDOĞAN (Çukurova)  
Yrd.Doç.Dr.Metin AYDOĞAN (Kocaeli)  
Doç.Dr.Sinan AYDOĞDU (Ankara Numune Hst.)  
Doç.Dr.Sema AYDOĞDU (Ege)  
Prof.Dr.I. Hakkı AYHAN (Ankara)  
Dr.Sühan AYHAN (Gazi)  
Doç.Dr.Kudret AYTEMİR (Hacettepe)  
Doç.Dr.Mustafa AYYILDIZ (Ondokuz Mayıs)  
Prof.Dr.Gülseren BAĞCI (Akdeniz)  
Prof.Dr.Hasan BAĞCI (Ondokuz Mayıs)  
Yrd.Doç.Dr.Faruk BAĞIRICI (Ondokuz Mayıs)  
Doç.Dr.Meral BAKA (Ege)  
Uzm.Dr.Mehmet BAKAR (Haseki Hst.)  
Dr.Sevcan BAKKALOĞLU (Gazi)  
Prof.Dn.Z. Tbp.Kd. AlbayKunter BALKANLI (GATA)  
Prof.Dr.Z. Nur BANOĞLU (Atatürk)  
Yrd.Doç.Dr.Sibel BARIŞ (Ondokuz Mayıs)  
Prof.Dr.Sevgi BARTU SARYAL (Ankara)  
Prof.Dr.Sabri BARUTÇA (Adnan Menderes)  
Prof.Dr.Can BAŞAKLAR (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 BAYRAMGÜRLER (Kocaeli)  
Prof.Dr.Bülent BAYSAL (Selçuk)  
Prof.Dr.Sunru BEDER (Ankara)  
Op.Dr.Gülşay BEDİLLİ (SSK Ankara Doğumevi)  
Yrd.Doç.Dr.Mehmet BEKEREÇİOĞLU (Gaziantep)  
Dr.Ahmet BEKTAŞ (Ondokuz Mayıs)  
Yrd.Doç.Dr.Öcal BERKAN (Cumhuriyet)  
Prof.Dr.Erdal BEŞER (Adnan Menderes)  
Prof.Dr.Ufuk BEYAZOVA (Gazi)  
Yrd.Doç.Dr.Ülkem BILBAY (Ege)  
Doç.Dr.Nilgün BİLEN (Kocaeli)  
Doç.Dr.Ayşe BILGEHAN (Gazi)  
Prof.Dr.Altunay BILGIÇ (Ege)  
Prof.Dr.Sait BILGIÇ (Ondokuz Mayıs)  
Prof.Dr.Mehmet BITİRGEN (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 BÖLÜKBAŞI (Gazi)  
Yrd.Doç.Dr.Serpil BULUT (Fırat)  
Prof.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. Tervik CENGİZ (Ankara)

Prof.Dr.Peyami CİNİZ (Gazi)  
Doç.Dr.Erdal COŞKUN (Pamukkale)  
Prof.Dr.Meserret CUMHUR (Hacettepe)  
Prof.Dr.Güven ÇAĞATAŞ (Ege)  
Doç.Dr.Tuncay ÇAĞLAR (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 ÇİÇEKÇİOĞLU (Ankara Numune Hst.)  
Prof.Dr.Nusret ÇİFTÇİ (Ondokuz Mayıs)  
Doç.Dr.M. Akif ÇİFTÇİOĞLU (Akdeniz)  
Doç.Dr.Ergün ÇİL (Uludağ)  
Doç.Dr.Şirzat ÇOĞALGİL (Atatürk)  
Yrd.Doç.Dr.Özgür ÇOĞULU (Ege)  
Doç.Dr.Mahmut ÇOKER (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Nezih DAĞDEVİREN (Trakya)  
Prof.Dr.Şenol DANE (Ondokuz Mayıs)  
Doç.Dr.Şükran DARCAN (Ege)  
Op.Dr.Hülya DEDE (SSK Ankara Doğumevi)  
Yrd.Doç.Dr.Ibrahim DEMİR (Akdeniz)  
Dr.Sevgi DEMİR (Ege)  
Doç.Dr.Esen DEMİR (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Ayşe Nur DEMİRAL (Akdeniz)  
Yrd.Doç.Dr.Sema DEMİRÇİN KARAGÖZ (Akdeniz)  
Yrd.Doç.Dr.Kutbeddin 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 DILBAZ (SSK Ankara Doğumevi)  
Uzm.Dr.Elvin DİNÇ (SSK Okmeydanı Hst.)  
Doç.Dr.Sibel DİNÇER (Gazi)  
Doç.Dr.Hüseyin DINDAR (Ankara)  
Yrd.Doç.Dr.Nihal DOĞAN (Osmangazi)  
Yrd.Doç.Dr.Zahide DOĞANAY (Ondokuz Mayıs)  
Doç.Dr.Osman DOĞRU (Fırat)  
Yrd.Doç.Dr.Fikret DOĞULU (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 DURANOĞLU (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 EKŞİOĞLU (*Ankara Hst.*)  
Yrd.Doç.Dr.Şahade ELAĞÖZ (*Cumhuriyet*)  
Doç.Dr.Mehmet ELBİSTAN (*Ondokuz Mayıs*)  
Prof.Dr.Murat ELEVLI (*Kocaeli*)  
Doç.Dr.Imdat ELMAS (*Istanbul*)  
Yrd.Doç.Dr.Özlem ELPEK (*Akdeniz*)  
Yrd.Doç.Dr.Mehmet EMİRZEOĞLU (*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.I.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 ERİŞİM (*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*)  
PProf.Dr.Biltan ERŞÖZ (*Ege*)  
Prof.Dr.Mine ERTEM YURTSEVEN (*Ege*)  
Prof.Dr.Ümit ERTÜRK (*Ege*)  
Yrd.Doç.Dr.Ertuğrul ŞEŞEL (*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 GELİŞEN (*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.I.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 GÜLDOĞUŞ (*Ondokuz Mayıs*)  
Prof.Dr.Şendoğan 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.Ilhan GÜNAY (*Cumhuriyet*)  
PProf.Dr.Mehmet GÜNDOĞDU (*Atatürk*)  
Yrd.Doç.Dr.Murat GÜNDÜZ (*Çukurova*)  
Prof.Dr.Kemal GÜNDÜZ (*Selçuk*)  
Yrd.Doç.Dr.Yasemin GÜNEŞ (*Çukurova*)  
Prof.Dr.Erol GÜNTEKİN (*Akdeniz*)  
Doç.Dr.Asuman GÜRRAKİN (*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 GÜREN (*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.Şükür HATUN (*Kocaeli*)  
Doç.Dr.Ayşen HELVACI (*SSK Okmeydanı Hst.*)  
Yrd.Doç.Dr.Süleyla HILMİOĞLU (*Ege*)  
Doç.Dr.Celal ILGAZ (*Gazi*)  
Doç.Dr.Ahmet ILGAZLI (*Kocaeli*)  
Yrd.Doç.Dr.Hatice ILGIN (*Ankara*)  
Prof.Dr.Geylan İŞİK (*Çukurova*)  
Prof.Dr.Erdal İŞİK (*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.Ismail 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 KARADENİZ (*Gazi*)  
Prof.Dr.Oktay Z. KARAKAŞ (*Kocaeli*)  
Yrd.Doç.Dr.Deniz KARAKAYA (*Ondokuz Mayıs*)  
Doç.Dr.Beyhan KARAMANLIOĞLU (*Trakya*)  
Prof.Dr.Şeyda KARAVELİ (*Akdeniz*)  
Doç.Dr.Melda KARAVUŞ (*Marmara*)  
Prof.Dr.Ümit KARAYALÇIN (*Akdeniz*)  
Uzm.Dr.Demet KARNAK (*Ankara*)  
Yrd.Doç.Dr.Ibrahim 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 KELEŞ (*Ankara Numune Hst.*)  
Doç.Dr.Mehmet KENDİR (*Haseki Hst.*)  
Prof.Dr.Sırrı KES (*Hacettepe*)  
Yrd.Doç.Dr.Ibrahim 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.Irfan KIRIŞTIOĞLU (*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.Ayşe Gül KÖKÇAL (*Ankara Hst.*)  
Yrd.Doç.Dr.Ibrahim KOÇER (*Atatürk*)  
Yrd.Doç.Dr.Hasan KOÇOĞLU (*Gaziantep*)  
Prof.Dr.Sezer Ş. KOMSUOĞLU (*Kocaeli*)  
Prof.Dr.Emel KOPTAGEL (*Cumhuriyet*)  
Doç.Dr.Cem KOPUZ (*Ondokuz Mayıs*)  
Doç.Dr.Adnan KORKMAZ (*Ondokuz Mayıs*)  
Prof.Dr.Şebnem KORUR FİNCANCI (*Istanbul*)  
Prof.Dr.Sezen KOŞAY (*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.Şehim 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 LÜLECI (*Akdeniz*)  
Yrd.Doç.Dr.Şinasi MANDUZ (*Cumhuriyet*)  
Prof.Dr.Cafer MARANGOZ (*Ondokuz Mayıs*)  
Prof.Dr.Mehmet MELLİ (*Ankara*)  
Dr.Asuman MEMİŞ (*İzmir Atatürk Hst.*)  
Prof.Dr.Sevda MENEVŞE (*Gazi*)  
Prof.Dr.Adnan MENEVŞE (*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 MIR (*Celal Bayar*)  
Prof.Dr.Sevgi MIR (*Ege*)  
Doç.Dr.M. Uğur MÜNGAN (*Dokuz Eylül*)  
Doç.Dr.Mehmet Hamdi MUZ (*Fırat*)  
Prof.Dr.Yusufer NERGİZ (*Dicle*)  
Prof.Dr.Necila NIŞLI (*Ege*)  
Uzm.Dr.Mehmet NUMAN (*Ankara Numune Hst.*)  
Prof.Dr.Numan NUMANOĞLU (*Ankara*)  
Yrd.Doç.Dr.Ersan ODACI (*Ondokuz Mayıs*)  
Prof.Dr.Nurettin OĞUZ (*Akdeniz*)  
Doç.Dr.Özkan OĞUZ (*Çukurova*)  
Prof.Dr.Aynur OĞUZ (*Gazi*)  
Prof.Dr.Hasan OĞUZ (*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 ONURSAL (*Istanbul*)  
Yrd.Doç.Dr.Ismail ORAN (*Ege*)  
Prof.Dr.Olcay ORAN (*Hacettepe*)  
Yrd.Doç.Dr.Irfan ORHAN (*Fırat*)  
Prof.Dr.Kemal ÖDEV (*Selçuk*)  
Prof.Dr.Ihsan ÖGE (*Ondokuz Mayıs*)  
Yrd.Doç.Dr.Murat ÖGETÜRK (*Fırat*)  
Yrd.Doç.Dr.Candan ÖĞÜŞ (*Akdeniz*)  
Doç.Dr.Suna ÖMEROĞLU (*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 ÖRMECI (*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.Tülal ÖZDEMİR (*Akdeniz*)  
Prof.Dr.Turgut ÖZKE (*Uludağ*)  
Uzm.Dr.Candan ÖZEN (*Ankara Numune Hst.*)  
Yrd.Doç.Dr.Süleyman ÖZEN (*Yüzüncü Yıl*)  
Uzm.Dr.Necila 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.Ishak ÖZKAN (*Selçuk*)  
Prof.Dr.Oktay ÖZKARAKAŞ (*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 ÖZOĞUL (*Gazi*)  
Yrd.Doç.Dr.Cemile ÖZTIN ÖĞÜN (*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 PAŞAOĞLU (*Ankara Hst.*)  
Yrd.Doç.Dr.Murat PEKDEMİR (*Fırat*)  
Prof.Dr.Yıldız PEKŞEN (*Ondokuz Mayıs*)  
Yrd.Doç.Dr.Elif PEŞTERELİ (*Akdeniz*)  
Yrd.Doç.Dr.Lütfiye PIRBUDAK (*Gaziantep*)  
Doç.Dr.Özkan POLAT (*Atatürk*)  
Prof.Dr.Sait POLAT (*Çukurova*)  
Doç.Dr.Ömer POYRAZ (*Cumhuriyet*)  
Prof.Dr.Şakire PÖĞÜN (*Ondokuz Mayıs*)  
Yrd.Doç.Dr.Esra SAATÇI (*Çukurova*)  
Prof.Dr.Murat SADE (*Dokuz Eylül*)  
Prof.Dr.Ahmet SALTIK (*Trakya*)  
Prof.Dr.A. Şefik SANAC (*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 SAVAŞ (*Ankara*)  
Prof.Dr.Iskender SAYEK (*Hacettepe*)  
Prof.Dr.Canan SAYLAM (*Ege*)  
Prof.Dr.Bülent SEÇKİN (*Ankara*)  
Doç.Dr.Atilla SEMERCİÖZ (*Fırat*)  
Doç.Dr.Betül SEVINİR (*Uludağ*)  
Prof.Dr.Fazıl SEZEN (*Istanbul*)  
Uzm.Dr.Başar SIRMAGÜL (*Osmangazi*)  
Doç.Dr.Muzaffer SINDEL (*Akdeniz*)  
Prof.Dr.Bülent SIVRI (*Hacettepe*)  
Prof.Dr.Seher SÖFUOĞLU (*Selçuk*)  
Prof.Dr.Suna SOLMAZ (*Çukurova*)  
Prof.Dr.Inan SOYDAN (*Ege*)  
Prof.Dr.Cahide SOYDAŞ 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.Taşkın ŞENTÜRK (*Adnan Menderes*)  
Prof.Dr.Feruh ŞİMŞEK (*Marmara*)  
Yrd.Doç.Dr.Israfil ŞİMŞEK (*Selçuk*)  
Yrd.Doç.Dr.Erhan TABAKOĞLU (*Trakya*)  
Prof.Dr.Atilla TAÇOY (*Akdeniz*)  
Prof.Dr.Kadir TAHTA (*Pamukkale*)  
Prof.Dr.Remziye TANAC (*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 (*Istanbul*)  
Prof.Dr.Mehmet Çetin TEREK (*Ege*)  
Doç.Dr.Demet TOK (*Izmir Atatürk Hst.*)  
Doç.Dr.Ufuk TOLU (*Istanbul*)  
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.Inci TUNCER (*Selçuk*)  
Yrd.Doç.Dr.Timur TUNÇALI (*Ankara*)  
Prof.Dr.Arslan TUNÇBILEK (*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 (*Şişli Etfal Hst.*)  
Doç.Dr.Ajlan TÜKÜN (*Ankara*)  
Prof.Dr.Emel TÜMBAY (*Ege*)  
Doç.Dr.Alper TÜNGER (*Ege*)  
Prof.Dr.Aylâ TÜR (*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 UĞRAŞ (*Yüzüncü Yıl*)  
Prof.Dr.Hatice UĞURLU (*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 (*Istanbul*)  
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 Imam*)  
Doç.Dr.Fadıl VARDAR (*Ege*)  
Prof.Dr.Erkan VARDARELİ (*Osmangazi*)  
Prof.Dr.Raşit Vural YAĞCI (*Ege*)  
Prof.Dr.Peyman YALÇIN (*Ankara*)  
Doç.Dr.Orhan YALÇIN (*Fırat*)  
Şerafettin YALÇIN (*SSK Okmeydanı Hst.*)  
Doç.Dr.Sümer YAMANER (*Istanbul*)  
Uzm.Dr.Alper YARANGÜMELİ (*Ankara Numune Hst.*)  
Doç.Dr.M. Hadi YAŞA (*Adnan Menderes*)  
Yrd.Doç.Dr.Altuğ YAVAŞOĞLU (*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.Iclal 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.*

# RADYASYON ONKOLOJİSİ

1. Aşağıdaki neoplazilerden hangisi radyasyona bağlı karsinogenezis için en kısa latent periyoda sahiptir?

- a) Tiroid kanseri
- b) Lösemi
- c) Meme kanseri
- d) Cilt kanseri
- e) Mesane kanseri

Cevap B (Hall, Radiobiology for the Radiologist, 3.baskı, s.390)

Radyasyona bağlı karsinogenezis gelişmesi için en kısa latent periyod lösemide görülmektedir (7-12 yıl). Solid tümörlerin gelişmesi için daha uzun bir latent periyoda ihtiyaç vardır (20-40 yıl).

2. Memelilerde hücre siklusunun hangi fazı radyasyona en hassastır?

- a) G<sub>0</sub> fazı
- b) G<sub>1</sub> fazı
- c) Sentez (S) fazı
- d) G<sub>2</sub> fazı
- e) Mitoz (M) fazı

Cevap E (DeVita, Cancer. Principles and Practice of Oncology, 5.baskı, 1997, s.319)

Memeli hücrelerinde hücre siklusu 4 fazdadır. G<sub>1</sub>, Sentez (S), G<sub>2</sub> ve Mitoz (M) fazlarıdır. Hücrelerin radyasyona duyarlılığı fazlara göre değişiklik gösterir. Mitoz faz en hassas fazdır. G<sub>2</sub> fazı mitozu yakın hassaslıkta, G<sub>1</sub> fazı yeterli uzunlukta ise G<sub>1</sub>'de kısmen hassastır. Hücrelerin direnci geç G<sub>1</sub> ve S fazında artar. Geç S fazda maksimum rezistan olurlar.

3. Aşağıdakilerden hangisi radyasyonun etkisini artırır?

- a) Misonidazol
- b) WR. 27 21.
- c) Sulfidril bileşkerler
- d) Sistein
- e) Sisteamin

Cevap A (Hall, Radiology for the Radiologist, 3.baskı, s.200)

Misonidazol hipoksik hücre sensitizerlerindedir. Radyasyona duyarlılığı artar. Diğerleri ise radyoprotektan ajanlardır.

4. Kolon ve rektum kanserinde progresyon ve rekürrensi tayinde kullanılan hassas laboratuvar yöntemi hangisidir?

- a) CEA
- b) CA-19.9

- c) AFP
- d) CA-125
- e) CA-19-3

Cevap A (Perez, Principles and Practice of Radiation Oncology, 3.baskı, 1998, s.1492)

NCI konsensus toplantısında; seri CEA ölçümlerinin rekürren hastalığı saptamada en hassas laboratuvar yöntemi olduğu kararı alınmıştır.

5. Pür seminomlar için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Beta HCG hastalarının %80-85'de yüksektir.
- b) AFP pür seminomlarda yüksek miktarda salınmaktadır.
- c) Plasental AFP ölçümünün sensitivitesi yüksektir.
- d) Pür seminomlar için daha çok ALP'nin kemik fraksiyonu kullanılmaktadır.
- e) AFP; pür seminomlarda salınmaz, ancak bazı ışık mikroskobu ile yapılan çalışmalarda hücre yüzeyinde yerleşimi görülmüştür.

Cevap E (Perez, Principles and Practice of Radiation Oncology, 3.baskı, 1998, s.1967)

Beta HCG pür seminomlu hastaların ancak %17-30'unda orta derecede yüksektir. AFP yüksekliği non-seminomatöz tümörlerde saptanmıştır. Testis tümörleri için ALP'nin kemik fraksiyonu değil plasental ALP kullanılmaktadır ve seminomlarda sensitivitesi düşüktür.

6. Hodgkin hastalığı ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Birbirini takip eden lenf nodlarında tutulum olur, atlayarak tutulum görülmez.
- b) Hodgkin hastalığının büyüme ve yayılım hızı yavaştır.
- c) Waldeyer halkası ve Peyer plaklarının tutulumu sık olarak görülmektedir.
- d) Çocuklarda prognoz erişkinlere göre daha iyidir.
- e) Hastaların ancak 1/3'ünde 3 B semptomundan birisi bulunur.

Cevap C (Perez, Principles and Practice of Radiation Oncology, 3.baskı, 1998, s.1963-1964)

Hodgkin hastalığında sadece lenfoid doku ile ilişkisi Waldeyer halkası peyer plaklarının tutulumu nadirdir. Diğer seçeneklerdeki cevaplar doğrudur.

7. Meme kanserli hastanın takibinde hangi tümör marker ikilisi metastatik ya da nüks süreçte daha sık yükselme eğilimindedir?

- a) CAM26-CA15.3
- b) CEA-CA15.3
- c) Ferritin-CA549
- d) Ca15.3-Ferritin
- e) Tetranektin-CEA

Cevap B (Tandini, Comparison of Ca15.3 an Carcinoembryonic Antigenin Monitoring the Clinical Course of Patients with Metastatic Breast Cancer. Cancer Res 1998; 48:4107-4112)

İlerlemiş meme kanserli 173 hastanın 130'unda yüksek CA 15.3 değerleri, 103 hastanın 97'sinde yüksek CEA değerleri bulunmuştur. Buna dayanarak CA 15.3 serum düzeylerinin yaygın metastazla, metastatik yerlerin sayısı ile ve yaşam süresi ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür.

8. Aşağıdaki tümör tiplerini vena cava superior sendromu geliştiğinde tedaviye yanıt ve prognoz açısından en iyiden en kötüye doğru sıralayınız.

- a) Lenfoma>Küçük hücreli akciğer kanseri>Küçük hücreli dışı akciğer kanseri
- b) Küçük hücreli akciğer kanseri >Lenfoma>Küçük hücreli dışı akciğer kanseri
- c) Küçük hücreli akciğer kanseri>Küçük hücreli dışı akciğer kanseri>Lenfoma
- d) Küçük hücreli dışı akciğer kanseri>Küçük hücreli akciğer kanseri>Lenfoma
- e) Lenfoma>Küçük hücreli dışı akciğer kanseri> Küçük hücreli akciğer kanseri

Cevap A (Pere, Principles and Practice of Radiation Oncology, 3.baskı, 1998, s.1212)

Tedavi yanıtı ve prognoz açısından VCSS geliştiğinde en iyi yanıt ve prognoz sırasıyla Lenfoma>Küçük hücreli akciğer kanseri>Küçük hücreli dışı akciğer kanseri şeklindedir.

9. Aşağıdakilerden hangisi radyasyona bağlı oluşabilecek karakteristik organ lezyonlarından değildir?

- a) Büyümede gecikme
- b) Katarakt
- c) Venokluziv karaciğer hastalığı
- d) Retina dekolmanı
- e) Akut radyasyon pnömonisi

Cevap D (Perez, Principles and Practice of Radiation Oncology, 3.baskı, 1998, s.145)

Yukarıdaki seçeneklerden büyümede gecikme, katarakt, venokluziv karaciğer hastalığı ve akut radyasyon pnömonisi radyasyonun epitel/parankim, stroma ve vasküler yapılar üzerindeki etkilerinin bileşimi olarak ışınlanan volümde ortaya çıkabilecek karakterist

teristik organ lezyonlarıdır. Ancak retina dekolmanı bu kapsamda ele alınabilecek radyasyona bağlı karakteristik bir organ lezyonu değildir ve etken olarak radyasyon dışında başka unsurlar rol oynamaktadır.

10. Aşağıdakilerden hangisi kanserde evrelemenin amaçlarından biri değildir?

- a) Tedavi planlamada klinisyene yardımcı olmak
- b) Tedavi merkezleri arasındaki iletişimi kolaylaştırmak
- c) Prognoz hakkında bazı bilgiler vermek
- d) Tümörleri patolojik alt tiplerine göre sınıflandırmak
- e) Tedavi sonuçlarının değerlendirilmesini kolaylaştırmak

Cevap D (Perez, Principles and Practice of Radiation Oncology, 3.baskı, 1998, s.216)

Kanserde evreleme özellikle prognoz açısından farklılığı yansıtmak şeklinde hastalığın primer tümör, lenf nodu ve uzak metastaz yönünden durumunu belirterek yapılmaktadır. Evreleme "d" seçeneği dışında yer alan tüm amaçlara hizmet etmektedir. Oysa tümörlerin patolojik alt tiplerine göre sınıflandırılması evreleme değil patolojik klasifikasyon olarak adlandırılmaktadır.

11. Aşağıdakilerden hangisi kombine radyoterapi ve kemoterapi ile organ koruyucu yaklaşımın uygulandığı kanser türlerinden biri değildir?

- a) Anal kanser
- b) Baş-boyun kanserleri
- c) Ekstremitte sarkomları
- d) Meme kanseri
- e) Akciğer kanseri

Cevap E (Perez, Principles and Practice of Radiation Oncology, 3.baskı, 1998, s.705)

Kombine modalite tedavilerle; meme kanserinde mastektomi yerine meme koruyucu cerrahi, ekstremitte sarkomlarında ekstremitte koruyucu cerrahi, anal kanserde sfinkter koruyucu cerrahi ve baş-boyun kanserlerinde larenks koruyucu cerrahi uygulanabilmektedir. Bu yaklaşım hastaların organ ve işlevini koruyup yaşam kalitesini arttırmaya yöneliktir. Ancak akciğer kanserinde yapılacak cerrahiye daha sınırlı hale getirmek için değil de lokal kontrol ve sağkalımı arttırmaya yönelik olarak kemoterapi ve radyoterapi kombine edilmeye çalışılmaktadır.

12. Erken evre nazofarenks kanserinin standart tedavisi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Radyoterapi
- b) Cerrahi
- c) Kemoterapi
- d) İmmünoterapi
- e) Hormonoterapi



Cevap A (Perez, *Principles and Practice of Radiation Oncology*, 3.baskı, 1998, s.897)

Nazofarenks kafa tabanına komşu olduğu için yeterli cerrahi sınırla çıkarılabilmesi olanaksızdır. Bu nedenle ve ayrıca radyoterapiye dirençli olmaması nedeniyle radyoterapi temel tedavi olmuştur. Nadiren boyna radikal boyun disseksiyonu uygulansa da sonuçlar radyoterapiden üstün değildir ve bu tür bir yaklaşım ancak primer tedavi sonrası rezidü veya rekürrensler için denenebilir. Kemoterapinin (neoadjuvan/adjuvan) ise ancak lokal ileri evre nazofarenks kanserinin tedavisinde yeri vardır. Öte yandan immüno ve hormonoterapinin bu kanser türünde uygulanmasının herhangi bir avantajı gösterilmemiştir.

**13.Radyoterapi bazı benign hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadır. Aşağıdakilerden hangisi buna örnek değildir?**

- a) AVM (arteriovenöz hemanjiom)
- b) Ataksi telenjiektazi
- c) Heterotopik ossifikasyon
- d) Desmoid tümör
- e) Vertebra hemanjiomu

Cevap B (Perez, *Principles and Practice of Radiation Oncology*, 3.baskı, 1998, s.2172,2174,2176)

AVM (arteriovenöz hemanjiom), heterotopik ossifikasyon, desmoid tümör ve vertebra hemanjiomu radyoterapinin uygulandığı benign hastalıklardandır. Ancak ataksi telenjiektazi bir neoplastik hastalık değil, kromozom kırıklarının aşırı düzeyde olduğu genetik bir bozukluk olup bu kişiler radyasyona ileri derecede duyarlılık gösterdiklerinden radyoterapi bu durumda kontrendikedir.

**14.Uzak metastaz yapmamış ve cerrahi olarak çıkartılmayan invaziv serviks kanserinde primer tümöre ve lenfatiklerine yönelik radikal radyoterapi uygulaması için hangisi doğrudur?**

- a) Eksternal ve intrakaviter ışınlama yapılır.
- b) Intrakaviter ışınlama yapılmaz, eksternal ışınlama yeterlidir.
- c) Radyoterapi sadece uzak metastaz yapmış olgularda uygulanır.
- d) Eksternal ışınlama yapılmaz, intrakaviter ışınlama yeterlidir.
- e) Kemoterapi tedavisi yeterlidir, radyoterapi uygulanmaz.

Cevap A (Hossfeld, *UICC Manuel of Clinical Oncology*, 5.baskı; Fırat, *Klinik Onkoloji*, s.258)

**15.Hangisi ışınduyarlı bir tümör değildir?**

- a) Hodgkin lenfoma
- b) Seminom
- c) Glioblastoma multiforme
- d) Koryokarsinom
- e) Disgerminom

Cevap C (Rubin, *Clinical Oncology for Medical Students and Physicians*, 5.baskı; Bilge, *Klinik Onkoloji*, s.38)

**16.Nazofarenks karsinomunda esas tedavi hangisidir?**

- a) Cerrahi
- b) Kemoterapi
- c) Radyoterapi
- d) Hormonoterapi
- e) İmmünoterapi

Cevap C (Perez, *Principles and Practice of Radiation Oncology*, 3.baskı, 199, s.909)

**17.Gebeliğin organogenezis döneminde 50 cGy (Santigrey) radyasyon alan bebekte beklenen en büyük değişiklik hangisidir?**

- a) Gelişme geriliği
- b) Fetal ölüm
- c) Konjenital malformasyon
- d) Herhangi bir değişiklik olmaz
- e) Prenatal ölüm

Cevap C (Hall, *Radiobiology for the Radiologist*, 3.baskı, s.449)

**18.Aşağıdakilerden hangisinin radyasyon tolerans dozu en küçüktür?**

- a) Kas
- b) Kalp
- c) Beyin
- d) Akciğer
- e) Testis

Cevap E (Perez, *Principles and Practice of Radiation Oncology*, 2.baskı, 1992, s.151)

# ADLI TIP

## 1. Uzun namlulu yivli silahlar için yakın ateş mesafesi üst sınırı ne kadardır?

- a) 1 m
- b) 3 m
- c) 5 m
- d) 10 m
- e) 50 m

Cevap A (Gök, Adli Tıp, 5.baskı, 1983; Aykaç, Adli Tıp, 1993; Tunalı, Adli Tıp, 1988)

Yakın atış mesafesi bulgularını oluşturan yanmamış barut taneleri, alev is ve duman namludan çıktıktan sonra cilde kadar ulaşırsa ciltte izleri kalabilir. Bunlar arasında en uzağa ulaşanlar yanmamış barut taneleri olup kısa namlulu silahlar için 35-40 cm, uzun namlulu silahlar için 80-100 cm mesafeye kadar ulaşabilir.

## 2. Akut karbonmonoksit entoksikasyonları ile ilgili olarak yanlış olanı bulunuz.

- a) CO'in myoglobine affinitesi oksijenden fazladır.
- b) CO'in hemoglobine affinitesi oksijenden fazladır.
- c) CO oksijenin oksihemoglobinden dissosiasyonunu etkiler.
- d) CO postmortem dönemde de hemoglobine bağlanmaya devam eder.
- e) Karboksihemoglobin oldukça stabildir.

Cevap D (Gordon, Forensic Medicine, 3.baskı, 1988, s.130)

Karboksihemoglobin, solunum ile alınan CO'in hemoglobin ile birleşmesi sonucu meydana gelir. Dolayısıyla postmortem dönemde hemoglobine bağlanması söz konusu değildir.

## 3. Alkolün adli tıptaki önemine ilişkin aşağıdaki seçeneklerden hangisi doğru bilgi içermektedir?

- a) Alkolün emiliminin tamamı mide mukozasındadır.
- b) Midede gıda varlığı alkol emilim hızını artırır.
- c) Alkolün atılımı tamamen akciğerler yoluyla gerçekleşir.
- d) Ölümde etken başka bir faktör yoksa, kanda 350-400 mg/dl alkol varlığı ölüm nedeni olarak "alkol zehirlenmesi" demek için yeterlidir.
- e) Otopsi sırasında kan örneği elde edilemeyen bir cesette "kan alkol düzeyi"ni tespit şansı kalmamıştır.

Cevap D (Fatteh, Handbook of Forensic Pathology, 1973, s.283-284)

350-400 mg/dl alkol çoğu olgu için ölümcül entoksikasyon düzeyidir. Kan kaybından ölmüş kişilerde kan elde edilemediğinde göz içi sıvısı, idrar ya da

beyin dokusundaki alkol düzeyinden yola çıkılarak kan alkol düzeyi tespiti yapılabilmektedir.

## 4. Aşağıdakilerden hangisi klasik silahlarla yapılan bir uzak atışta meydana gelen mermi çekirdeği giriş deliğinin özelliklerinden değildir?

- a) Yaranın çevresinde kontüzyon halkası bulunur,
- b) Yaranın çevresinde silinti şeridi bulunmaz,
- c) Yara çevresinde is bulunmaz,
- d) Yara çevresinde yanık bulunmaz,
- e) Yara çevresinde yanmamış barut taneleri bulunmaz.

Cevap B (Gök, Adli Tıp, 1983, s.10)

Silinti şeridi; atış esnasında, ateşli silah namlusu içindeki yağ ve kirin mermi çekirdeği üzerine bulaşarak giriş deliği çevresine bu bulaşığı bırakması sonucu oluşur. Genellikle ilk 3 atışta görülebilir ve silmekle geçer. Atış mesafesine bağlı olmayarak, giriş deliği çevresinde görülebilir.

## 5. Hayati tehlike ile ilgili yanlış işaretleyiniz.

- a) Hayati tehlikenin varolduğunu söylemek için klinik muayene ve gerekiyorsa her türlü laboratuvar incelemesi yapılmalıdır.
- b) Kafatasında çatlak olan bir olgunun hayati tehlikesi yoktur. Hayati tehlikenin varolduğunu söylemek için kişinin ölmesi şart değildir.
- c) Hayati tehlike kişinin travmadan sonra hayatının tehlikeye girmesi demektir.
- d) Kafa, göğüs ve batin boşluklarına penetran (nafiz) yaralar hayati tehlike oluşturur.
- e)

Cevap B (Örsal, Adli Rapor, 1.baskı, 1991)

Kafatası çatlak veya kırıklarında hayati tehlike söz konusudur.

## 6. Postmortem değişikliklerle ilgili olarak yanlış olanı bulunuz.

- a) Postmortem hemoliz sonucu, hemoglobin önce damar endotelini daha sonra duvarını ve perivasküler dokuları boyar.
- b) Postmortem hemoglobin redüksiyonuna bağlı olarak ölü lekelerinin rengi değişir.
- c) Erkek cesetlerde bazen saptanan skrotum cildindeki renk değişikliği hemoliz nedeniyle olur.
- d) Hemoglobin postmortem passif diffüzyonla seröz boşluklara geçer ve bu boşluklardaki sıvıları boyar.
- e) Kokuşmanın evrelerinde ciltten saptanan damarlı mermer görünümünün nedeni hemoliz sonucu açığa çıkan hemoglobinin perivasküler dokuları boyamaya başlamasıdır.

Cevap C (Gök, Adli Tıp, 1993, s.10)

Erkek cesetlerde bazen saptanan skrotum cildindeki renk değişikliği, postmortem dönemde meydana gelen dehidratasyona bağlı bir postmortem değişikliktir. Parşömen plağı olarak adlandırılan bu durum, özellikle epidermisin bozulduğu yerlerde meydana gelir. Ancak skrotum gibi derinin ince ve nemli olduğu bölgelerde de görülebilir. Kırmızı kahve renkte, sert kıvamda ve altı kurudur.

7. Tıbbi etik ile ilgili bazı kavramlara ülkemizdeki yasaların yaklaşımları ile ilgili olarak aşağıdakilerden yanlış olanı bulunuz.

- Beyin sapı ölümü yasal yönden de ölüm olarak kabul edilmiştir.
- Gebeliğin sonlandırılması 10. haftaya kadar kadının ve eşinin isteğine bağlı olarak gerçekleştirilebilir.
- Ancak kadının ve eşinin isteği üzerine donör spermi ile invitro fertilizasyon yapılabilir.
- Ötenazi kişinin ölümünden önce yazılı isteği olsa bile yasal yönden adam öldürme fiili ile eşdeğerdir.
- Küçüklerin tedavi ve ameliyatlarında mutlaka veli ya da vasilerinin izinlerini belirtir yazılı belge alınması gerekir.

Cevap C (Aşçıoğlu, Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar, 1993, s.60-62)

Ülkemizde, invitro fertilizasyona resmi eşler arasında izin verilmektedir. Spermin kocadan alınması gerekmektedir.

8. Postmortem değişikliklerden olan ölü katılığı ile ilgili olarak yanlış olanı bulunuz.

- Ölü katılığı geliştiğinde cesedin büyük eklemleri hafif fleksiyon halini alır.
- Ölü katılığına bağlı olarak el parmaklarında kuvvetli bir fleksiyon izlenir.
- Ölü katılığına bağlı olarak kalp kası hacimce artmış bir görünüm alır.
- Ölü katılığı iris kaslarını tuttuğunda pupillerde hafif bir daralma ve düzensizlik izlenir.
- Yangın ortamlarında, protein denatürasyonuna bağlı olarak çok kuvvetli ölü katılığı meydana gelir.

Cevap E (Gordon, Forensic Medicine, s.33-34)

Sıcak rigoru, ölü katılığından farklı olarak, yüksek ısıya maruz kalma sonrası protein denatürasyonuna bağlı gelişir. Cesetlerde, boksör duruşu görünümü olarak tanımlanan, büyük eklemlerde kuvvetli fleksiyon görünümü vardır. Ölü katılığı ile görünümde karışabilir.

9. Erişkinler için aşağıdaki patolojilerden hangisi "şahsın hayatını tehlikeye maruz kılmaz"?

- Ağız, burun veya kulaktan kanlı likör gelmesi
- Nonpenetran karaciğer laserasyonu
- Penetran akciğer yaralanması

d) Penis amputasyonu

e) Vücut yüzeyinin %10'unun 2. derece yanığı

Cevap E (Türk Tabipler Birliği-Adli Tıp Uzmanları Derneği, Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı, 1999, s.112; Soysal, Adli Tıp, 1999, s.496-497)

Bir yanığın şahsın hayatını tehlikeye maruz kılması için tüm klasik kaynaklarda verilen sınır: vücut yüzeyinin %20'den fazlasını kapsayan 2. derece yanıktır. Vücut yüzeyinin %10'unu kaplayan yanığın şahsın hayatını tehlikeye maruz kılması için 3. derece olması gerekir. Diğer şıkların hepsi şahsın hayatını tehlikeye maruz kılar.

10. Suç işleyen ve 11 yaşını doldurmayan bir çocuk o suçun farik ve mümeyyizi değildir. Çocuk sağır ve dilsiz ise hangi yaşını dolduruncaya kadar "farik ve mümeyyiz" kabul edilmez?

- 11
- 15
- 18
- 21
- 24

Cevap B (Türk Tabipler Birliği-Adli Tıp Uzmanları Derneği, Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı, 1999, s.150; Soysal, Adli Tıp, 1999, s.1383-1384)

Sağır ve dilsizler 15 yaşını dolduruncaya kadar Türk Ceza Kanunu 57'nci maddesine göre farik ve mümeyyiz kabul edilmez ve ceza uygulanamaz.

11. Basmakla akciğer dokusunda çukurlaşma, akciğer ağırlığında artma olan, "kuru amfizem" ve akciğerde krepatasyon bulunan ancak kesilen akciğerin kollabe olmadığı ölüm nedeni nedir?

- Tatlı suda boğulma
- Tuzlu suda boğulma
- Elle boğma
- Ası
- Ağız-burun tıkanması

Cevap A (Soysal, Adli Tıp, 1999, s.465)

Tatlı suda boğulmada ozmotik basınç farkından dolayı suyun alveol duvarından dolaşıma absorbe olması kuru amfizeme ve diğer verilen bulgulara neden olur. Tuzlu suda boğulmada tersine hipertonic su dolaşımdan alveol içine su çeker, akciğer kesit yüzeyinden bol sıvı sızar bir süre sonra da akciğer kollabe olur, alveol içinde bol sıvı olduğundan aköz pulmoner ödem denir ve basmakla çukurlaşma olmaz. Diğer şıklarda verilen ölümlerde akciğerlerde nonspesifik asfiksi bulguları mevcuttur.

12. Tabancanın namlusu cilde bastırılarak yapılan tam bir bitişik atışta giriş deliği etrafındaki cild üzerinde aşağıdakilerden hangisi görülür?

- Alev yanığı
- İs
- Tatuaj
- Kontüzyon halkası
- Yanmamış barut taneleri

Cevap D (*Türk Tabipler Birliği-Adli Tıp Uzmanları Derneği, Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı, 1999, s.94; Soysal, Adli Tıp, 1999, s.575*)

Tam bitişik atışta kontüzyon halkası dışındaki bulgular cild altında gazların basıncı ve cildi dışa itmesi ile oluşan maden boşluğunda izlenir. Yanmamış barut taneleri ve yanmış barut artıkları (tatuaj), is, alev yanığı esasen cild altında izlenir.

**13.Otopside iç organlarda acıbadem kokusu alınan zehirlenme hangi madde ile oluşabilir?**

- a) Arsenik
- b) Fosfor
- c) Siyanür
- d) Hidrojen sülfür
- e) Karbonmonoksit

Cevap C (*Soysal, Adli Tıp, 1999, s.452-455; Soysal, Adli Otopsi, 1999, s.979,987,990*)

Acıbadem kokusu siyanür zehirlenmelerinde hissedilebilir. Arsenik bazı kaynaklarda soğan kokusu olarak tarif edilebilirse de kokusuzdur, fosfor zehirlenmelerinde sarmısak kokusu alınır, hidrojen sülfür zehirlenmesinde çürük yumurta kokusu alınır, karbonmonoksit için spesifik koku alınmaz.

**14.Aşağıdakilerden hangisi doğrudur?**

- a) Hekim istemedikçe bilirkişi olarak görevlendirilemez.
- b) Hekim bilirkişilikten kaçındığı için cezalandırılmaz.
- c) Ölüm, yaralama ve ırza geçme olaylarında keşif olay yerinde hekimin de bulunması şartıyla hakim yönetiminde yapılır.
- d) Bir ölüm söz konusu ise keşif sırasında hem adli muayene hem otopsi yapılır.
- e) Keşif sırasında uygun insizyonlarla yaraların trajeleri aydınlatılmalıdır.

Cevap C (*Gök, Adli Tıp, 4.baskı, s.48-51; Pratisyen Hekimler İçin Adli Tıp El Kitabı*)

Hekim bilirkişi olarak görevlendirilmişse bu görevi yerine getirmek durumundadır. Aksi halde Ceza Muhakemeleri Usulü Kanununun 46. ve 70. maddelerine göre para cezasıyla, Türk Ceza Kanunu'nun 282. maddesine göre 6 aya kadar hapis cezasıyla cezalandırılabilir.

d ve e şıklarına gelince; ölüm söz konusu ise keşif sırasında ölenlerin adli muayeneleri yapılır. Bu muayene sırasında ölünün tıbbi kimliği, ölüm zamanı ve ölüm sebebini belirlemek için dış bulgular tespit edilir. Ceset elbiseleriyle ve elbiseleri çıkarıldıktan sonra muayene edilir. Keşif sırasında dış muayene ile ölüm nedeni belirlenemezse otopsi işlemine gerek olduğu kaydedilir. Keşif işlemi bitirilir, otopsi işlemine geçilir. Otopsi ayrı bir işlemdir.

**15.Aşağıdakilerden hangisi geç postmortem değişikliklerden değildir?**

- a) Ölü soğuması (Algor mortis)
- b) Ölü katılığı (Rigor mortis)
- c) Pütrefaksiyon (Kokuşma-çürüme)
- d) Otoliz
- e) Ölü lekeleri

Cevap D (*Gök, Adli Tıp, 4.baskı, s.7-25*)

d şıkkı dışındaki bulgular geç postmortem değişikliklerdir. Otoliz ölümden sonra hücre, doku ve bazı organlarda bulunan litik enzimlerin etkisiyle hücrelerdeki karbohidrat, protein ve yağlarda parçalanmalar meydana gelmesi sonucu hücrelerin normal biyokimyasal ve morfolojik striktürlerinin bozulmasıdır. Bu durumda erken postmortem değişikliklerdendir.

**16.Ateşli silahla “uzak mesafeden” elbisesiz bir bölgeye atışta giriş deliğinin çevresinde aşağıdakilerden hangileri bulunmaz?**

- 1. Vurma halkası
- 2. Yanık alan
- 3. Silinti halkası
- 4. Barut kakmaları
- 5. İsli alan
- a) 1,2,3
- b) 2,3,5
- c) 2,4,5
- d) 1,3,4
- e) 2,3,4

Cevap C (*Gök, Adli Tıp, 4.baskı, s.222-231*)

Yakın atış mesafesi dışından yani ciltte tatuaj bırakmayacak mesafeden yapılan atışlara “uzak atış” denir. Yakın atış kısa namlulu silahlar için 3 cm ile 30 veya 45 cm arasında, uzun namlulu silahlar için ise 3 cm ile 75 veya 100 cm arasındaki mesafelerden atışlardır. Tatuaj, yakın mesafeden yapılan atışlarda, akkor halinde yanmış barut taneciklerinin yaptığı küçük yanıklar ile yanmamış barut artıklarının giriş deliğinin etrafında ciltte oluşturduğu dövme gibi bir izdir. Yakın atışın alt sınırındaki bir mesafeden yapılan atışlarda giriş deliği etrafında tatuaj ile birlikte ciltte yanık alan, kullanılan mermiye bağlı olarak duman isisi görülür.

Vurma Halkası; merminin vücuda girerken ısı ve sürtünmenin etkisiyle giriş deliğinin hemen etrafında oluşturduğu sıyrık bölgesidir. Bu sıyrık bölgesi koyu kahverengi esmer bir renk alır. Bu lezyona aynı zamanda kontüzyon halkası da denir. Silmekle kaybolmaz. Atış mesafesi ile ilgisi olmayıp tüm giriş deliklerinde bulunur. Ateşli silahla yapılan ilk bir kaç atışta mermi üzerindeki yağ, pas ve kirin bulaşmasıyla vurma halkası ile giriş deliği arasında milimetre ile ifade edilebilecek kadar dar bir zon oluşur. Bu alana da silinti halkası denir. Atış mesafesi ile ilgili olmayıp silahın kullanılışını takiben ilk bir kaç atışta oluşur. Dolayısıyla uzak mesafeden elbisesiz bir bölgeye yapılan atışta vurma halkası ve silinti halkası bulunabilir. Ancak yanık alan, barut kakmaları ve isli alan bulunmaz.

**17. Bir kavgada kafasına vurulan bir kişide herhangi bir rahatsızlık, şikayet veya dış muayenesinde travmatik lezyon bulunmamaktadır. Fizik muayene bulguları normal olup, nöropatolojik bir bulgu saptanmamıştır. Bilgisayarlı beyin tomografisinde sağ temporal bölgede subaraknoidal kanama tespit edilmiştir. Şahıs 2 gün yatırılarak gözlem altında tutulmuş ve herhangi bir cerrahi girişim uygulanmaksızın taburcu edilmiştir. Aşağıdakilerden hangisi doğrudur?**

- a) Kişi hayati tehlike geçirmemiştir.
- b) Yalnızca başlangıçta hayati tehlike geçirmiş, bu durum 2 gün mutad iştigaline engel teşkil etmiştir.
- c) Hayati tehlike geçirip geçirmediği belirsizdir. Tekrar kontrole çağrılıp ileri tetkikler yapılması gerekir.
- d) Hayati tehlike geçirmiştir.
- e) 10 günden az süre ile hastanede yattığından şahıs sanık hakkında şikayetçi olmazsa dava açılmaz.

Cevap D (Gök, Adli Tıp, 4.baskı, s.271-276)

Kişinin Hayati Tehlikeye Maruz Kalması: Travma anında veya travmadan hemen sonra kişinin mutlak surette tehlikede oluşu, ölüme yaklaşması veya

olasılığının varlığıdır. Hayati tehlikenin varlığı kendiliğinden, tıbbi veya cerrahi tedaviyle ortadan kalkabilir. Meydana gelen tehlikenin devam süresi önemli değildir. Ancak hekimler çoğu kez hukuki endişe ile verdikleri ilk raporda hayati tehlikeden bahsetmekte, tedaviden sonra hayati tehlikenin kalktığını söylemekte veya bu konuya hiç değinmemektedir. Bu sıkça yapılan bir hatadır. Kavramda anlatılmak istenen kişinin ölüm tehlikesi ile çok kısa bir süre bile olsa karşılaşmış olmasıdır. Tehlikeli durumun ortadan kalkmış olması kişinin hayatının tehlikeye maruz kalmış olduğu gerçeğini değiştirmeyecektir. Kişinin hayatını tehlikeye maruz kılabilecek nitelikteki travmada hemen kavuşturma yapılır. Ancak hayati tehlikenin varlığından söz edebilmek için hekimin klinik bulgulara ve her türlü tanı yöntemine başvurması gerekir. Bazen meydana gelen zararın niteliğini ve hayati tehlikeye neden olup olmadığını muayene ile saptamak mümkün olmamaktadır. Ancak kişinin varlığı ortaya konabilmektedir.

Ekstra veya intra serebral veya serebellar kanamalar ile kontüzyonlar da hayati tehlike kriterleri arasındadır. Yukarıdaki olguda fizik muayenede hayati tehlikeye neden olacak nitelikte bulgu saptanmamakla birlikte kişiye ileri tanı yöntemlerinden birisi olan BBT çekilmiş ve kişide subaraknoidal kanama saptanmıştır. Dolayısıyla şahıs hayati tehlike geçirmiştir.

# ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON

1. Aşağıdakilerden hangisi histamin salınımına neden olur?

- a) Alfentanil
- b) Fentanil
- c) Sufentanil
- d) Morfin
- e) Midazolam

Cevap D (Miller, *Intravenous Opioid Anesthetics*, 1994, s.353)

Morfinin histamin salınımına neden olan etkisi vardır.

2. Aşağıdakilerden hangisi ester lokal anesteziiklerdendir?

- a) Lidokain
- b) Bupivakain
- c) Tetrakain
- d) Prilokain
- e) Ropivakain

Cevap C (Miller, *Anaesthesia*, 4.baskı, 1994, s.490)

Tetrakain ester türü lokal anesteziiktir.

3. Aşağıdakilerden hangisi artmış anyon açığı olan metabolik asidoza örnektir?

- a) Renal tubuler asidoz
- b) Aşırı diyare
- c) Karbonik anhidroz inhibitör kullanımı
- d) Etilen glikol zehirlenmesi
- e) Üreterosigmoidostomi

Cevap D (Marino, *The IUC Book*, 1991, s.421)

Etilen glikol zehirlenmesinde metabolik aside anyon açığıyla birlikte olur.

4. Vital kapasite;

- a) TAK-FRK
- b) TAK-ERV
- c) TV+FRK
- d) TAK-RV
- e) V-FRK

Cevap D (Miller, *Anesthesia*, 4.baskı, 1994, s.590)

Vital kapasite; total akciğer kapasitesi - rezidüel volümdür.

5. Aşağıdakilerden hangisi MAC'in yükselmesine neden olur?

- a) Hipokalemi
- b) Hipotiroidizm
- c) Hiperkalemi
- d) Hipertermi
- e) Hipotermi

Cevap D (Ronald, *Anesthesia*, 4.baskı, 1994, s.1138)

Hipertermi MAC'i artırır.

6. Aşağıdakilerden hangisi genel anestezinin yeterliliğinin belirtilerinden biri değildir?

- a) Göz kapağı hareketi
- b) Miyozis
- c) Hiperventilasyon
- d) Terleme
- e) Ekstremitte hareketi

Cevap B (Longnecker, *Principles and Practice of Anesthesiology*, 2.baskı, 1997, s.1136; Miller, *Anesthesia*, 4.baskı, 1994, s.1138-1140)

Midriyazis, takipne, terleme ve somatik hareketler yüzeysel anestezinin belirtileridir.

7. Aşağıdakilerden hangisinin kullanılması feokromasitomanın genel anestezisi sırasında önerilmez?

- a) Kürar
- b) Fentanil
- c) Enfluran
- d) Veküronyum
- e) Diazepam

Cevap A (Barash, *Clinical Anesthesia*, 3.baskı, 1996, s.1053; Longnecker, *Principles and Practice of Anesthesiology*, 2.baskı, 1997, s.1949)

Tümörden histamin salınımına uyaracağı için kürar önerilmez.

8. Derin anestezi altında en son kaybolan duyu hangisidir?

- a) Koku alma
- b) Görme
- c) Ağrı
- d) Rahatsızlık
- e) İşitme

Cevap E (Miller, *Anesthesia*, 4.baskı, 1994, s.302)

9. Aşağıdakilerden hangisi genel anestezi altında hemolitik transfüzyon reaksiyonunun belirtisi değildir?

- a) Hemoglobinüri
- b) Bronkospazm
- c) Hipotansiyon
- d) Trombüs oluşumu
- e) Taşikardi

Cevap D (*Barash, Clinical Anesthesia, 3.baskı, 1996, 196-197; Longnecker, Principles and Practice of Anesthesiology, 2.baskı, 1997, s.2418-2419; Miller, Anesthesia, 4.baskı, 1994, s.1633-1634*)

Trombüs oluşumu sıklıkla yaygın damar içi pıhtılaşması şeklinde görülür, ancak daha çok koagülopatinin manifest halidir.

**10.Spinal düzeydeki analjeziden hangi opioid reseptörü sorumludur?**

- a) Mu1
- b) Mu2
- c) Kappa
- d) Epsilon
- e) Sigma

Cevap C (*Esener, Klinik Anestezi, 2.baskı, 1999*)

**11.Etki süresi en kısa olan kas gevşetici hangisidir?**

- a) Lystenon
- b) Atraküryum
- c) Roküronyum
- d) Veküronyum
- e) Panküronyum

Cevap A (*Esener, Klinik Anestezi, 2.baskı, 1999*)

**12.Spinal anestezi başladıktan sonra en önce kaybolan aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Dokunma
- b) Motor güç
- c) Isı
- d) Vibrasyon
- e) Otonomik aktivite

Cevap E (*Barash, Clinical Anesthesia, 3.baskı, 1996, s.1511; Longnecker, Principles and Practice of Anesthesiology, 2.baskı, 1997, s.1312-1313; Miller, Anesthesia, 4.baskı, 1994, s.1511*)

Otonomik fonksiyonla ilgili sinir liflerinin çapları küçük olduğundan ve sinir köklerinin daha çok periferinde yerleştiklerinden en önce otonomik aktivite kaybolmaktadır.

**13.Aşağıdaki kardiyopulmoner resusitasyon komponentlerinden hangisi ileri yaşam desteği tanımına uyar?**

- a) Solunumun sağlanması
- b) Dolaşımın sağlanması
- c) Kardiyoversiyon
- d) Hava yolunun açılması
- e) Heimlich manevrası

Cevap C (*Barash, Handbook of Clinical Anesthesia, 3.baskı, 1991, s.429*)

CPR komponentleri temel yaşam desteği ileri yaşam desteği ve resusitasyon sonrası yaşam desteği olarak 3'e ayrılır.

Temel yaşam desteği: a) Havayolu, b) Yapay solunum, c) Dolaşım.

İleri yaşam desteği: İlaçlar ve sıvılar, EKG monitörizasyon, fibrilasyon tedavisi.

Uzun vadeli yaşam desteği: Serebral resusitasyon, yoğun bakıma yönelik işlemler.

**14.Subanestezi dozda hiperalejiye neden olan anestezi ajan hangisidir?**

- a) Benzodiazepinler
- b) Barbitüratlar
- c) Narkotikler
- d) Nöroleptik ajanlar
- e) Ketamin

Cevap B (*Kayhan Esener, Pediatrik Anestezi, 1.baskı, 1995, s.136*)

Barbitüratların analjezik etkisi yoktur. Aksine subanestezi dozda verildiğinde veya büyük dozlardan sonraki ayılma döneminde, ağrıya duyarlılığı artırırlar. Akut olarak gelişen bir toleransa bağlanan bu fenomene antianaljezi veya hiperaleji denir.

**15.Moleküler ağırlığı en fazla olan solüsyon hangisidir?**

- a) İzotonik %0.9'luk NaCl
- b) Laktatlı Ringer solüsyonu
- c) Gelatin solüsyonları
- d) Dekstran solüsyonları
- e) Hidroksietil nişasta solüsyonu

Cevap E (*Morgan, Clinical Anesthesiology, 2.baskı, 1996, s.546*)

**16.Kan grupları ile ilgili verilen bilgilerden yanlış olanı hangisidir?**

- a) Avrupada en az görülen grup AB grubudur.
- b) AB grubunda anti-A ve anti-B bulunmaz.
- c) Rh uyumsuzluklarında ilk transfüzyonda reaksiyon olmaz.
- d) AB antikorları plasentadan geçer.
- e) Bekleyen kanda (banka kanı) faktör-V bulunmaz.

Cevap D (*Morgan, Clinical Anesthesiology, 2.baskı, 1996, s.549-551*)

**17.Aşağıdakilerden hangisi spinal anestezi uygulaması için rölatif kontrendikasyondur?**

- a) Hastanın reddetmesi
- b) Bakteriyemi
- c) Artmış intrakraniyal basınç
- d) Lomber bölgede deri enfeksiyonu
- e) Nörolojik defisit

Cevap E (*Morgan, Clinical Anesthesiology, 1.baskı, 1992, s.200*)

Spinal anesteziye rölatif kontrendikasyonlar sayısı çok ve değerlendirilmesi açısından zordur. Relatif kont-

rendikasyonlar sırt ağrısı, preoperatif aspirin kullanımı, subkutan mini doz heparin, koopere olmayan veya emosyonel olarak stabil olmayan hastada ve daha önce varolan nörolojik defisitlerdir. Nörolojik defisit ve daha önce varolan nöropatiler medikolegal nedenlerle doktoru caydırır. Hastanın ifadeleri regional anestezi değerlendirilmesini postop. komplikasyonların tanısını güçleştirebileceği için rölatif kontrendikasyon olarak kabul edilir. Diğer tüm şıklar spinal anestezi uygulaması için kesin kontrendikasyondur.

**18.Solunum ritmi beyindeki hangi merkezden orijin alır?**

- a) Medulla
- b) Serebellum
- c) Karotid cisim
- d) Aortik cisim
- e) Kemoreseptörler

Cevap A (*Faust, Anesthesiology Review, 2.baskı, 1994, s.27*)

Temel solunum ritmi medulladan orijin alır. Dorsal meduller grup solunumu kontrol eder. Ponsdaki pnömotaksik grup inspiriyumu regule ederken ventral solunum grubu ekspiriyumu regule eder.

Karotid cisimlik common carotid arter bifurkasyonunda olup PaO<sub>2</sub>, PaCO<sub>2</sub> ve pH değişikliklerine hassastır. Periferik bir kemoreseptördür.

**19.Nosiseptif impulsların modülasyonuna neden olan, yavaş ileti sağlayan miyelinsiz lifler hangisidir?**

- a) A delta lifleri
- b) B lifleri
- c) C lifleri
- d) Lamina I ve IV
- e) Spinotalamik traktus

Cevap C (*Hurford, Clinical Anesthetic Procedures of the Massachusetts Central Hospital, 5.baskı, 1996, s.663*)

Periferik sinirlerin afferent lifleri çaplarına, miyelinizasyon derecelerine, ileti hızına ve liflerin dağılımına göre üçe ayrılır. A delta lifleri ağrı iletimini sağlayan, myelinli kalın liflerdir.

B lifleri orta kalınlıkta myelinli liflerdir. Postganglionik, sempatik ve visseral afferentler bu grup içindedir.

C lifleri nosiseptif impulsların modülasyonuna neden olan, yavaş ileti sağlayan miyelinsiz liflerdir.

Lamina I ve V A delta liflerinin sonlandığı dorsal boynuz katmanlardır. Spinotalamik yolun en klasik yolağı spinotalamik traktustur.

**20.Lokal anesteziklerin etki süresi başlıca hangi farmakokinetik özellik ile ilgilidir?**

- a) Lipid solubilitesi
- b) pKa değeri
- c) Proteine bağlanma oranı

- d) Lokal anesteziğin pH değeri
- e) Nötr veya iyonize durumda olması

Cevap C (*Tetzlaff JE. The Pharmacology of Local Anesthetics. Anesthesiology Clinics of North America, 2000; 221-222*)

Lipid solubilitesi: Potens'e etkilidir. Proteine bağlanma oranı yüksek lokal anestezi nöral membranda daha uzun süre temas eder ve etki süresi uzar. pKa değeri, pH ve iyonizasyon; etki süresinin başlamasına etki eder.

**21.Aşağıdakilerden hangisi malnütrisyondan fizyolojik etkilerinden değildir?**

- a) Anemi
- b) Koagülopati
- c) T hücre fonksiyonunun deprese olması
- d) Kemotaksis ve fagositozun bozulması
- e) İlaç metabolizmasının artması

Cevap E (*Morgan, Clinical Anesthesiology, 2.baskı, 1996, s.832*)

Çünkü ilaç metabolizması azalır.

**22.Aşağıdakilerden hangisi organizmada ağrıya karşı gelişen fizyolojik değişikliklerden değildir?**

- a) İskelet kas tonusunun artması
- b) Total akciğer kompliyansının artması
- c) Adrenokortikal hormon düzeyinin artması
- d) İnsülin seviyesinin azalması
- e) Platelet adezyonunun artması

Cevap B (*Barash, Clinical Anesthesia, 1995, s.1551*)

**23.Pulmoner kontüzyonda hangisi oluşmaz?**

- a) Hipoksi
- b) Havayolu basınçlarında yükselme
- c) Pulmoner ödem
- d) Trakeal şift
- e) Bilateral yaygın raller oskülte edilir.

Cevap D (*Hanley&Belfus, Anesthesia Secrets, 2.baskı, 2000, s.289-290*)

Trakeal şift oluşmaz.

**24.Hangisi benzodiazepin grubu ilaçların etkilerini antagonize eder?**

- a) Flumazenil
- b) Fizostigmin
- c) Nalokson
- d) Nalorfin
- e) PAM

Cevap A (*Hanley&Belfus, Anesthesia Secrets, 2.baskı, 2000, s.58*)

Flumazenil benzodiazepinlerin kompetatif antagonistidir. Bilinç kaybı, anksiyolitik etkiler, sedasyon ve solunum depresyonu etkilerini ortadan kaldırır.



25. Hangi intravenöz anestetik kafa içi basıncını artırır?

- a) Propofol
- b) Etomidat
- c) Tiyopental
- d) Ketamin
- e) Halotan

Cevap D (Hanley&Belfus, *Anesthesia Secrets*, 2.baskı, 2000, s.51)

Ketamin serebral kan akımını, kafa içi basıncı ve serebral metabolizmayı artırır. Halotan bir volatil anesteziktir. Diğer ajanlar kafa içi basıncını azaltırlar.

26. Hangi patolojik durumda PaCO<sub>2</sub> yükselir?

- a) Absolu shunt varlığı (V/Q=0)
- b) Ventilasyon-perfüzyon uygunsuzluğu
- c) Difüzyon bozukluğu
- d) FiO<sub>2</sub> değerinde azalma olması
- e) Hipoventilasyon

Cevap E (Hanley&Belfus, *Anesthesia Secrets*, 2.baskı, 2000, s.151)

Diğer tüm seçeneklerde PaCO<sub>2</sub> normaldir.

27. Aşağıdakilerden hangisi kardiyak arrestte kullanılan epinefrinin etkilerinden biri değildir?

- a) α ve β adrenerjik agonisttir.
- b) Kan basıncını artırır.
- c) Koroner kan akımını azaltır.
- d) Periferik vazokonstriksiyon yapar.
- e) Serebral kan akımını artırır.

Cevap C (Morgan, *Clinical Anesthesiology*, 2.baskı, 1996, s.785)

Epinefrin koroner kan akımını arttırmaktadır.

28. Aşağıdakilerden hangisi kısa etkili nondepolarizan kas gevşeticidir?

- a) Süksinilkolin
- b) Mivakuryum
- c) Pankuronyum
- d) Gallamine
- e) Piper kuronyum

Cevap B (Morgan, *Clinical Anesthesiology*, 2.baskı, 1996, s.151)

Mivakuryum kısa etkili nondepolarizan kas gevşeticidir.

29. Aşağıdakilerden hangisi malnütrisyondan fizyolojik etkilerinden değildir?

- a) Anemi
- b) Koagülopati
- c) T hücre fonksiyonunun deprese olması
- d) Kemotaksis ve fagositozun bozulması
- e) İlaç metabolizmasının artması

Cevap E (Morgan, *Clinical Anesthesiology*, 2.baskı, 1996, s.832)

İlaç metabolizması azalır.

30. Organofosfatlı insektisitlerle zehirlenmede aşağıdakilerden hangisi organofosfatların muskarinik etkilerinin nonkompetitif antagonistidir?

- a) Atropin
- b) Pralidoksim
- c) Naloksan
- d) Pridoksin
- e) Etanol

Cevap B (Ellenhorn, *Medical Toxicology*, 2.baskı, 1997, s.1620)

Organofosfatlı insektisitlerle zehirlenmelerde muskarinik etkilerin nonkompetitif antagonisti pralidoksimdir.

31. Aşağıdakilerden hangisi amid türü lokal anestetik değildir?

- a) Bupivakain
- b) Prokain
- c) Prilokain
- d) Lidokain
- e) Etidokain

Cevap B (Morgan, *Clinical Anesthesiology*, 2.baskı, 1996, s.194-195)

Prokain ester türü lokal anestetik olup, diğerleri amid grubu lokal anesteziktir.

32. Genel anestezi sırasında solunum mekaniğine en uygun hasta pozisyonu hangisidir?

- a) Supine
- b) Prone
- c) Oturur pozisyon
- d) Ters trendelenburg
- e) Trendelenburg

Cevap C (TARK 2000 Kongre Kitabı, s.57)

Oturur pozisyon vital kapasite, FRC ve diafragma hareketlerine en az etki yapar.

33. Aşağıdaki nörotransmitterlerden hangisi MSS'de eksitör olarak görev yapar?

- a) GABA (Gama amino bütirik asit)
- b) β-Endorfin
- c) Glisin
- d) Kolinesteraz inhibitörleri
- e) Glutamat

Cevap E (Morgan, *Clinical Anesthesiology*, 2.baskı, 1996, s.281)

Diğer nörotransmitterler inhibitör etki gösterirler.

34. Aşağıdaki özelliklerden hangisine sahip olan hastalar zor entübasyon adayı değildir?

- a) Romatoid artrit
- b) Diabetes mellitus
- c) Hamilelik
- d) KOAH
- e) Makroglossi

Cevap D (TARK 2000 Kongre Kitabı, s.11)

Diğer şıklardaki özellikler zor entübasyona adaydırlar.

35.Nöroşirürjik operasyonlarda, pediatrik hasta grubunda preoperatif gerekli olan tetkik hangisidir?

- a) Sedimentasyon
- b) Hematokrit
- c) Protrombin zamanı
- d) Kanama zamanı
- e) Akciğer filmi

Cevap B (TARK 1999 Kongre Kitabı, s.103)

Preop acil durumlarda gerekli olan tek test Htc'dir.

36.Aşağıdaki iv anesteziiklerden hangisi bulantı kusma yapmaz?

- a) Ketamin
- b) Diazepam
- c) Etomidat
- d) Klomidin
- e) Propofol

Cevap E (TARK 1999 Kongre Kitabı, s.76)

Propofol dışındakiler bulantı kusma yaparlar.

37.Hangi şok türünde etken mikroorganizma olduğu halde kan kültürü sonucu negatif olmaktadır?

- a) Anafilaktik şok
- b) Septik şok
- c) Nörojenik şok
- d) Dissosiyatif şok
- e) Obstrüktif şok

Cevap B (Cuhruk, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ders Kitabı, 1995, s.123-150)

38.Aşağıdakilerden hangi kas gevşetici ilaç non-enzimatik (Hoffman yıkımı) olarak inaktive edilir?

- a) Roküronyum
- b) Atraküryum
- c) Veküronyum
- d) Panküronyum
- e) D-Tabakürarin

Cevap B (Kayaalp, 8.baskı, Cilt 1, s.816)

39.Aşağıdaki blok tiplerinden hangisinde lokal anesteziğin sistemik emilimi en hızlıdır?

- a) Kaudal blok
- b) Epidural blok
- c) İnterkostal blok
- d) Aksiller blok
- e) Femoral blok

Cevap C (Silverman, Review of Clinical Anesthesia, 1.baskı, 1995, s.84)

40.Lokal anesteziiklerin kardiyak toksisitesi hangileri ile artar?

- I) Hipoksi
- II) Asidoz
- III) Hiperkalemi
- IV) Gebelik
- a) I,II,III
- b) I,III
- c) II,IV
- d) IV
- e) I,II,III,IV

Cevap E (Silverman, Review of Clinical Anesthesia, 1.baskı, 1995, s.84)

41.Hangisi non-depolarizan kas gevşeticilerin etkisini artırmaz?

- a) Lidokain
- b) Aminoglikozid
- c) Polimiksin
- d) Karbamazepin
- e) İzofloran

Cevap D (Silverman, Review of Clinical Anesthesia, 1.baskı, 1995, s.80)

42.Kronik gastrik sıvı kaybı sonucu aşağıdakilerden hangisi gelişir?

- a) Hipokloremik-Hiperkalemik alkalozis
- b) Hipokloremik-Hipokalemik alkalozis
- c) Hipokloremik-Hipokalemik asidozis
- d) Hiperkloremik-Hipokalemik asidozis
- e) Hiperkloremik-Hiperkalemik alkalozis

Cevap B (Silverman, Review of Clinical Anesthesia, 1.baskı, 1995, s.31)

43.Hangisi serebral kan akımı ve intrakraniyal basıncı düşürmez?

- a) Tiopental
- b) Ketamin
- c) Propofol
- d) Etomidat
- e) Midazolam

Cevap B (Silverman, Review of Clinical Anesthesia, 1.baskı, 1995, s.62)

44.Pokta, düşük kan akımına bağlı olarak gelişen olaylardan hangisi yanlıştır?

- a) Yüksek enerjili fosfat bağlarının yapımı artar.
- b) Oksidatif metabolizma bozulur.
- c) Hücre zarı geçirgenliği artar.
- d) Sodyum pompası bozulur.
- e) Potasyum hücre dışına kaçar.

Cevap A (Esener, Klinik Anestezi, 1997)

45.Aşağıdakilerden hangisi spinal anestezinin mutlak kontrendikasyonudur?

- a) Spinal aralıktan yeterince BOS gelmemesi
- b) Hastaya heparin verilmiş olması
- c) Hastanın işlemini reddetmesi
- d) Vertebral kolonda deformite olması
- e) Kronik baş veya bel ağrısı

Cevap C (*Erdine, Sinir Blokları, 1993, s.173,174*)

46.Hangi ajanı inhalasyon yöntemiyle vermeyiz?

- a) Azot protoksit
- b) Halotan
- c) Enfluran
- d) İzofluran
- e) Veküronyum

Cevap E (*Esener, Klinik Anestezi, 1997, s.56-63*)

47.Septisemi nedir?

- a) Kanda bakteri bulunmasıdır.
- b) Kanda hem bakteri hem de toksin bulunmasıdır.
- c) Sadece kardiyovasküler yetmezlik olmasıdır.
- d) Kanda bakteri bulunmadan, lökositöz veya lökopeni, taşikardi gibi bulguları içerir.
- e) Bakteriyemi ve multipl organ yetmezliği vardır.

Cevap B (*Özcengiz, Anestezi El Kitabı, 1988, s.480-482*)

48.Postoperatif poliürik böbrek yetmezliği yapan anestezi gaz hangisidir?

- a) Metoksifloran
- b) Enfloran
- c) İzofluran
- d) Savofloran
- e) Halotan

Cevap A (*Esener, Klinik Anestezi, 1.baskı, 1991, s. 61*)

49.Aşağıdakilerden hangisi volatil anestetik ajan değildir?

- a) Enfloran
- b) Halotan
- c) Isofluran
- d) Desfloran
- e) Nitrik oksit

Cevap E (*John, Manual of Anesthesia, 1982*)

50.Aşağıdakilerden hangisi epidural analjezi için kullanılabilen ajanlardan değildir?

- a) Lidokain
- b) Bupivakain
- c) Morfin
- d) Propofol
- e) Fentanil

Cevap D (*Morgan, Postoperatif Pain in Clinical Anesthesiology, 1996, s.302-306*)

51.Koroziv maddelerle olan zehirlenmelerde hangisi doğrudur?

- a) İpeka şurubu verilerek kusturulur.
- b) Mide lavajı yapılır.
- c) Aktif kömür verilir.
- d) Bir bardak su içirilir.
- e) Katartikler verilir.

Cevap D (*Rippe, Intensive Care Medicine Triol, 1998, 1093,1108*)

52.Pulse oksimetre için yanlış olanı belirtiniz.

- a) Absorbsiyon ölçümleri 660-940 nm dalga boyları arasında yapılır.
- b) Methemoglobinemi yanlış ölçümlere yol açabilir.
- c) Sık kalibrasyona gereksinim duyar.
- d) Hipokseminin tanı aracıdır.
- e) Karboksihemoglobinemi yanlış ölçümlere yol açabilir.

Cevap C (*Esener, Klinik Anestezi, 2.baskı, 1999*)

53.Ventilasyon-perfüzyon uygunsuzluğu en sık hangi ameliyat pozisyonunda gelişir?

- a) Oturur
- b) Trendelenburg
- c) Lateral dekubitus
- d) Fowler
- e) Litotomi

Cevap C (*Esener, Klinik Anestezi, 2.baskı, 1999*)

# DERMATOLOJİ

1. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde artmış vitiligo insidansına rastlanılmaz?

- a) Diabetes mellitus
- b) Tirotoksikoz
- c) Hipoparatiroidizm
- d) Mikrositer anemi
- e) Alopesi areata

Cevap D (Fitzpatrick, *Dermatology in General Medicine*, 5.baskı, 1999, s.953-954)

Diabetes mellitus, tirotoksikoz, hipoparatiroidizm ve alopesi areatada artmış vitiligo insidansı varken, mikrositer anemide yoktur.

2. Aşağıdaki ifadelerden hangisi nörofibromatozis için yanlıştır?

- a) Nörofibromatozis tip II'de aksiller çillenme görülme
- b) Otozomal resesif olarak geçen kalıtsal bir hastalıktır.
- c) Nörofibromlar sarkomatöz transformasyon gösterebilirler.
- d) Optik sinir gliomuna sık rastlanır.
- e) Endokrin anormallikleri gözlenebilmektedir.

Cevap B (Fitzpatrick, *Dermatology in General Medicine*, 5.baskı, 1999, s.2152-2157)

Nörofibromatozis otozomal dominant kalıtılan bir hastalıktır.

3. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde oral mukoza tutulumu görülmez?

- a) Liken planus
- b) Peutz-Jeghers sendromu
- c) Pemfigoid
- d) Dermatit herpetiformis
- e) Herpes gestasyones

Cevap E (Fitzpatrick, *Dermatology Secret*, 1.baskı, 1996, s.64)

Herpes gestasyonesde mukoza tutulumu görülmez.

4. Kandida enfeksiyonu için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Sağlıklı erişkinde saprofit olarak bulunabilmektedir.
- b) Diabetes mellituslu hastalarda kandida enfeksiyonuna eğilim artmıştır.
- c) Wood ışığı altında yeşil floresans verir.
- d) Bebek bezi dermatitinde etkendir.
- e) İmmün supresif hastalarda patojendir.

Cevap C (Fitzpatrick, *Dermatology in General Medicine*, 5.baskı, 1999, s.2358-2360)

Kandida Wood ışığı altında yeşil floresans vermez.

5. Aşağıdakilerden hangisi skatrisiyel alopesiye neden olmaz?

- a) Follikülitis dekalvans
- b) DLE
- c) Akne keloidalis
- d) Alopesi areata
- e) Liken planopilaris

Cevap D (Fitzpatrick, *Dermatology in General Medicine*, 5.baskı, 1999, s.743-745)

Alopesi areata'da skatrisiyel alopesi görülmez.

6. Koebner fenomeni aşağıdakilerden hangisinde görülmez?

- a) Liken planus
- b) Alopesi areata
- c) Psöriazis
- d) Vitiligo
- e) Verruka vulgaris

Cevap B (Fitzpatrick, *Dermatology in General Medicine*, 5.baskı, 1999, s.32)

Alopesi areata'da koebner fenomeni görülmez.

7. Aşağıdaki klinik özelliklerden hangisi dermatomiyozitte görülmez?

- a) Sarı tırnaklar
- b) Yüzde heliotrope eritem
- c) Periorbital ödem
- d) Kalsinosis kutis
- e) Dilate tırnak yatağı kapillerler

Cevap A (Fitzpatrick, *Dermatology in General Medicine*, 5.baskı, 1999, s.2012)

Sarı tırnaklar dermatomiyozitte görülmez.

8. Aşağıdakilerden hangisi psöriazisin klinik özelliklerinden değildir?

- a) Autspitz fenomeni
- b) Koebner fenomeni
- c) Yüksük tırnak
- d) Artrit
- e) Çomak parmak

Cevap E (Fitzpatrick, *Dermatology in General Medicine*, 5.baskı, 1999, s.499)

Çomak parmak psöriazisde görülmez.

9. Aşağıdaki dermatozlardan hangisinde büllöz lezyonlar izlenmez?

- a) Porfiryta kutanea tarda
- b) Konjenital sifiliz
- c) Lupus vulgaris
- d) Eritema multiforme
- e) Büllöz pemfigoid

Cevap C (Fitzpatrick, *Dermatology in General Medicine*, 5.baskı, 1999, s.25-26, 2568)

10. Aşağıdakilerden hangisi nekrobiyozis lipoidika diabetikorum için yanlıştır?

- a) Kadınlarda daha sık gözlenir.
- b) Diabetes mellitusun ortaya çıkışından yıllarca önce ortaya çıkabilir.
- c) Uzun süredir var olan plaklar ülser olabiliyor.
- d) Plak üzerinde atrofi ve telenjiektazi görülür.
- e) Lezyonlar tipik olarak saçlı deride gözlenir.

Cevap E (Fitzpatrick, *Dermatology in General Medicine*, 5.baskı, 1999, s.1972-1973)

Lezyonlar tipik olarak tibia ön yüzünde gözlenir.

11. Aşağıdaki ifadelerden hangisi mikozis fungoides için doğrudur?

- a) Sistemik fungal bir enfeksiyondur.
- b) Lenfadenopati görülmez.
- c) Organ tutulumu görülmez.
- d) Tümör - plak aşamasında sistemik kemoterapi tercih edilen bir tedavi yöntemidir.
- e) Lezyonlarda kaşıntı olmaz.

Cevap D (Fitzpatrick, *Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology, Common and Serious Diseases*, 3.baskı, 1997, s.548)

Sistemik fungal bir enfeksiyon değildir. Lenfadenopati ve organ tutulumu görülebilir. Lezyonlar kaşıntılı olabilir.

12. Aşağıdakilerden hangisi sifiliz için doğrudur?

- a) Treponema pallidum ısıya ve soğuğa karşı dirençlidir.
- b) Primer ve sekonder sifilizde tedavinin etkinliği VDRL titresinde düşme ile izlenebilir.
- c) Primer lezyonla, sekonder dönem erupsiyonları arasındaki süre genellikle 2 haftadır.
- d) Tedavi edilmemiş hastalar kesinlikle semptomatik tersiyer sifiliz geçirirler.
- e) RPR en spesifik sifiliz testidir.

Cevap B (Aksungur, *Deri Sorunlarında Basamak Basamak Tanı ve Öneriler*, 1.baskı, 1999, s.284)

Primer ve sekonder sifilizde tedavinin etkinliği VDRL titresinde düşme ile izlenebilir.

13. Ürtiker etiyolojisinde aşağıdakilerden hangisi bulunmaz?

- a) Diş çürükleri
- b) Yüzeyel mantar enfeksiyonları
- c) Karsinomalar
- d) Hepatit
- e) Arsenik entoksikasyonu

Cevap E (Tüzün, *Dermatoloji*, 2.baskı, 1994, s.282)

Ürtiker etiyolojisinde arsenik entoksikasyonu bulunmaz.

14. Eritrodermi için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Lenfadenopati sık görülen bir bulgudur.
- b) Seboreik dermatit etiyolojide rol oynayan hastalıklardandır.
- c) Kardiyak out-put düşer.
- d) Hipotermi önemli bir problem oluşturur.
- e) Hipoalbumemi görülebilir.

Cevap C (Tüzün, *Dermatoloji*, 2.baskı, 1994, s.349-351)

Eritrodermi kardiyak out-put düşmez, artabilir.

15. Aşağıdakilerden hangisi lupus vulgaris için yanlıştır?

- a) Primer enfeksiyon sonrasında oluşur.
- b) Karakteristik lezyonu elma jölesi görünümünde nodüllü plaktır.
- c) Konjonktival mukoza etkilenebilir.
- d) Etkilenen bölgede skuamöz hücreli epiteliyoma gelişebilir.
- e) Kıkırdak doku basile dirençlidir.

Cevap E (Tüzün, *Dermatoloji*, 2.baskı, 1994, s.123-124)

Kıkırdak doku basile dirençli değildir, sıklıkla tutulur.

16. Aşağıdakilerden hangisi eritema nodozum etiyolojisinde bulunmaz?

- a) Sarkoidoz
- b) Tüberküloz
- c) Behçet hastalığı
- d) Streptokokkal enfeksiyonlar
- e) Uyuz

Cevap E (Tüzün, *Dermatoloji*, 2.baskı, 1994, s.501)

Uyuz eritema nodozum etiyolojisinde bulunmaz.

17. Aşağıdaki dermatozlardan hangisi ano-genital bölgeyi etkilemez?

- a) Kandidiyazis
- b) Keratoderma blenorajik
- c) Pediküloz
- d) Hidradenitis süpürativa
- e) Eritrazma

Cevap B (Tüzün, *Dermatoloji*, 2.baskı, 1994, s.336)

Keratoderma blenorajika, Reiter sendromu planter bölgeleri tutar.

18.Yerel kortikosteroidlerin etkinlik sınıflaması hangi etkilerine göre yapılır?

- a) Vazokonstriktif etki
- b) Antiinflamatuvar etki
- c) Antiproliferatif etki
- d) Antipruritik etki
- e) Antikemotaktik etki

Cevap A (Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.733)

Yerel kortikosteroidlerin etkinlik sınıflamaları vazokonstriktif etkilerine göre yapılır.

19.Hangisi liken planus için yanlıştır?

- a) Tipik lezyonları parlak mor renkli, Wickham striae'lerinin gözlemlendiği papüllerdir.
- b) Skarsız alopesi bir komplikasyondur.
- c) İntra oral ve genital mukozada beyaz renkli lezyonlar görülür.
- d) Tırnak plağının incilmesi görülebilir.
- e) Glans peniste annüler lezyonlar sıktır.

Cevap B (Fitzpatrick, Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology, Common and Serious Diseases, 3.baskı, 1997, s.34)

Liken planus skatrisiyel alopesi nedenlerindedir.

20.Sebum aşağıdakilerden hangisini içermez?

- a) Wax esterleri
- b) Squalene
- c) Kolesterol esterler
- d) Ergosterol
- e) Trigliseridler

Cevap D (Fitzpatrick, Dermatology Secrets, 1.baskı, 1996, s.135)

Sebum ergosterol içermez, wax esterleri, squalene, kolesterol esterleri ve trigliseridleri içerir.

21.Staz dermatitinde kahverengi pigmentasyona sebep olan aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Melanin
- b) Hemoglobin
- c) Hemosiderin
- d) Lipofuksin
- e) Ferritin

Cevap C (Fitzpatrick, Dermatology Secrets, 1.baskı, 1996, s.363)

Staz dermatitinde kahverengi pigmentasyona sebep olan hemosiderin'dir.

22.Akrodermatitis enteropatika hangi element eksikliğinde ortaya çıkar?

- a) Bakır
- b) Çinko
- c) Demir
- d) İyot
- e) Kalsiyum

Cevap B (Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.509)

Akrodermatitis enteropatikada çinko eksikliği görülür.

23.Aşağıdakilerden hangisi akne vulgarisin ayırıcı tanısına girmez?

- a) Stafilokokkus aureus follikülit
- b) Psödofollikulitis barba
- c) Perioral dermatit
- d) Spider anjiyoma
- e) Akne rozasea

Cevap D (Fitzpatrick, Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology, Common and Serious Diseases, 3.baskı, 1997, s.4)

Spider anjiyomlar akne vulgaris ayırıcı tanısına girmez.

24.Eritrazma tedavisinde aşağıdaki antibiyotiklerden hangisi seçilmelidir?

- a) Sefalekssin
- b) Makrolidler
- c) Gentamisin
- d) Vankomisin
- e) Siprofloksasin

Cevap B (Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.113)

Cornebacterium Minitissimum makrolidlere iyi yanıt verir.

25.Allerjik kontakt dermatit hangi mekanizma ile gelişir?

- a) Tip I hipersensitivite
- b) Tip II hipersensitivite
- c) Tip III hipersensitivite
- d) Tip IV hipersensitivite
- e) Otoimmünite

Cevap D (Odom, Andrews' Disease of the Clinic, 9.baskı, 2000, s.98)

Allerjik kontakt dermatit gecikmiş tip hipersensitivite sonucu gelişir.

26.Göz kapakları ve dudaklar gibi deri bölgelerindeki gelip-geçici ödemlere ne ad verilir?

- a) Anjiyoödem
- b) Staz ödemi
- c) Miks ödem
- d) Sklerödem
- e) Dermal ödem

Cevap A (Odom, Andrews' Disease of the Clinic, 9.baskı, 2000, s.165)

Anjiyoödem, kulak lobülü, göz kapakları, dudaklar, oral mukoza, dil, larinks, dış genital organlar gibi dokularda akut olarak gelişen sınırları belirgin ödemdir.

27.Sorumlu ilacın her kullanılmasında aynı yerde yineleyen döküntü hangisidir?

- a) Eritema multiforme
- b) Fiks ilaç erüpsiyonu
- c) Toksik epidermal nekroliz
- d) İododerma
- e) Likenoid ilaç erüpsiyonu

Cevap B (*Odom, Andrews' Disease of the Clinic, 9.baskı, 2000, s.134*)

Sorumlu ilacın her kullanımında aynı alanda gelişen deri döküntülerine fiks ilaç erüpsiyonu adı verilir.

28.Ürtiker patogenezinde hangi mekanizma rol oynamaz?

- a) Tip I hipersensitivite
- b) Tip III hipersensitivite
- c) Tip IV hipersensitivite
- d) C1 inhibitör eksiklikleri
- e) Mast hücre degranülasyonu yapan nonimmünolojik mekanizmalar

Cevap C (*Odom, Andrews' Disease of the Clinic, 9.baskı, 2000, s.161*)

Ürtiker patogenezinde tip IV hipersensitivite rol oynamaz.

29.Kutanöz leishmaniasis için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Kutanöz leishmaniasisde etken paraziti saptamak için en etkili yöntem lezyondan yapılan doku smearleridir.
- b) Etken leishmania sınıfından bir intrasellüler protozoan parazittir.
- c) Kutanöz leishmaniasis enfeksiyonunda bulaşma rezervuar vektör aracılığı ile olur.
- d) Kutanöz leishmaniasis tedavisinde pentostam kullanılır.
- e) Eski dünya kutanöz leishmaniasis genellikle ilerleyici özellik gösterir ve mutlaka spesifik tedavi gereklidir.

Cevap E (*Fitzpatrick, Dermatology in General Medicine, 5.baskı, 1999, s.2615*)

Eski dünya kutanöz leishmaniasisi genellikle kendi kendini sınırlayan bir özellikte olup olguların çoğu spesifik tedavi gerektirmez.

30.Scabies için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Piddetli kaşıntılıdır.
- b) Kuluçka dönemi 2-3 haftadır.
- c) Parazit stratum spinozuma yerleşir.
- d) Lezyonlar polimorfizm gösterir.
- e) Klinik olarak dermatitis herpetiformis ile karışabilir.

Cevap C (*Odom, Andrews' Disease of the Clinic, 9.baskı, 2000, s.563*)

Scabies etkeni stratum korneumun içerisinde yerleşim gösterir.

31.Herpes zoster için aşağıdakilerden hangisi doğru değildir?

- a) Etken varisella zoster virüs sensoriyal gangliada latent enfeksiyon olarak bulunur.
- b) İlk semptom genellikle tutulan dermatomda ağrı ve parastezidir.
- c) Herpes zoster plörezi, miyokard infarktüsü, kolisitit ve renal kolik'i taklit edebilir.
- d) Herpes zoster döküntülerinin en belirgin özelliği lezyonların lokalizasyonu ve dağılımıdır.
- e) Tedavide en etkili ilaç gansiklovir'dir.

Cevap E (*Fitzpatrick, Dermatology in General Medicine, 5.baskı, 1999, s.2426-2457*)

Gansiklovir sitomegalovirüs enfeksiyonlarında kullanılan etkin bir ilaçtır.

32.Aşağıdakilerden hangisi tinea corporisin özelliklerinden değildir?

- a) Kaşıntılıdır
- b) Pitriyazis rosea ile karışabilir.
- c) Psöriazis ile karışabilir.
- d) Aktif kenarında eritem, skuam, vezikül bulunur.
- e) Wood ışığı muayenesi mercan kırmızısı refle verir.

Cevap E (*Odom, Andrews' Disease of the Clinic, 9.baskı, 2000, s.326*)

Wood ışığı muayenesi eritrazmada mercan kırmızısı refle verir.

33.Dört yaşında bir çocuk hasta 40°C ateş, non-pürülan konjonktivit, çilek dili, el ve ayaklarda eritem, ödem ve deskuamasyon, nonveziküller polimorf döküntü, perineal eritem ve servikal adenopati ile getiriliyor. Ekokardiyografik incelemede koroner arter anevrizması saptanıyor. Bu tabloda aşağıdaki tanımlardan hangisi düşünülür?

- a) Toksik şok sendromu
- b) Kızıl
- c) Kızamık
- d) İlaç erüpsiyonu
- e) Kawasaki sendromu

Cevap E (*Fitzpatrick, Dermatology in General Medicine, 5.baskı, 1999, s.2039-2329*)

Kawasaki sendromunda koroner arter anevrizması görülebilir.

34.Arteriyel bacak ülserleri için aşağıdakilerden hangisi doğru değildir?

- a) Arteriyel bacak ülserleri ağrılıdır.
- b) Arteriyel bacak ülserleri zımba ile delinmiş gibi keskin sınırlıdır.
- c) Arteriyel bacak ülseri olan ekstremitede deri kururu ve skuamlı görünümüdür.
- d) Arteriyel bacak ülserleri genellikle malleoler çevresine yerleşir.
- e) Arteriyel bacak ülserleri topikal tedaviye yanıt vermez.

## DERMATOLOJİ

Cevap D (*Champion, Textbook of Dermatology, 6.baskı, 1998, s.2264*)

Arteriyel bacak ülserleri sıklıkla pretibial ve ayak parmaklarına yerleşim gösterir. Malleol çevresine yerleşen ülserler venöz bacak ülserleridir.

**35.Aşağıdakilerden hangisi keratoakantomanın özelliklerinden değildir?**

- a) Spontan iyileşebilir.
- b) Birkaç ay gibi bir sürede birkaç santimetreye ulaşabilir.
- c) Ota, İto, nevüs ve blue nevüsten köken alabilir.
- d) Soliter ve multipl formlarda gelişebilir.
- e) Tedavide kriyoterapi uygulanabilir.

Cevap C (*Odom, Andrews' Disease of the Clinic, 9.baskı, 2000, s.816*)

Keratoakantoma nevüslerden köken alan bir tümör değildir.

**36.Rosasea için yanlış olanı işaretleyiniz.**

- a) Kronik seyir göstermesi
- b) Telenjektazilerin gelişebilmesi
- c) Rinofima gelişebilmesi
- d) Ultraviyole ışınlarından etkilenmeme
- e) Keratit gelişebilmesi

Cevap D (*Fitzpatrick, Dermatology in General Medicine, 5.baskı, 1999, s.785*)

Rosasea patogeneğinde güneş ışınları rol oynamaktadır.

**37.Aşağıdakilerden hangisi antraks için yanlıştır?**

- a) Enfeksiyon genellikle hayvanlardan ve hayvan ürünlerinden insana bulaşır.
- b) İnsanlarda üç farklı formda hastalık yapar.
- c) Etken gram negatif bir basildir.
- d) Tedavide penisilin G kullanılır.
- e) Tanı smear ve kültürde etkenin saptanması ile konur.

Cevap C (*Odom, Andrews' Disease of the Clinic, 9.baskı, 2000, s.323*)

Antraks etkeni olan bacillus anthracis gram pozitif bir bakteridir.

**38.Aşağıdakilerden hangisi prekanseröz bir lezyon değildir?**

- a) Aktinik keilit
- b) Queyrat eritroplazia
- c) Bowen hastalığı
- d) Aktinik keratoz
- e) Seboreik keratoz

Cevap E (*Odom, Andrews' Disease of the Clinic, 9.baskı, 2000, s.837*)

Seboreik keratoz prekanseröz bir lezyon değildir.

**39.Aşağıdaki bulgulardan hangisi tüberoskleroza ait değildir?**

- a) Adenoma sebaceum
- b) Periungual fibrom
- c) Hipomelanotik maküller
- d) Mental retardasyon
- e) X'e bağlı dominant geçiş gösterir.

Cevap E (*Odom, Andrews' Disease of the Clinic, 9.baskı, 2000, s.687*)

Tüberoskleroz otozomal geçiş gösteren bir hastalıktır.

**40.Memenin Paget hastalığı için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Tek taraflı meme başında keskin sınırlı ekzema plağı tarzında lezyon ile karakterizedir.
- b) Meme dokusundan köken alan adenokarsinomun epidermise metastazı sonucu gelişir.
- c) Klinik gidişi sırasında aylar ve yıllar sonra infiltrasyon ve ülserasyon gelişebilir.
- d) Erkek hastalarda daha nadir olup daha iyi seyirlidir.
- e) Meme başı ekzeması ile sıklıkla karışır.

Cevap D (*Odom, Andrews' Disease of the Clinic, 9.baskı, 2000, s.842*)

Memenin Paget hastalığı erkeklerde kadınlara göre daha nadir görülmekle birlikte daha kötü prognoza sahiptir.

**41.Aşağıdakilerden hangisi malign melanoma gelişimi açısından risk faktörü değildir?**

- a) Güneş ışınlarına maruz kalma
- b) Açık deri rengine, sarı veya kızıl saç rengine sahip olmak
- c) Ailesel melanom öyküsü
- d) Derinin güneş ışınlarına olan reaksiyonu
- e) Düşük sosyo-ekonomik durum

Cevap E (*Fitzpatrick, Dermatology in General Medicine, 5.baskı, 1999, s.1082*)

Yüksek sosyo-ekonomik düzey ve malign melanoma riski arasında ilişki vardır.

**42.Hemanjiyomaların tedavisinde aşağıdaki yöntemlerden hangisinin yeri yoktur?**

- a) Sistemik glukokortikoid
- b) Laser
- c) Cerrahi eksizyon
- d) İntralezyonel glukokortikoid
- e) İyonize radyasyon

Cevap E (*Fitzpatrick, Dermatology in General Medicine, 5.baskı, 1999, s.1181*)

Hemanjiyomların tedavisinde sistemik ve intralezyonel glukokortikoid lazer ve cerrahi eksizyon gibi tedavi yöntemleri uygulanır.



43. Aşağıdaki faktörlerden hangisi eritema nodozum etiyojisinde rol oynamaz?

- a) Sarkoidozis
- b) Yersinia enterocolitica
- c) Fungal enfeksiyonlar
- d) Sulfonamidler
- e) Venöz yetmezlik

Cevap E (Fitzpatrick, *Dermatology in General Medicine*, 5.baskı, 1999, s.1284)

Eritema nodozum etiyojisinde sarkoidoz, yersinia enterocolitica, fungal enfeksiyonlar ve sulfonamid gibi etkenler rol oynar.

44. Aşağıdaki özelliklerden hangisi alopesia areata için yanlıştır?

- a) Alopesia areata ile birlikte özellikle tiroid ile ilişkili otoimmün hastalıkların insidansı artmıştır.
- b) Alopesia areata ile birlikte pigmenter bozukluklar insidansı artmıştır.
- c) Alopesia areata ile birlikte yüksük tırnak bulgusuna rastlanır.
- d) Alopesia areatanın lokalize formu topikal tedaviye yanıt verir.
- e) Alopesia areata zaman zaman skar bırakabilir.

Cevap E (Fitzpatrick, *Dermatology in General Medicine*, 5.baskı, 1999, s.737)

Alopesia areata skatrisiyel bir alopesi türü değildir.

45. Aşağıdakilerden hangisi lökositoklastik vaskülitin özelliklerinden değildir?

- a) Palpabl purpura
- b) Lezyonların ayak bileği, bacak alt kesimleri ve basınca maruz kalan yerlerde yerleşmesi
- c) Tabloya ateş, artralji, miyalji gibi semptomların eşlik etmesi
- d) Hemorajik vezikül veya bül gelişimi
- e) Orta çaplı damarların tutulması

Cevap E (Odom, *Andrews' Disease of the Clinic*, 9.baskı, 2000, s.1032)

Lökositoklastik vaskülit küçük çaplı damarları tutan bir vaskülitir.

46. Aşağıdakilerden hangisi liken planus için doğru değildir?

- a) Köbner fenomeni gelişmesi
- b) Üzeri düz, poligonal, violese rengi papüllerin görülmesi
- c) Liken planusta tırnak tutulumuna rastlanması
- d) Pruritusu sık rastlanması
- e) Mukoz membranların tutulabilmesi

Cevap C (Odom, *Andrews' Disease of the Clinic*, 9.baskı, 2000, s.266)

Liken planuslu hastaların %5-10'unda tırnak tutulumu gözlemlenir.

47. Akne vulgaris tedavisinde aşağıdaki topikal ajanlardan hangisinin yeri yoktur?

- a) Benzoil peroksit
- b) Retinoidler
- c) Klindamisin
- d) Resorsin
- e) Topikal steroidler

Cevap E (Odom, *Andrews' Disease of the Clinic*, 9.baskı, 2000, s.284)

Akne vulgaris tedavisinde topikal steroidlerin yeri yoktur.

48. Lepra için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) İndeterminant lepra genellikle hipopigmente makül şeklinde gözlenir.
- b) Tüberküloid leprada lezyonlar soliter veya birkaç tanedir.
- c) Lepromatöz leprada lezyonlar simetrik yerleşimli çok sayıdadır.
- d) Lepromatöz leprada basil az sayıdadır.
- e) Klofazimin lepra tedavisinde kullanılan ilaçlardan birisidir.

Cevap D (Odom, *Andrews' Disease of the Clinic*, 9.baskı, 2000, s.430)

Lepromatöz lepra lezyonlarında basil çok sayıdadır.

49. Aşağıdakilerden hangisinin lupus eritematozus tanısında değeri yoktur?

- a) Diskoid lupus eritematozus
- b) Oral ülser
- c) Fotosensitivite
- d) Serozitis
- e) Kreatin fosfokinaz yüksekliği

Cevap E (Odom, *Andrews' Disease of the Clinic*, 9.baskı, 2000, s.172)

Kreatin fosfokinaz yüksekliği dermatomyozit tanısında önemli bir kriterdir.

50. Pankroid tedavisinde hangi ajan kullanılmaz?

- a) Ampisilin
- b) Siprofloksasin
- c) Eritromisin
- d) Azitromisin
- e) Seftriakson

Cevap A (Knapp JS. *In vitro susceptibilities of H. Ducreyi from Thailand and US to currently recommended and newer agents for treatment of chancroid. Antimicrob Agents Chemother* 1993; 37:1552)

Yumuşak şankr tedavisinde, diğer üç ajan CDC (hastalık kontrol merkezi) tarafından önerilirken, H. Ducreyi için plazmid aracılı direnç tanımlandığı için günümüzde ampisilin kullanılmamaktadır.

51.Malignite ile assosiyeye akantozis nigrikans için hangisi yanlıştır?

- a) Maligniteye öncülük edebilir.
- b) Malignite ile aynı zamanda başlayabilir.
- c) Malignitenin başlangıcından sonra gelişebilir.
- d) Kırk yaş üzerinde, obez olmayan bireylerde, yaygın şekilde görülmesi malignite taramasını gerektirir.
- e) En sık assosiyeye olduğu malignite; lenfomalardır.

Cevap E (*Odom, Andrews's Disease of the Skin, 9.baskı, 2000, s.633*)

Bu tip akantozis nigrikans olgularının çoğu; adenokarsinomlarla (%60 olguda mide adenokarsinomu) ile assosiyedir. Lenfomalarla assosiyasyon da bazen görülebilir. İlk dört şık, bu tip akantozis nigrikansın özellikleridir.

52.QT intervalini uzatması nedeni ile ilaç etkileşimleri yönünden dikkat edilmesi gereken antihistaminik hangisidir?

- a) Akrivastin
- b) Terfenadin
- c) Setirizin
- d) Hidroksizin hidroklorür
- e) Azelastin

Cevap B (*Freedberg, Dermatology in General Medicine, 5.baskı, 1999, s.2821-9*)

Terfenadin aşırı yüksek dozda ya da eritromisin, klaritromisin, ketokonazol ve belirli bazı ilaçlarla birlikte kullanıldığında ventriküler taşikardi ile assosiyeye olarak QT intervalinin uzamasına yol açar. Diğer dört antihistaminin bu tarzda yan etkisi bildirilmemiştir.

53.Hangisi tinea kapitis etkeni değildir?

- a) Epidermophyton floccosum
- b) Trichophyton tonsurans
- c) Tricophyton verrucosum
- d) Microsporum canis
- e) Microsporum gypseum

Cevap A (*Odom, Andrews's Disease of the Skin, 9.baskı, 2000, s.358*)

Epidermophyton floccosum, tinea kapitise neden olmaz. Kesin nedeni bilinmese de intrafolliküler androstenedionun, bu dermatofitin çoğalmasını engellediği düşünülmektedir. Diğer tüm şıklar; olağan tinea kapitis etkenleridir.

54.Hangi insan papilloma virüsleri (HPV) genital kanser için yüksek risk taşıyor?

- a) 6, 11
- b) 1, 2
- c) 16, 18
- d) 5, 8
- e) 3, 10

Cevap C (*Odom, Andrews's Disease of the Skin, 9.baskı, 2000, s.514*)

16 ve 18 tipleri yüksek risk taşıırken 6, 11 benign genital enfeksiyonlara yol açar. 1 ve 2 plantar siğile neden olur. 3 ve 10 ise verruka plana etkenleridir. d şıkki etkenleri ise epidermodisplazyaya verrükiformis için özgün tiplerdir.

55.Kutanöz bazal membranın majör komponenti olan tip 4 kollajenin lokalizasyonu neresidir?

- a) Lamina densa
- b) Lamina lusida
- c) Hemidezmozom
- d) Çapa şeklindeki (anchoring) fibriller
- e) Plazma membranı

Cevap A (*Ray, Basement Membrane Zone, 1996, s.321-30*)

Tip 4 kollajen lamina densada lokalize olup, çapraz bağlantılı moleküler yapısı ile ağ şeklinde bir yapı oluşturarak; lamina densaya güçlü bir fiziksel destek verir. Diğer şıklardaki kısımlarda bulunmaz.

56.Hangisi Behçet hastalığı ile diagnostik olarak alakalı deri lezyonlarından değildir?

- a) Paterji lezyonları
- b) Eritema nodozum benzeri lezyonlar
- c) Sweet sendromu benzeri lezyonlar
- d) Palpe edilebilen purpura
- e) Akneiform ya da folikül kökenli püstül

Cevap E (*Jorizzo JL et al. Mucocutaneous criteria for the diagnosis of Behçet's disease. An analysis of clinicopathologic data from multiple international centers. J Am Acad Dermatol 1995; 32:968*)

İlk dört şıktaki lezyonlar erken dönemde erken nötrofilik vasküler reaksiyonla karakterizedir. Behçetlilerde; erken dönem mukokutanöz lezyonlarda bu histopatolojik bulgu ya da tam gelişmiş lökositoklastik vaskülit olağıdır. Bu nedenle ilk dört şık diagnostik alaka gösterir. Akneiform ve folikül kökenli püstüllerde; bu histopatolojik özelliklerin olmaması nedeni ile hastalıkla diagnostik olarak alakalı kabul edilmezler.

# FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON

1. Romatoid artritte en önemli ölüm nedeni nedir?

- a) Bb amiloidozu
- b) Perikardit
- c) Nörolojik tutulum
- d) İnflamatuvar myopati
- e) Plörozi

Cevap A (Gümüüşdiş, Klinik Hematoloji, s.273-274)

%5 oranındadır. 1/4'ü kronik renal yetmezliğe dönüşür.

2. Aşağıdakilerden hangisi basınç ülserleri için bir risk faktörü değildir?

- a) Anemi
- b) Kötü beslenme
- c) Hipertansiyon
- d) Enfeksiyon
- e) Ateş

Cevap C (Braddom, Physical Medicine&Rehabilitation, 1.baskı, 1996, s.635-636)

Beslenme ve anemi basınç ülserlerinin önlenmesinde ve iyileşmesinde en önemli faktörlerdir. Artmış metabolik ihtiyaçlar, enfeksiyon, hipotansiyon basınç ülserlerinin oluşumu için risk faktörlerdir.

3. Aşağıdakilerden hangisi lomber disk hernisi için yanlıştır?

- a) Sebep genellikle bir fleksiyon yaralanmasıdır.
- b) L3 ya da L4 radikülopatilerde ağrı uyluğun ön yüzüne yayılır.
- c) Extrude diskde annulus fibrozusun kısmi defekti ile nükleus pulpozus posteriora hernie olur.
- d) Geniş orta hat disk herniasyonları Cauda Equina sendromuna sebep olabilir.
- e) L5 ya da S1 radikülopatilerde çapraz düz bacak kaldırma testi pozitifliği olabilir.

Cevap C (Braddom, Physical Medicine&Rehabilitation, 1.baskı, 1996, s.823-827)

Extrude disk hernilerinde annulus fibrozusun tam defekti ile nükleus pulpozus posteriora hernie olur.

4. Aşağıdakilerden hangisi ayak bileğine dorsifleksiyon hareketini yaptıran kasıdır?

- a) Soleus
- b) Tibialis anterior
- c) Tibialis posterior
- d) Peroneus longus
- e) Peroneus brevis

Cevap B (Braddom, Physical Medicine&Rehabilitation, 1.baskı, 1996, s.33-34)

Soleus kası ayak bileğine plantar fleksiyon, tibialis posterior plantar fleksiyon ve inversiyon, peroneus longus ve peroneus brevis ise plantar fleksiyon ve eversiyon hareketini yaptırır. Tibialis anterior kası ise ayak bileğine dorsifleksiyon yaptıran kaslardan biridir.

5. Aşağıdakilerden hangisi miyofasiyal ağrı sendromu için tanı kriterlerinden biri değildir?

- a) Lokal seyirme cevabı
- b) Gergin bant varlığı
- c) Tetik nokta hassasiyeti
- d) Hareket açıklığının kısıtlanması
- e) Kasın gerilmesi ile ağrının artması

Cevap E (Braddom, Physical Medicine&Rehabilitation, 1.baskı, 1996, s.901)

Miyofasiyal ağrı sendromu için major tanı kriterleri; bölgesel ağrı, yansıyan ağrı, gergin bant varlığı, tetik nokta hassasiyeti ve kısıtlı hareket açıklığıdır. Minör kriterler ise tetik noktaya basınç ile ağrının ortaya çıkması, lokal seyirme cevabı ve kasın gerilmesi ya da enjeksiyonu ile ağrının hafiflemesidir.

6. Aşağıdakilerden hangisi De Quervain tenosinoviti için yanlıştır?

- a) El bileğinde ulnar stiloidde ağrı ve şişme ile karakterizedir.
- b) Abduktor pollicis longus ve extansör pollicis brevis kaslarının tendon kılıflarının enflamasyonudur.
- c) Finkelstein testi pozitifdir.
- d) Sıklıkla mesleki tekrarlayıcı hikayesi vardır.
- e) Romatoid artritle birlikte olabilir.

Cevap A (Braddom, Physical Medicine&Rehabilitation, 1.baskı, 1996, s.776)

De Quervain tenosinoviti el bileğinde radial stiloid yakınında abduktor pollicis longus ve extansör pollicis brevis kaslarının tendon kılıflarının enflamasyonudur.

7. Aşağıdakilerden hangisi Meralgia paresthetica için doğrudur?

- a) Uyluğun lateralinde ağrı ve parestezi vardır.
- b) Obezite, hamilelik ya da sıkı lomber korseler olayı başlatabilir.
- c) Lateral femoral kutanöz sinirin tuzak nöropatisidir.
- d) Ani kalça fleksiyonu nedeniyle ortaya çıkabilir.
- e) Sıklıkla sinir inguinal ligamentin altında sıkışır.

Cevap D (Braddom, *Physical Medicine&Rehabilitation*, 1.baskı, 1996, s.79)

Ani kalça ekstansiyonu lateral femoral kutanöz sinirin irritasyonuna neden olarak, Meralgia paresthetica'ya yol açabilir.

**8. Aşağıdakilerden hangisi osteoporoz oluşumunu arttıran bir risk faktörü değildir?**

- a) Beyaz ırk
- b) Obezite
- c) Erken menapoz
- d) Sigara
- e) İmmobilizasyon

Cevap B (Braddom, *Physical Medicine&Rehabilitation*, 1.baskı, 1996, s.859)

Obezite osteoporozu arttıran bir faktör değildir. Aksine ince vücut yapısı osteoporoz için bir risk faktörüdür.

**9. Aşağıdakilerden hangisi spinal kord yaralanmalı hastalarda görülen otonomik disrefleksi için doğrudur?**

- a) Sıklıkla T12-L1 seviyesi altındaki yaralanmalar da görülür.
- b) En sık nedeni mesane ve bağırsak distansiyonudur.
- c) Akut hipotansiyon atakları oluşur.
- d) Terlemede azalma vardır.
- e) Yoğun parasempatik deşarj vardır.

Cevap B (Braddom, *Physical Medicine&Rehabilitation*, 1.baskı, 1996, s.1159)

Otonomik disrefleksi özellikle T6 seviyesi üzerindeki spinal kord yaralanmalı kişilerde en sıklıkla mesane ya da bağırsak distansiyonu gibi zararlı bir stimulus sonucunda oluşan akut bir masif sempatik deşarj sendromudur. Yoğun sempatik deşarj periferik ve splanknik vazokonstriksiyon ve akut hipertansiyon, terleme ve piloereksiyon gelişimine yol açar. Kan basıncı artışı ile aort kavsi ve karotis sinüsü reseptörleri uyarılarak refleks bradikardi ve lezyon seviyesi üstünde vazodilatasyon oluşur.

**10. Aşağıdakilerden hangisi hemiplejik bir hastada üst ekstremite ekstansör sinerji paterninin bir komponenti değildir?**

- a) Omuz abduksiyonu
- b) Dirsek ekstansiyonu
- c) Ön kol pronasyonu
- d) Parmak fleksiyonu
- e) Elbileği ekstansiyonu

Cevap A (Braddom, *Physical Medicine&Rehabilitation*, 1.baskı, 1996, s.1062)

Omuz abduksiyonu hemiplejik hastada üst ekstremite fleksör sinerjinin bir komponentidir.

**11. Aşağıdakilerden hangisi seronegatif spondiloartropatilerin ortak özelliklerinden biri değildir?**

- a) Ailevi özellik

- b) Entesopati
- c) Simetrik artrit
- d) Sakroiliak tutulum
- e) Negatif romatoid faktör

Cevap C (Kelley, *Textbook of Rheumatology*, 4.baskı, 1993, s.943)

Seronegatif spondiloartritlerde alt ekstremitelerin asimetrik periferik artrit görülür.

**12. Aşağıdakilerden hangisi romatoid artrit osteoartitten ayırt etmeye yardımcı bir faktördür?**

- a) Eklem şişliği
- b) Eklem hareket açıklığının kısıtlanması
- c) Distal interfalangeal eklemlerin tutulması
- d) Eklem üzerinde ısı artışı
- e) Genu varum deformitesi

Cevap C (Kelley, *Textbook of Rheumatology*, 4.baskı, 1993, s.884)

Osteoartritte elde distal interfalangeal eklemler tutulurken, romatoid artritte metakarpofalangeal ve proksimal interfalangeal eklemler sıklıkla tutulur. Romatoid artritte distal interfalangeal eklemler hemen hiç tutulmaz.

**13. Eldeki ağırlık yavaş olarak aşağıya doğru indirildiğinde, biceps kasındaki kasılma tipi hangisidir?**

- a) İzometrik kasılma
- b) İzokinetik kasılma
- c) Konsantrik kasılma
- d) Ekzantrik kasılma
- e) Pylometrik kasılma

Cevap D (Braddom, *Physical Medicine&Rehabilitation*, 1.baskı, 1996, s.928-930)

İzometrik kasılda kas kasılırken kasın boyu değişmez. İzokinetik kasılda izokinetik cihazlarla kasılma sırasında hareketin hızı sabit tutulur. Konsantrik kasılda kasılma sırasında kasın boyu kısalırken, ekzantrik kasılda kasılma sırasında kasın boyu uzar. Pylometrik kasılma ile sıçrama, atlama gibi kasların gerilme sonrasında hızlı ve güçlü konsantrik kasılmasıdır. Eldeki bir ağırlık yavaşça aşağıya indirilirken biceps kası ağırlığa karşı kasılırken boyu uzamaktadır. Dolayısıyla bu bir ekzantrik kasılma tipidir.

**14. Aşağıdakilerden hangisi nöropraksi tipinde bir periferik sinir yaralanması için doğrudur?**

- a) Yaralanma yerinin distalinde Wallerian dejenerasyon gelişir.
- b) Aksonal rejenerasyon gelişmez.
- c) Hasarlı segmentin cerrahi eksizyonu ve reanastomozu gerekir.
- d) En ciddi yaralanma şeklidir.
- e) Motor kayıp ve parestezi sıklıkla vardır.

Cevap E (Braddom, *Physical Medicine&Rehabilitation*, 1.baskı, 1996, s.976)

Nöropraksi aksonal hasara neden olmayan ve dolayısıyla Wallerian dejenerasyonun gelişmediği, genellikle iyileşmenin saniyelerden 6 aya kadar geri döndüğü, dolayısıyla sinirin cerrahi tamirini gerektirmeyen en hafif yaralanma şeklidir. Sıklıkla motor kayıp ve parestezilere neden olur.

**15.Aşağıdakilerden hangisi ısının fizyolojik etkilerinden biri değildir?**

- a) Sinir iletim hızını artırır.
- b) Tendon uzayabilirliğini artırır.
- c) Eklem tutukluğunu azaltır.
- d) Ödemi azaltır.
- e) Ağrıyı azaltır.

Cevap D (Braddom, *Physical Medicine&Rehabilitation*, 1.baskı, 1996, s.451)

Isı ödemi artırır. Soğuk ödemi azaltır.

**16.Aşağıdakilerden hangisi derin ısıtıcı bir fizik tedavi ajanıdır?**

- a) Kısa dalga diatermi
- b) Parafin banyosu
- c) Sıcak paket
- d) Girdap banyosu
- e) İnfraruj lambaları

Cevap A (Braddom, *Physical Medicine&Rehabilitation*, 1.baskı, 1996, s.450)

Derin ısıtıcı ajanlar ultrason, kısa dalga diatermi ve mikrodalga diatermidir.

**17.Hangisi osteoartritin radyolojik bulgularından değildir?**

- a) Subkondral skleroz
- b) Osteokist
- c) Eklem aralığında daralma
- d) Osteoporoz
- e) Osteofit

Cevap D (Beyazova, *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*, 2000; Kelley, *Textbook of Rheumatology*, 4.baskı, 1993; Klippel, *Rheumatology*, 1994; Gümüşiş, *Klinik Romatoloji*, 1999)

Osteoporoz ve osteoartrit arasında ters ilişki vardır.

**18.Hangisi osteoartrit gelişimi için risk faktörü değildir?**

- a) Obezite
- b) Erkek cinsiyet
- c) İleri yaş
- d) Travma
- e) İlaçlar

Cevap B (Beyazova, *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*, 2000; Kelley, *Textbook of Rheumatology*, 4.baskı, 1993; Klippel, *Rheumatology*, 1994; Gümüşiş, *Klinik Romatoloji*, 1999)

Kadın cinsiyet osteoartrit oluşumu için risk faktörüdür.

**19.Hangisi bel ağrısı nedeni değildir?**

- a) Psöriatik artrik
- b) Reiter sendromu
- c) Ankilozan spondilit
- d) Romatoid artrit
- e) Psödoradiküler ağrı

Cevap D (Beyazova, *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*, 2000; Kelley, *Textbook of Rheumatology*, 4.baskı, 1993; Klippel, *Rheumatology*, 1994; Gümüşiş, *Klinik Romatoloji*, 1999)

RA servikal bölge dışında aksiyel tutulum yapmaz.

**20.Hangisi akut inflamatuvar artriti ekleme ait bulgu değildir?**

- a) Pişlik
- b) Isı artımı
- c) Kızarıklık
- d) Hassasiyet
- e) Krepitasyon

Cevap E (Beyazova, *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*, 2000; Kelley, *Textbook of Rheumatology*, 4.baskı, 1993; Klippel, *Rheumatology*, 1994; Gümüşiş, *Klinik Romatoloji*, 1999)

Krepitasyon eklem yüzeylerinin düzensizliğini gösteren dejenerasyona ait bir bulgudur.

**21.Elliiki yaşında kadın hasta 3 aydır kalçalarında, omuzlarında ve boynunda ağrı, 30 dk-1 saat sabah tutukluğu şikayeti ile başvuruyor. Fizik muayene bulguları normal olan hastanın laboratuvar bulguları: CPK: 58 U/L, AST: 26.2 U/L, ALT: 17.5 U/L, ALP: 258 U/L, Sedimentasyon: 64 mm/saat Hastanın olası tanısı nedir?**

- a) Dermatomiyozi
- b) Romatoid artrit
- c) Polimyaljia romatika
- d) SLE
- e) Ankilozan spondilit

Cevap C (Beyazova, *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*, 2000; Kelley, *Textbook of Rheumatology*, 4.baskı, 1993; Klippel, *Rheumatology*, 1994; Gümüşiş, *Klinik Romatoloji*, 1999)

PMR 50 yaşın üzerindeki kadın hastalarda pelvik, omuz kuşağında ağrı ve sedim yüksekliği ile seyreden klinik tablodur.

22. Hangisi akut gut artritinin tedavisinde kullanılmaz?

- a) Kolşisin
- b) Steroidler
- c) Eklem istirahatı
- d) NSAİİ
- e) Ürikozürük ilaçlar

Cevap E (Beyazova, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, 2000; Kelley, Textbook of Rheumatology, 4.baskı, 1993; Klippel, Rheumatology, 1994; Gümüşişdiş, Klinik Romatoloji, 1999)

Akut gut artritinde ürikozürük ilaç kullanımı tabloyu daha da ağırlaştırır.

23. Hangisi SLE'nin tanı kriterlerinden değildir?

- a) Proteinüri
- b) Fotosensitivite
- c) Oral ülserler
- d) Trombositopeni
- e) Eritema nodozum

Cevap E (Beyazova, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, 2000; Kelley, Textbook of Rheumatology, 4.baskı, 1993; Klippel, Rheumatology, 1994; Gümüşişdiş, Klinik Romatoloji, 1999)

Eritema nodozum SLE tanı kriteri değildir.

24. Hangisinin akut bel ağrısı tedavisinde yeri yoktur?

- a) Korse
- b) NSAİİ
- c) Myorelaksanlar
- d) Yüzeysel ısıtıcılar
- e) Uzun süreli yatak istirahati

Cevap E (Beyazova, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, 2000; Kelley, Textbook of Rheumatology, 4.baskı, 1993; Klippel, Rheumatology, 1994; Gümüşişdiş, Klinik Romatoloji, 1999)

Akut bel ağrılı hastalarda kısa süreli yatak istirahati önerilir.

25. Hangisinde acil cerrahi girişim endikasyonu vardır?

- a) Motor defisit
- b) Cauda equina sendromu
- c) DTR kaybı
- d) Piddetli ağrı
- e) Duysal defisit

Cevap B (Beyazova, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, 2000; Kelley, Textbook of Rheumatology, 4.baskı, 1993; Klippel, Rheumatology, 1994; Gümüşişdiş, Klinik Romatoloji, 1999)

Cauda equina sendromu acil cerrahi girişimi gerektirir.

26. Hipertansif kriz hangisinin korkulan komplikasyonudur?

- a) Sjögren sendromu
- b) Sistemik skleroz
- c) SLE
- d) Polimiyozit
- e) Ankilozan spondilit

Cevap B (Beyazova, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, 2000; Kelley, Textbook of Rheumatology, 4.baskı, 1993; Klippel, Rheumatology, 1994; Gümüşişdiş, Klinik Romatoloji, 1999)

Hipertansif kriz sistemik sklerozun en önemli ölüm nedenidir.

27. Sjögren sendromunun sıklıkla birlikte görüldüğü hastalık hangisidir?

- a) Romatoid artrit
- b) Polimiyozit
- c) Behçet hastalığı
- d) Sistemik skleroz
- e) FMF

Cevap A (Beyazova, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, 2000; Kelley, Textbook of Rheumatology, 4.baskı, 1993; Klippel, Rheumatology, 1994; Gümüşişdiş, Klinik Romatoloji, 1999)

Sjögren sendromu %25 oranında RA ile birlikte görülür.

28. Keratoderma blenorajika hangi hastalığa ait cilt lezyonudur?

- a) Skleroderma
- b) Wegener Granülomatozu
- c) PAN
- d) Romatoid artrit
- e) Reiter sendromu

Cevap E (Beyazova, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, 2000; Kelley, Textbook of Rheumatology, 4.baskı, 1993; Klippel, Rheumatology, 1994; Gümüşişdiş, Klinik Romatoloji, 1999)

Keratoderma blenorajika, Reiter sendromlu hastaların %12-14'ünde görülen ağrısız, makül, papül, nodül, hiperkeratoz ve deskuamasyonla karakterize cilt lezyonudur.

29. NSAİİ aşağıdakilerden hangisi ile etkileşmez?

- a) Antikoagülanlar
- b) Oral hipoglisemikler
- c) Antihipertansifler
- d) Misoprostol
- e) Dijital glikozitler

Cevap D (Beyazova, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, 2000; Kelley, Textbook of Rheumatology, 4.baskı, 1993; Klippel, Rheumatology, 1994; Gümüşişdiş, Klinik Romatoloji, 1999)

Misoprostol ile NSAİİ'lerin farmakokinetik etkileşimine rastlanmamıştır.

**30.Hangisi NSAİİ bağılı yan etkilerden değildir?**

- a) Renal kan akımında azalma
- b) Gastrointestinal lezyonlar
- c) Hepatosellüler toksisite
- d) Kanama zamanında uzama
- e) Hipotansiyon

Cevap E (Beyazova, *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*, 2000; Kelley, *Textbook of Rheumatology*, 4.baskı, 1993; Klippel, *Rheumatology*, 1994; Gümüşi, *Klinik Romatoloji*, 1999)

NSAİİ su ve tuz retansiyonu yaptıkları ve antihipertansiflerin etkilerini azalttıkları için TA arttırabilirler.

**31.Hangisi akut inflamasyonlu eklemde kullanılmaz?**

- a) Soğuk tatbiki
- b) Diadinami
- c) Enterferansiyel akım
- d) TENS
- e) Mikrodalga

Cevap E (Beyazova, *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*, 2000; Kelley, *Textbook of Rheumatology*, 4.baskı, 1993; Klippel, *Rheumatology*, 1994; Gümüşi, *Klinik Romatoloji*, 1999)

Derin ısıtıcılar akut inflamasyonlu eklemde kullanılmazlar.

**32.Hangisi inflamatuvar bel ağrısına ait özelliklerden değildir?**

- a) Uyku bozukluğu
- b) Aile öyküsü
- c) Sinsi başlangıç
- d) Düz bacak kaldırma testi (+)
- e) İstirahat ağrısı

Cevap D (Beyazova, *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*, 2000; Kelley, *Textbook of Rheumatology*, 4.baskı, 1993; Klippel, *Rheumatology*, 1994; Gümüşi, *Klinik Romatoloji*, 1999)

İnflamatuvar bel ağrısında düz bacak kaldırma testi (-)'dir.

**33.Unkovertebral eklemler nerede bulunur?**

- a) Servikal
- b) Torakal
- c) Lomber
- d) Diz
- e) Omuz

Cevap A (Beyazova, *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*, 2000; Kelley, *Textbook of Rheumatology*, 4.baskı, 1993; Klippel, *Rheumatology*, 1994; Gümüşi, *Klinik Romatoloji*, 1999)

Unkovertebral eklemler servikal bölgeye özgü eklemlerdir.

**34.Hangi hastalara germe egzersizi uygulanabilir?**

- a) Kemik bloklardan kaynaklanan eklem kısıtlılıkları
- b) Yeni geçirilmiş travma
- c) Akut inflamasyon
- d) Yumuşak dokulardan kaynaklanan eklem kısıtlılıkları
- e) İnstabil eklemlerde

Cevap D (Beyazova, *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*, 2000; Kelley, *Textbook of Rheumatology*, 4.baskı, 1993; Klippel, *Rheumatology*, 1994; Gümüşi, *Klinik Romatoloji*, 1999)

Germe egzersizleri kas, tendon, kapsül gibi yumuşak dokulardan kaynaklanan eklem kısıtlılıklarını açmak için uygulanır.

**35.Raynaud fenomeninin en sık görüldüğü kollajen doku hastalığı hangisidir?**

- a) SLE
- b) Romatoid artrit
- c) Dermatomiyozit
- d) Sistemik skleroz
- e) Sjögren sendromu

Cevap D (Beyazova, *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*, 2000; Kelley, *Textbook of Rheumatology*, 4.baskı, 1993; Klippel, *Rheumatology*, 1994; Gümüşi, *Klinik Romatoloji*, 1999)

Raynaud fenomeni, sistemik sklerozun en sık ve en erken bulgusudur.

**36.Hangisi romatoid artrite ait göz bulgularından değildir?**

- a) Sklerit
- b) Episklerit
- c) Hipopiyonlu iridosiklit
- d) Osteomalazi perforans
- e) Kuru göz

Cevap C (Beyazova, *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*, 2000; Kelley, *Textbook of Rheumatology*, 4.baskı, 1993; Klippel, *Rheumatology*, 1994; Gümüşi, *Klinik Romatoloji*, 1999)

Hipopiyonlu iridosiklit Behçet hastalığına ait göz bulgusudur.

**37.Adson testi hangisinde pozitifdir?**

- a) CTS
- b) Kubital tünel sendromu
- c) Torasik çıkış sendromu
- d) Servikal disk herniasyonu
- e) Dequervain hastalığı

Cevap C (Beyazova, *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*, 2000; Kelley, *Textbook of Rheumatology*, 4.baskı, 1993; Klippel, *Rheumatology*, 1994; Gümüşi, *Klinik Romatoloji*, 1999)

Adson testi torasik çıkış sendromlarının tanısında kullanılan bir testtir.

**38.Radyografide benekli osteoporoz hangisinin karakteristik özelliğidir?**

- a) Adeziv kapsülit
- b) Sudeck atrofisi
- c) Torasik çıkış sendromu
- d) Kalsifik tendinit
- e) Osteoartrit

Cevap B (Beyazova, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, 2000; Kelley, Textbook of Rheumatology, 4.baskı, 1993; Klippel, Rheumatology, 1994; Gümüşişdiş, Klinik Romatoloji, 1999)

Benekli osteoporoz sudeck atrofisinin karakteristik radyolojik görünümüdür.

**39.Yarı ömrü en uzun NSAİİ hangisidir?**

- a) Naproksen
- b) Diklofenak
- c) Tenoksikam
- d) İbuprofen
- e) İndometazin

Cevap C (Beyazova, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, 2000; Kelley, Textbook of Rheumatology, 4.baskı, 1993; Klippel, Rheumatology, 1994; Gümüşişdiş, Klinik Romatoloji, 1999)

Tenoksikamın plazma eliminasyon yarı ömrü 60-75 saattir.

**40.Hangisi spondiloartropatilerin ortak özelliklerinden değildir?**

- a) Romatoid faktör (-)
- b) Üveit
- c) HLA-B27 (+)
- d) Periferik artrit oluşturmazlar.
- e) Entosopati

Cevap D (Beyazova, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, 2000; Kelley, Textbook of Rheumatology, 4.baskı, 1993; Klippel, Rheumatology, 1994; Gümüşişdiş, Klinik Romatoloji, 1999)

Spondiloartropatiler periferik artrit oluşumuna da yol açarlar.

**41.Hangisi ankilozan spondile ait radyolojik bulgu değildir?**

- a) Sakroileit
- b) Vertebralarda kareleşme
- c) Periartriküler osteoporoz
- d) Bambu kamışı
- e) Üçlü ray

Cevap C (Beyazova, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, 2000; Kelley, Textbook of Rheumatology, 4.baskı, 1993; Klippel, Rheumatology, 1994; Gümüşişdiş, Klinik Romatoloji, 1999)

Periartriküler osteoporoz romatoid artritinin radyolojik bulgusudur.

**42.Kıkırdağın ana kollajeni hangisidir?**

- a) Tip II
- b) Tip V
- c) Tip VI
- d) Tip IX
- e) Tip X

Cevap A (Beyazova, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, 2000; Kelley, Textbook of Rheumatology, 4.baskı, 1993; Klippel, Rheumatology, 1994; Gümüşişdiş, Klinik Romatoloji, 1999)

Kıkırdağın ana kollajeni tip II kollajendir.

**43.Heberden nodülleri hangi hastalıkta görülür?**

- a) Behçet hastalığı
- b) Palindromik romatizma
- c) Psöriatik artrit
- d) Osteoartrit
- e) Sarkoidoz

Cevap D (Beyazova, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, 2000; Kelley, Textbook of Rheumatology, 4.baskı, 1993; Klippel, Rheumatology, 1994; Gümüşişdiş, Klinik Romatoloji, 1999)

Heberden nodülleri el osteoartrisinde distal inter-faringeal eklemlerde görülür.

**44.Hangisi antirezorptif ajan değildir?**

- a) Östrojen
- b) Kalsitonin
- c) Alendronat
- d) Rizedronat
- e) Paratiroid hormon

Cevap E (Beyazova, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, 2000; Kelley, Textbook of Rheumatology, 4.baskı, 1993; Klippel, Rheumatology, 1994; Gümüşişdiş, Klinik Romatoloji, 1999)

PTH osteoblastlar üzerine anabolik etkilidir.

**45.Karaciğer toksisitesi en yüksek NSAİİ hangisidir?**

- a) Diklofenak
- b) Ketoprofen
- c) Tenoksikam
- d) Naproksen
- e) Etodolak

Cevap A (Beyazova, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, 2000; Kelley, Textbook of Rheumatology, 4.baskı, 1993; Klippel, Rheumatology, 1994; Gümüşişdiş, Klinik Romatoloji, 1999)

Diklofenak karaciğer üzerine hepatosellüler toksisiteye sahiptir.



# HALK SAĞLIĞI

1. Bir araştırmada araştırmacı Gaziantep'in aynı sosyo-ekonomik düzeydeki 3 köyünde önce aile planlaması konusundaki bilgi, tutum ve davranışları belirlemek için bir soru kağıdı uygulanmıştır. Sonra bu köylerden birinde sadece eşi 15-49 yaş grubunda olan evli erkeklere, ikincisinde sadece 15-49 yaş grubundaki evli kadınlara, üçüncüsünde ise hem 15-49 yaş grubundaki evli kadınlara hem de eşlerine aile planlaması konusunda belirli aralıklarla grup eğitimi biçiminde eğitim yapmıştır. 2 yıl sonra eğitime başlamadan önceki bilgi, tutum ve davranışlarda değişiklik olup olmadığını ve miktarını belirlemek için başlangıçta uygulanan soru kağıdı tekrar uygulanmıştır. Bu araştırma;

- a) Randomize kontrollü bir deneydir.
- b) Kohort tipinde bir araştırmadır.
- c) Kesitsel tipte bir araştırmadır.
- d) Toplum deneyidir.
- e) Alan deneyidir.

Cevap D (Özgür, Sağlık Alanında Araştırma Yöntemleri Ders Notları, 1999, s.194; Beaglehole, Basic Epidemiology, 1993, s.175)

Soruda anlatılan çalışmada bir değişkeni değiştirme çabası olduğu için bu bir deneysel çalışmadır. Hasta ya da sağlam bireylerden çok grup davranışına yönelik olduğu, diğer bir deyişle müdahale grupları uygun bireylerin seçilmesine dayalı olmadığı, belirli toplumların bütünü olduğu için yanıt "d"dir.

2. Ebeveynlerinin sigara kullanımı ile çocuklardaki egzema arasındaki ilişkiyi inceleyen bir olgu-kontrol araştırmasında;

- a) Çocuk doğduğunda ebeveynlerin sigara alışkanlıkları saptanmalı ve çocuk egzema gelişmesine kadar incelenmelidir.
- b) Sigara içen ve içmeyen ebeveynlerin çocukları karşılaştırılmalıdır.
- c) Ailelere çocuklarındaki egzemanın azalip azalmayacağını görmek için, sigarayı bırakmaları rica edilmelidir.
- d) Egzemali çocukların ailelerinin sigara ile ilgili davranışları, egzemasız çocukların ailelerinin sigara alışkanlıkları ile karşılaştırılmalıdır.
- e) Aileler rastgele sigara içen ya da içmeyen olarak seçilmelidir.

Cevap D (Tezcan, Temel Epidemiyoloji)

Bir olgu-kontrol araştırmasında, çalışma hastalığı olan bir grup, yani olgular ve olmayan bir grup, yani kontroller ile yapılır.

3. Bir sağlık ocağı bölgesinde sorumlu hekim olarak bölgenizde su ve gıdaya bağlı ishaller hastalıklar epidemisi olduğuna karar verme kriteriniz aşağıdakilerden hangisi değildir?

- a) Bir önceki yılın aynı dönemine göre olgularda artış olması
- b) Olguların belli odalarda kümelenme yapması
- c) Ölümlerin görülmesi
- d) Günlük aşırı artışların gözlenmesi
- e) Kaynağın tespit edilememesi

Cevap E (Bertan, Halk Sağlığı Temel Bilgiler)

İshaller hastalıklar epidemisinde olgular geçen yılın aynı dönemine göre belirgin artış göstermiş, belli odalarda kümelenmiş, günlük aşırı artışları gözlenmektedir. Ölümler bildirilebilir. Bu tipi epidemilerde hava ile bulaşan vb. göre kaynak tespiti daha kolaydır.

4. A bölgesinde her yıl yüzbin erişkin kadında 35 yeni meme kanseri olgusu saptanırken, B bölgesinde bu sayı yüzbinde 90'dır. Bu iki bölge için aşağıdakilerden hangisi en uygun açıklamadır?

- a) A bölgesindeki kadınların bebekleri daha iyi bakım almaktadır. Sigara içen ve içmeyen ebeveynlerin çocukları karşılaştırılmalıdır.
- b) A bölgesindeki kadınlar daha az sigara içmektedirler.
- c) A bölgesindeki kadınlar mammografi de olmak üzere daha sık koruyucu bakım hizmeti almaktadır.
- d) A bölgesinde tedavi daha iyi yapılmaktadır.
- e) A bölgesindeki kadınlar daha gençtir.

Cevap E (Newman, Epidemiology and Public Health)

A bölgesindeki kadınların daha genç olması henüz bu kadınların meme kanserinin daha fazla görüldüğü ileri yaşa ulaşmalarını nedeniyle olgu sayılarının azlığını açıklaması en uygun yanittir.

5. Kalp problemi olan bir hastaya yaklaşım ve tedavisi hangi tip korumadır?

- a) Birincil korunma
- b) İkincil korunma
- c) Üçüncül korunma
- d) Birincil-ikincil-üçüncül korunma
- e) Birincil ve ikincil korunma

Cevap E (Bertan, Halk Sağlığı Temel Bilgiler)

Kalp problemi olan bir hastaya yaklaşım, tedavi yanında yaşamı hakkında öneriler, beslenme bilgileri, egzersiz önerileri vb.'ni de içereceğinden hem birincil ve hem de ikincil korumadır.

## 6. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Bebek ölüm hızı'nın payını bir yıl içinde meydana gelen 0-365 günlük bebek ölüm sayısı oluşturur.
- b) Perinatal ölüm hızı'nın payını bir yıl içinde ölü doğan ya da canlı doğup 0-7 günlük iken ölen bebek sayısı oluşturur.
- c) Genel doğurganlık hızı'nın payı bir yıl içerisindeki canlı doğumlar ve paydası genel popülasyondur.
- d) Neonatal bebek hızının payını 0-7 günlük bebek ölüm sayısı oluşturur.
- e) Kaba ölüm hızı'nın payını tüm ölümler oluşturur.

Cevap C (Bertan, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, 1995)

Genel doğurganlık hızının paydasını 15-49 yaş grubu doğurgan döneminde olduğu kabul edilen kadınlar oluşturur.

## 7. Aşağıdaki ölçütlerden hangisi anne sağlığı düzeyini gösteren ölçütlerdendir?

- a) Bebek ölüm hızı
- b) Kaba ölüm hızı
- c) Perinatal ölüm hızı
- d) Yaşa özel ölüm hızı
- e) Postneonatal ölüm hızı

Cevap C (Bertan, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, 1995)

Gebeliğin 28. haftasından doğum sonrası birinci haftaya kadar olan dönemi içerir. Bu dönemdeki bebek ölümleri iyi bir doğum öncesi bakım ve doğumun sağlıklı koşullarda yapılması ile önlenir.

Annenin doğum öncesi bakım alma düzeyi ve doğumun sağlıklı koşullarda yapılıp yapılmadığını gösterir.

## 8. Aşağıdakilerden hangisi erkeklere yönelik modern aile planlaması yöntemidir?

- a) Norplant
- b) Vazektomi
- c) Coitus interruptus
- d) Spermisit
- e) Minipill

Cevap B (Bertan, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, 1995)

Vazektomi erkeklere uygulanan cerrahi sterilizasyon yöntemidir. Coitus interruptus modern yöntem değildir.

## 9. Aşağıdakilerden hangisi morbidite hızı değildir?

- a) İnsidans
- b) Prevalans
- c) Atak hızı
- d) Epizod hızı
- e) Endemi

Cevap E (Bertan, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, 1995)

Endemi hızı değildir. Hastalıkların bir bölgede görülme özelliğini ifade eder.






## 10. Mide kanserli 43 hasta ile bunlara uygun yaş, cinsiyet ve sosyokültürel özellikte alınan 40 sağlıklı kişide beslenme alışkanlıklarının incelendiği analitik bir araştırma hangi tiptedir?

- a) Vaka-Kontrol Araştırması
- b) Ekolojik araştırma
- c) Kohort araştırması
- d) Müdahale tipi araştırma
- e) Tanımlayıcı araştırma

Cevap A (Bertan, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, 1995)

Mide kanserli hastalar vaka grubunu, bunlara yaş, cinsiyet ve sosyokültürel açıdan benzeyen sağlıklılar ise kontrol grubunu oluşturmaktadır. Beslenme alışkanlıklarının mide kanseri üzerine olan etkisi araştırılmaktadır.

## 11. Gebelik aralıklarına göre ana ölümlerinin grafiği aşağıdakilerden hangisine benzer?

- a) 
- b) 
- c) 
- d) 
- e) 

Cevap B (Özgür, Halk Sağlığı Ders Kitabı, 2000, s.211; Family Planning Programs: Healthier Mothers and Children Through Family Planning, 1984)

Gebelik aralıklarına göre ana ölümlerinin grafiği ters J'ye benzediği için yanıt "b"dir.

## 12. En güvenilir aile planlaması yöntemi hangisidir?

- a) Periyodik çalışma
- b) O toplumca benimsenen ve erişilebilen yöntemler
- c) Hormonal yöntemler
- d) Cerrahi yöntemler
- e) Geri çekme

Cevap B (Özgür, Halk Sağlığı Ders Kitabı, 2000; Fathalla The FIGO Manual of Human Reproduction, 1990, IS-BN (in UK and Europe) 1-85070-193-8 (in USA) 0-940813-58-0)

Güvenilir bir yöntem etkinliği yüksek yöntem demek değildir. Güvenilirlik özel bir toplumda, özel bir toplumsal kümede özel kişilerce kullanıldığı zaman bu yöntemin bir niteliğidir. Bu nedenle yanıt b'dir.

# KBB

1. Aşağıdakilerden hangisi çocukluk çağı kronik sinüzitlerinde predispozan bir faktör değildir?

- a) Kistik fibrozis
- b) Nazofarengeal anjiyofibroma
- c) Hipogamaglobulinemi
- d) Adenoid hipertrofi
- e) Kartagener sendromu

Cevap B (*Cummings, Otolaryngology Head and Neck Surgery, 3.baskı, 1998, s.104-115*)

Nazofarengeal anjiyofibroma en sık görülen neoplazmdir ve nazal obstrüksiyon, epistaksis ve nazal akıntı şikayetleri vardır. Ancak kistik fibrozis, hipogamaglobulinemi, alerjik aspergillozis ve Kartagener sendromu ise çocukluk çağında kronik sinüzitin predispozisyonuna yol açan faktörlerdir. Kartagener sendromunda siliyer tübüllerin dış dinein kolundaki defekt nedeni ile siliya mukusu temizlemede yetersiz kalır ve sinüzit, pnömoni ve infertilite riski yüksektir. Kistik fibroziste ise sinüslerin salgıladığı mukusun kalın olması nedeni ile sinüzit riski vardır. İmmünolojik fonksiyonun bozuk olduğu çocuklarda da kronik sinüzit sık görülür. Adenoid hipertrofi de mekanik obstrüksiyon yaparak çocukluk çağında kronik sinüzite neden olmaktadır.

2. Çocuklarda en sık görülen akut sinüzit komplikasyonu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Orbital sellülit
- b) Frontal kemiğin osteomyeliti
- c) Epidural ya da subdural abse
- d) Kavernoöz sinüs trombozu
- e) Orbital apeks sendromu ve total oftalmopleji

Cevap A (*Paparella, Otolaryngology, 3.baskı, 1991, s.1843-1860*)

Akut sinüzitin çocukluk çağında en sık görülen komplikasyonu orbital sellülitir. Erişkinlerde bu kadar sık görülmez. Enfeksiyon ya direk olarak lamina paprisea yolu ile ya da flebitik venler aracılığı ile orbitaya ulaşır. Sonuçta göz kapağında şişme, kemozis, propitozis ile karakterize bir tablo ortaya çıkar. Tedavisinde yoğun antibiyotik tercih edilir.

3. Aşağıdakilerden hangisi larenotrakeitin özelliği değildir?

- a) Yavaş başlangıç
- b) Düz grafide havayolunda belirgin daralma
- c) Hastanın 2 yaşının altında olması
- d) Ağızdan salya akması
- e) Havlar tarzda öksürük

Cevap D (*Bailey, Head and Neck Surgery-Otolaryngology, 1.baskı, 1993, s.612-619*)

Larenotrakeit genellikle 2 yaşın altında daha sık meydana gelir. Yavaş yavaş başlayan bu tabloda havlar tarzda öksürük tipik olup radyolojide havayolunda daralma gözlenir. Ağızdan salya akması ise epiglottitin bir bulgusudur.

4. Ludwig anjini ile ilgili açıklamalardan hangisi doğrudur?

- a) Sadece sublingual bölgeyi tutar.
- b) Dilin öne doğru protrüzyonuna neden olur.
- c) Ağız tabanı flegmonudur.
- d) Nadiren havayolunu tehdit eder.
- e) Orijini nadiren orodental hastalıktır.

Cevap C (*Lee, Essential Otolaryngology Head and Neck Surgery, 7.baskı, 1999, s.455-473*)

Ludwig anjini ağız tabanını tutan flegmondur. Sıklıkla orodental hastalıklara sekonder ortaya çıkar. Enfeksiyon milohiyoid kasın üzerinde yerleşmiş ise dili yukarı ve arkaya doğru iterek havayolunun ciddi şekilde tehlikeye girmesine neden olur. Enfeksiyon kontrol altına alınmazsa sublingual bölgeden submaksiller, parafarengeal ve retrofarengeal bölgelere yayılabilir.

5. Aşağıdaki patojen bakterilerden hangisi adenotonsillitiste sık görülmez?

- a) Hemofilus influenza
- b) Streptokokus piyogenes
- c) Escherichia coli
- d) Streptokokkus pnömonia
- e) Moraxella kataralis

Cevap C (*Bailey, Head and Neck Surgery-Otolaryngology, 1.baskı, 1993, s.833-847*)

Adenotonsillitise en sık neden olan patojen bakteri beta hemolitik streptokoklar olup streptokokkus pnömonia, hemofilus influenza, streptokokkus piyogenes fransiella tularensis ve moraxella kataralis gibi bakterilerde izole edildi. Ancak Escherichia coli izole edilen patojen bakteriler arasında yoktur.

6. Temporal kemiğin geç dönem sifiliziyle ilgili olarak yanlış olanı seçiniz.

- a) Koklear duktusun hidropsu sık görülür. Hatta sakkulus ve utrikulusda etkilenir.
- b) Hennebert belirtisi pozitif olabilir.
- c) Birkaç yıl öncesinde interstisyel keratitisi meydana gelmiş olabilir.
- d) Steroidlerin kullanımı kontrendikedir.
- e) Tullio fenomeni bir semptom olarak karşımıza çıkabilir.

Cevap D (*Dhillon, Multiple-choice Questions in Otolaryngology, 1989, s.62*)

Penisilin gibi antitireponemal ajanları ilave olarak steroidler verilmelidir.

**7. Akustik nörinomda ikinci sıklıkta tutulan kranial sinir hangisidir?**

- a) Nervus fascialis
- b) Nervus trigeminalis
- c) Nervus glossopharyngeus
- d) Nervus abducens
- e) Nervus vagus

Cevap B (*Lee, Essential Otolaryngology, Head and Neck Surgery, 6.baskı, 1995, s.107*)

Fasiyal sinirin yakınlığına rağmen görünür fasiyal sinir paralizisi ancak ileri olgularda ortaya çıkar. Sıklıkla V. sinir (Trigeminal) tutulumu görülür. Bu da, korneal his kaybıyla ortaya çıkar. Seyrek olarak trigeminal nöralji ilk semptom olabilir.

**8. Aşağıdakilerden hangisi çocukluk çağında en sık görülen benign tükrük bezi tümörüdür?**

- a) Mikst tümör
- b) Warthin tümörü
- c) Lipom
- d) Hemanjioma
- e) Lenfanjioma

Cevap D (*Synderman, Otolaryngology-Head and Neck Surgery, 1992, s.1029*)

Hemanjioma çocukluk çağında en sık görülen benign tükrük bezi tümörüdür.

**9. Anozmi ile ilgili olarak yanlış olanı işaretleyiniz.**

- a) Farkedilebilmesi için bilateral olmalıdır.
- b) Sıklıkla tat kaybı olarak tanımlanır.
- c) Klinikte kullanılan test solusyonları ile alınan yanıtlar subjektiftir ve güvenilir değildir. Elektro olfaktografi gibi objektif metodlar komplike yöntemlerdir.
- d) Özellikle temporal lob lezyonlarına bağlı olabilir.
- e) Kafatası fraktürünü takiben anozmi gelişirse ve 3 ay içinde düzelmezse iyileşmesi beklenmez.

Cevap D (*Dhillon, Multiple-Choice Questions in Otolaryngology, 1989, s.86*)

Özellikle frontal lob lezyonlarına bağlı olarak anozmi gelişmektedir.

**10.Aşağıdakilerden hangisi burun septumunun kanlanması sağlayan arterlerden değildir?**

- a) A. etmoidalis anterior
- b) A. etmoidalis posterior
- c) A. sfenopalatina
- d) A. palatina asendens
- e) A. labialis superior

Cevap D (*Montgomery, Surgery of Upper Respiratory System, 3.baskı, 1996, s.443*)

Burun septumu; oftalmik arter yoluyla internal karotis arterden, ön ve arka etmoidal arterlerle, eksternal karotis arterden: internal maksiller arterden gelen sfenopalatin arter, internal maksiller arterden gelen majör palatin arter, fasiyal arterden gelen üst labial arterin septal dalı ile beslenir. A. palatina asendens septuma dal vermez.

**11.Fasiyal sinirin ilk motor dalı aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) N. petrosus
- b) N. tympanicus
- c) N. stapedus
- d) N. chorda tympani
- e) N. zygomaticus

Cevap C (*Lee, Essential Otolaryngology, 6.baskı, 1995, s.192-194*)

Fasiyal sinir ponsu, motor divizyon ve n. intermedius adındaki iki fonksiyonel parça halinde terkeder. N. intermedius tat ve parasempatik lifleri içerir. Sinir internal akustik meatus aracılığıyla temporal kemiğe giren ve anterosuperior kısımda ilerlemeye başlar, sonra fasiyal kanal (fallop kanalı) adı verilen kanala girer ve stilomastoid foramene uzanır. Fasiyal sinirin ilk dirseğinde genikulat ganglionu oluşturur, buradan N. petrosus superfisiyalis major adındaki dal ayrılır ve lakrimal glandı innerve eder. Fasiyal sinir timpanik boşluğa girer ve bu segmente timpanik (horizontal) segment adı verilir. Daha sonra inkusun kısa kolunun medialindeki bölgede ikinci dirseğini oluşturur ve vertikal (mastoid) segmenti oluşur. Bu dönüşünde stapedius kasına giden motor dal n. stapedius ayrılır.

**12.Osteomlar en sık hangi paranasal sinüsten köken alır?**

- a) Maksiller sinüs
- b) Frontal sinüs
- c) Ön etmoid hücrelere
- d) Sfenoidal sinüs
- e) Arka etmoid hücrelerde

Cevap B (*Ballenger, Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, 15.baskı, 1996, s.201*)

Osteomlar en sık frontal (%80) ve etmoid (%16) sinüslerde görülür, maksiller sinüsde de görülebilir. Erkeklerde çok daha siktir ve sıklıkla RG'de rastlantısal olarak bulunanlar, RG'de görünüm, keskin kemik sınırı ile karakterizedir. Osteomlar sinüs ostioma obstrüksiyonu yaratarak, sinüzit ve hatta mukosel formasyonuna neden olurlar. Büyüklük derecesine ve büyümenin yönüne göre intranasal veya intrakraniyal ekspansiyona neden olabilir. Asemptomatik bir hastada rutin radyografi ile küçük bir osteoma rastlandıysa, büyüme belli aralıklarla RG olarak izlenmelidir. Ancak semptom varlığında, osteomun çıkarılması söz konusu olabilir.

**13. Warthin tümörü için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?**

- a) En sık görülen parotis benign tümörüdür.
- b) En sık görülen parotis malign tümörüdür.
- c) Sıklıkla derin parotis lobundan köken alır.
- d) %10 bilateral parotis bezine yerleşme eğilimindedir.
- e) Tedavisinde radyoterapi ilk sıradadır.

Cevap D (Cummings, Otolaryngology-Head and Neck Surgery, 2.baskı, 1992, s.1034)

Warthin, papiller kistadenoma lenfomatozum teriminin yerine kullanılmaktadır. Tümörün görülme sıklığı açısından pleomorfik adenomdan sonra ikinci sırayı alır. Genellikle parotis bezinin yüzeyel ve alt polünü tutar. %10 vakada bilateral görülür. Mikroskopik olarak bakıldığında tümör, lenfoid doku içerisinde iki katlı papiller epitelden oluşmuş kistik boşluklardan meydana gelir. Benign bir tümördür, tedavisi komple cerrahi ek-sizyondur.

**14. Aşağıdakilerden hangisi tiroglossal dukt kisti için yanlıştır?**

- a) En sık görülen konjenital boyun kitlesidir.
- b) Kitle %90 oranında orta hatta yerleşir.
- c) Sistrunk ameliyatı ile tedavi edilir.
- d) Cerrahi sırasında tiroidektomiye gerek yoktur.
- e) Hyoid korpusunun çıkarılması kontrendikedir.

Cevap E (Cummings, Otolaryngology-Head and Neck Surgery, 2.baskı, 1992, s.1551-1552)

Tiroglossal dukt kisti en sık görülen konjenital boyun kitlesidir. %90 orta hatta suprahoid bölgede yerleşir. Daha az sıklıkta infrahyoid ve dil köküne yakın yerleşir. Tedavisi cerrahidir. Sistrunk tekniğiyle kist+hyoid korpusu+dil kökü kanal etrafındaki kas dokusuyla geniş eksizyon yapılmalıdır. Hyoid korpusu ve dil kökü kaslarında yapılmayacak eksizyon nüks oranını arttıracaktır. Bu teknik uygulandığında nüksler %2'nin altına inecektir. Cerrahide tiroidektominin yeri yoktur. Hyoid korpusu nükslerin minimale indirilmesi için yapılmalıdır.

**15. Hangisi glottik larenks kanserinin ana bulgusudur?**

- a) Öksürük
- b) Boğaz ağrısı
- c) İştahsızlık
- d) Otalji
- e) Ses kısıklığı

Cevap E (Cingi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, 3.baskı, s.582)

Ses kısıklığı tümör kord vokallere yerleşmişse larinks kanserinin ilk belirtisidir.

**16. Ateş, boğaz ağrısı, servikal adenopadi ve bazen de trismus neden olan tonsil lateralinde şişkinlik yapan ve tonsili mediale iten en muhtemel patolojisi hangisidir?**

- a) Akut larenjit
- b) Akut tonsillit
- c) Akut farenjit
- d) Peritonsiller abse
- e) Kronik tonsillit

Cevap D (Adams, 1989, 6.baskı, s.346)

Peritonsiller absede disfaji, kulağa vuran ağrı, artmış tükürük salınımı, trismus, ateş, servikal LAP bulunur.

**17. Akustik nörinomun en erken görülen semptomu hangisidir?**

- a) Kulak ağrısı
- b) Tek taraflı tinnitus ve işitme kaybı
- c) Başılık
- d) Baş ağrısı
- e) Fasiyal paralizi

Cevap B (Cingi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, 3.baskı, s.173)

8. sinirin kohlear ve vestibüler liflerinin schwann kılıfından gelişip, başlangıçta sensörinöral işitme kaybı ve tinnitus olur.

**18. Le-fort klasifikasyonu aşağıdakilerden hangisini klasifiye eder?**

- a) Yarı dudak deformiteleri
- b) Maksiller kırıklar
- c) Nasal septum deviasyonu
- d) Dental bozukluklar
- e) Mandibula kırıkları

Cevap B (Cingi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, 3.baskı, s.346)

Maksilla kırıklarının tanımlanması ve tedavisinin planlanmasında kolaylık sağlanması amacıyla Le-fort I, II ve III olarak 3 hat sınıflandırılmıştır.

**19. Aşağıdaki kaslardan hangisi vokal kordların abdüktörüdür?**

- a) Tiroaritenoid kas
- b) Krikotiroid kas
- c) Posterior krikoaritenoid kas
- d) Lateral krikoaritenoid kas
- e) Sternokleidomastoid kas

Cevap C (Cummings, Otolaryngology Head and Neck Surgery, 1993, s.1697)

Vokal kordların tek abdüktör adalesi vardır, o da posterior krikoaritenoid kastır.

**20. Hangisi larinksin fonksiyonu değildir?**

- a) Alt solunum yollarının korunması
- b) Ses oluşumu
- c) Solunum pasajı
- d) Koku alma
- e) Yutmaya yardımcı olma

Cevap D (Cummings, *Otolaryngology Head and Neck Surgery*, 1993, s.1713)

Koku larinksin fonksiyonu değildir.

**21. Solunum yolu obstrüksiyonu yapmayı işaretleyiniz.**

- a) Akut epiglottit
- b) Krup
- c) Akut larenjit
- d) Bilateral vokal kord paralizi
- e) Akut faranjit

Cevap E (Cummings, *Otolaryngology Head and Neck Surgery*, 1993, s.2382)

Akut faranjit hariç tüm şıklar akut solunum yolu obstrüksiyonu yapar.

**22. İletim tipi işitme kaybı yapmayan hangisidir?**

- a) Akustik nörinoma
- b) Seröz otitis media
- c) Travmatik kulak zarı perforasyonu
- d) Kronik otitis media
- e) Otoskleroz

Cevap A (Cummings, *Otolaryngology Head and Neck Surgery*, 1993, s.3069-3101)

Akustik nörinomada sensorinöral tip işitme kaybı olur.

**23. Yutma fizyolojisi ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Farenjial aşama sırasında larenks eleve olur.
- b) Farenjial aşama istemlidir.
- c) Oral aşamada dil hareketi ile yiyecek, dil ile damak arasında sıkıştırılarak arkaya itilir.
- d) Özefajeal aşamada, yiyecek, peristaltizm ile aşağı itilir.
- e) Farenjeal aşama sırasında velofarenjeal kapanma olur.

Cevap B (Lee, *Essential Otolaryngology*, 7.baskı, 1999, s.493-498)

Yutma sırasında, retiküler formasyon ve solunum merkezi tarafından koordine edilen farenjeal aşama, istemsizdir ve durdurulamaz.

**24. Parotis bezinde en sık görülen malign tümör hangisidir?**

- a) Yassı hücreli karsinom
- b) Mukoepidermoid karsinom
- c) Hemanjiosarkom
- d) Pleomorfik adenom
- e) Adenokarsinom

Cevap B (Lee, *Essential Otolaryngology*, 7.baskı, 1999, s.515)

Parotis bezi malign tümörlerinin yaklaşık %70'i mucoepidermoid karsinomdur.

**25. Nazofarenks karsinomları için, aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Bazı türlerinin Epstein Barr virüsü ile ilişkisi vardır.
- b) Erken antijen hastalık taramasında kullanılır.
- c) Hastalarda, kulak tıkanıklığı görülebilir.
- d) Primer tedavi cerrahidir.
- e) Boyunda kitle en sık görülen belirtidir.

Cevap D (Lee, *Essential Otolaryngology*, 7.baskı, 1999, s.542-543)

Nazofarenks karsinomlarının primer tedavisi radyoterapi ile yapılmaktadır. Cerrahi radyoterapiye yanıt vermeyen veya radyoterapi sonrasında rekürrens olması durumunda düşünülmelidir.

**26. Superior larenjeal sinir tarafından innerve edilen kas hangisidir?**

- a) Krikotiroid
- b) İnteraritenoid
- c) Vokalis
- d) Krikoaritenoid
- e) Tiroaritenoid

Cevap A (Lee, *Essential Otolaryngology*, 7.baskı, 1999, s.830)

Superior larenjeal sinirin innerve ettiği tek kas krikotiroiddir. Diğer tüm intrinsik larenjeal kaslar, inferior larenjeal sinir tarafından innerve edilir.

**27. Bazal ve bir uyarının olmadığı durumlarda, tükrük miktarına en fazla katkıda bulunan bez hangisidir?**

- a) Parotis
- b) Submandibuler
- c) Sublingual
- d) Minör bezler
- e) Farenjeal

Cevap B (Bailey, *Head&Neck Surgery-Otolaryngology*, 2.baskı, 1998, s.538)

Uyarılmamış, bazal durumlarda submandibuler bez, toplam tükrük miktarının yaklaşık %69'unu; parotis ve sublingual bezler ise, sırasıyla %26 ve %5'ini üretir.

**28. Hangi kas çiğneme fonksiyonunda yer almaz?**

- a) M. temporalis
- b) M. mylohiyoideus
- c) M. masseter
- d) M. pterygoides medialis
- e) M. pterygoides lateralis

Cevap B (Lee, *Kulak Burun Boğaz'ın Esasları Teşhis ve Tedavi*)

Diğer seçeneklerin hepsi çiğneme rol alır.

**29. Hangisi en sık görülen malign burun ve paranasal sinüs tümürüdür?**

- a) Yassı epitel hücreli karsinom
- b) Malign melanom
- c) Lenfoma
- d) İverted papilloma
- e) Adenokarsinom

Cevap A (*Paparella, Otolaryngology, 3.baskı*)

D şıkkındaki inverted papilloma benign tümörler içinde incelenir. Diğerleri malign tümörler içinde incelenir. a şıkkındaki yassı epitel hücreli karsinom %70 oranı ile en sık görülen burun ve paranasal sinüs malign tümürüdür.

**30. Nazofarenks kanserinde en sık tutulan kafa çifti hangisidir?**

- a) 3
- b) 4
- c) 5
- d) 6
- e) 7

Cevap D (*Çakır, Otolaringoloji, Baş ve Boyun Cerrahisi*)

Nazofarenks kanserinde kafa tabanına doğru yayılım sonucu en sık tutulan kafa çifti 6. kafa çiftidir.

**31. Yaşlı erkeklerde %10 çift taraflı olabilen, kistik alanlar içeren ve malign lenfoma gelişebilen tükrük bezi tümörü hangisidir?**

- a) Warthin tümörü
- b) Pleomorfik adenom
- c) Adenoid kistik karsinom
- d) Mukoepidermoid karsinom
- e) Malign mikst tümörü

Cevap A (*Ackerman Pathology, 1989, s.649*)

Papiller kistadenoma lenfomatonum (Warthin tümörü) benign tükrük bezi tümörlerinin %10'u olup, yaklaşık %10'u çift taraflıdır. Büyük çoğunluğu, parotiste görülen tümör yaşlılarda ve erkeklerde 7-10 kat fazla görülür. Fluktuasyon veren kistik yapılar olabilen tümörlerde lenfoid stroma belirgindir. Nüks gözlenebilir. Malign lenfoma gelişebilir.

**32. İç kulak kanalı lezyonunu göstermek için çekilen kafa grafisi aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Yüz grafisi
- b) Oblik grafi (low)
- c) Stenvers grafi
- d) Submental grafi
- e) Schuller grafi

Cevap C (*Lawrence, Surgical Diagnozis&Treatment, s.758*)

Meatus ascusticus intermusun en önemli lezyonu 8. kraniyal sinirin schwannomasıdır. Bu ve diğer lezyonları direk grafide en iyi gösteren pozisyon stenvers pozisyonudur.

**33. Tüberkülozun en sık laringeal tutulum yeri aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Gerçek vokal kordlar
- b) Epiglottis
- c) Subglottik bölge
- d) Arytenoidler
- e) Subglottik bölge

Cevap D (*Bailey, HNSO, 1993*)

Larinks tutulumunda granülomlar ve ülserasyonlar görülür. En sık arytenoitler tutulur.

**34. Tonsiller lenfoma için kombinasyon kemoterapisi alan bir hastada ses kısıklığı gelişmiştir. Aşağıdaki ilaçlardan hangisi kesilmelidir?**

- a) Adriomisin
- b) Bleomisin
- c) Siklofosfamid
- d) Vinkristin
- e) Prednison

Cevap D (*Bailey, HNSO, 1993, s.1271*)

Baş boyun lenfomalarının yarısından fazlası Waldeyer halkasında, en sık ise tonsillerde, daha sonra nazofarenks ve dil tabanında görülür. Tedavisinde radyoterapi ve kemoterapi tercih edilmektedir. Vinkristinin majör yan etkileri nörolojik olup, periferik nöropati, konstipasyon, ileus ve ses kısıklığı yapabilir.

# NÖROLOJİ

1. Aşağıdakilerden hangisi Motor Nöron Hastalığı değildir?

- a) Progresif supranükleer paralizi
- b) Amyotrofik lateral skleroz
- c) Primer lateral skleroz
- d) Psödobulber paralizi
- e) Progresif bulber paralizi

Cevap A (Aminoff, *Clinical Neurology*, 3.baskı, 1996, s.223-224)

Progresif supranükleer paralizi primer olarak subkortikal gri maddeyi etkileyen idiyopatik dejeneratif bir hastalıktır.

2. Sydenham Koresi (Romatizmal Kore) için yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) En sık 5-15 yaşlar arası kız çocuklarında görülür.
- b) Patogenezden streptokoklar ve striatal nöronlar arasında çapraz reaksiyon gösteren antikorlar sorumludur.
- c) Anormal gen 4. kromozomda lokalizedir.
- d) Koreik hareketleri azaltmak için dopamin düzeyini azaltan ilaçlar kullanılır.
- e) Hastaların 1/5'inde iki yıl içinde rekürrens görülebilir.

Cevap C (Bradley, *Neurology in Clinical Practice*, 2.baskı, 1996, s.1756-1757)

Sydenham Koresi immün mekanizma ile ortaya çıkan bir hastalık olup genetik geçiş göstermez.

3. Aşağıdakilerden hangisi Persistan Vejetatif Durum (Bitkisel Yaşam) için yanlıştır?

- a) Komadan sonra ortaya çıkan kronik yanıtız bir durumdur.
- b) Temelde bir beyinsapı sendromudur.
- c) Uyku-uyanıklık ritmi vardır.
- d) İstemli motor hareket yoktur.
- e) Vejetatif refleksler alınır.

Cevap B (Kumral, *Santral Sinir Sisteminin Damarsal Hastalıkları*, 1993, s.82)

Persistan Vejetatif Durum (Bitkisel Yaşam) da beyin sapı kurtulmuş olup, yaygın kortikal ve subkortikal hasar vardır.

4. Aşağıdakilerden hangisi Duchenne Tipi Musküler Distrofinin özelliklerine uymaz?

- a) Serum kreatin kinaz düzeyi 10.000 mu/ml'nin üzerine çıkar.
- b) Psödohipertrofi görülür.
- c) Kardiyomiyopati sık eşlik eder.

- d) X kromozomuna bağlı resesif geçiş gösterir.
- e) Distrofin normal düzeylerde bulunur.

Cevap E (Bradley, *Neurology in Clinical Practice*, 1996, s.2009-2010)

Kas plazma membranında lokalize bir protein olan distrofin, Duchenne Tipi Musküler Distrofide normal değerlerin %3'ünün altında bulunur.

5. Myastenia Gravis için hangisi yanlıştır?

- a) Presinaptik membranda lokalize asetilkolin reseptörlerine karşı otoantikolar oluşur.
- b) Semptomlar egzersizle artar, istirahatle düzeler.
- c) Antikolinesterazlar hem tanı hem tedavi amacıyla kullanılır.
- d) Ekstraoküler kaslar en sık tutulan kas grubudur.
- e) Timektomi ve plazmaferez de tedavide kullanılabilir.

Cevap A (Simon, *Clinical Neurology*, 1989, s.151-152)

Myastenia Gravis'de postsinaptik membranda lokalize asetilkolin reseptörlerine karşı otoantikolar oluşur. Otoantikolar timusta B lenfositler tarafından üretilir. Timus hiperplazisi veya timoma tabloya eşlik edebilir. Olguların %90'ında ekstraoküler kas tutulumu görülür.

6. Aşağıdakilerden hangisine radial sinir innervasyonlu kaslar eşlik etmez?

- a) Dirsek fleksiyonu
- b) Bilek ekstansiyonu
- c) Bilek fleksiyonu
- d) El parmakları ekstansiyonu
- e) Dirsek ekstansiyonu

Cevap C (Simon, *Clinical Neurology*, 1989, s.112)

Bilek fleksörü Flekso Carpi Radialis, median sinir innervasyonludur.

7. Alzheimer hastalığı için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) En sık görülen demans tipidir.
- b) Beyinde amiloid plaklar ve nörofibriler yumaklar görülür.
- c) Tedavide asetilkolinesteraz enzim inhibitörleri kullanılır.
- d) Down sendromlu olgularda görülme sıklığı yüksektir.
- e) Frontal ve temporal loblarda belirgin atrofi görülür.

Cevap E (Gilroy, *Basic Neurology*, 3.baskı, 2000, s.344)

Frontal ve temporal atrofi Pick hastalığında belirgindir.



8. Aşağıdakilerden hangisi derin duyu değildir?

- a) Pozisyon duygusu
- b) Duysal lokalizasyon
- c) Vibrasyon duygusu
- d) Derin basınç duygusu
- e) Hareket duygusu

Cevap B (*Yalrkaya, Nöroloji Ders Kitabı, 1994, s.111*)

Duysal lokalizasyon kortikal duylardandır.

9. Aşağıdaki ilaçlardan hangisinin migren profilaksisinde yeri yoktur?

- a) Propranolol
- b) Amitriptilin
- c) Ergotamin tartarat
- d) Flunarizin
- e) Sumatriptan

Cevap E (*Yalrkaya, Nöroloji Ders Kitabı, 1994, s.263*)

Sumatriptan migrende atak tedavisinde kullanılır.

10. Psödotümör serebri için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Beyin tomografisinde ventriküllerde genişleme görülür.
- b) BOS basıncı artmıştır.
- c) Hastalar sıklıkla genç, obez kadınlardır.
- d) En önemli komplikasyonu kalıcı görme kaybıdır.
- e) Başağrısı en sık karşılaşılan semptomdur.

Cevap A (*Gilroy, Basic Neurology, 3.baskı, 2000, s.523*)

Psödotümör serebride beyin kompliyansındaki azalma ventriküler dilatasyona engel olarak hidrosefali gelişimini önler. Bu nedenle ventriküller normal ya da küçük görülür.

11. Hangisi AIDS'e ait sinir sistemi komplikasyonlarından değildir?

- a) Sitomegalovirus'e ait epanidimit
- b) Lewy-Body demans
- c) Vakuoler ansefalopati
- d) Diffüz polinöropati
- e) Toksoplazma absesi

Cevap B (*Raymond, Principles of Neurology, 1997, s.760*)

AIDS komplikasyonları içinde dejeneratif demanslar bulunmaz. Serebral lenfoma ve fırsatçı enfeksiyonlar bulunur. Periferik sinir sistemi de tutulabilir.

12. Aşağıdakilerden hangisi beyin ölümü tanısı için dışlama kriteridir?

- a) Beden ısısının 37°C olması
- b) Solunumun durması ve yapay olarak sürdürülebilmesi
- c) EEG'de düşük amplitüdümlü bazı aktivitelerin görülmesi

- d) Buzlu su ile kalorik teste konjuge göz hareketleri şeklinde yanıt alınması
- e) Tek yanlı biceps refleksinin alınması

Cevap D (*Joynt, Clinical Neurology, 2.cilt, 1992, s.18-42*)

Beyin ölümü, beyin sapı ölümü ile eşanlımlı olup, tüm beyin sapı reflekslerinin kaybı zorunlu bir kriterdir. Taş bebek göz hareketleri ve bunun karşılığı olan buzlu su ile kalorik teste hiçbir yanıt (konjuge göz deviasyonu) olmaması gerekir. Monosinaptik refleksler olan derin tendon refleksleri ise elde edilebilir.

13. Periferik fasiyal parezi geçirmiş bir hastada aşağıdakilerden hangisi görülebilir?

- a) Afferent pupil defekti
- b) Dilde fasikülasyonlar
- c) Aynı yanda işitme azlığı
- d) Timsah gözyaşları
- e) Blefarospazm

Cevap D (*Haerer, De Jong's The Neurological Examination, 5.baskı, 1992, s.199*)

a. şikkı II., b. şikkı XII., c. şikkı VIII. kranial sinir ile ilgilidir ve blefarospazm göz kaslarını ilgilendiren fokal distonidir. Timsah gözyaşları, dil üzerine güçlü tadı olan bir gıda maddesi konduğunda göz yaşarması şeklinde bir bulgu olup, fasiyal parezinin iyileşmesi sırasında salivar sekretuar liflerin lakrimal glanda yönelmesi şeklinde yanlış reinnervasyona bağılı olarak gelişen paradoksik gustator-lakrimal bir refleksdir.

14. Unilateral görme kaybı ile başvuran ve retrobulber nevrit tanısı alan bir hastada akut evrede aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Göz dibinde subhyaloid kanamalar görülür.
- b) Göz dibi normaldir veya diskte şişme olabilir.
- c) Görsel uyarılmış potansiyeller normaldir.
- d) Sedimentasyon çok yüksektir (100 mm/saatten yüksek)
- e) Antikardiyolipin antikor IgG titresini yüksektir.

Cevap B (*Raymond, Principles of Neurology, 1997, s.910*)

Retrobulber nevritte akut evrede göz dibi bakışı normal bulunur. Bazen diskte şişme (papillitis) olabilir. Görme keskinliği azalmıştır. Skotom veya görme alanı defektleri bulunabilir. Görsel uyarılmış potansiyeller o yanda mutlaka patolojiktir. Geç evrede göz dibinde optik atrofi ya da optik diskte temporal solukluk gelişir.

15. VII. kranial sinir (fasiyal sinir) nevraktan çıktıktan sonra kraniumu hangi açıklıktan geçerek terkeder?

- a) Foramen laserum
- b) Foramen ovale
- c) Foramen stylomastoideum
- d) Foramen jugulare
- e) Foramen rotundum

Cevap C (*Haerer, De Jong's The Neurological Examination, 5.baskı, 1992, s.180*)

**16. Geç çocukluk ve adölesansta ortaya çıkan, sabahları belirgin miyokloniler, seyrek absanslar ve jeneralize tonik klonik konvülsiyonlar ile giden epileptik sendrom aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Juvenil miyoklonik epilepsi
- b) Fukuhara sendromu
- c) Lennox-Gastaut sendromu
- d) Rolandik epilepsi
- e) İnfantil spazm

Cevap A (*Raymond, Principles of Neurology, 1997, s.317*)

JME, 10-12 yaş civarında sabahları daha sık olan miyoklonik jerkler ve absanslar ile başlayan, genellikle daha geç evrede jeneralize tonik klonik konvülsiyonların buna eklendiği bir epileptik sendromdur. Valproik aside yanıtının çok iyi olması, buna karşın diğer major anti-epileptiklere yanıt vermemesi ile karakterizedir. Bu açıdan tanınması özel bir önem taşır.

**17. Hangisi absans atakların tedavisinde özellikle etkilidir?**

- a) Difenil hidantoin
- b) Vigabatin
- c) Karbamazepin
- d) Fenobarbital
- e) Etosüksimid

Cevap E (*Raymond, Principles of Neurology, 1997, s.338-339*)

Absans ataklarında gland mal ve psikomotor nöbetlerde etkili ilaçların çoğunun etkisi zayıftır. Etosüksimid ise çok etkilidir. Fotosensitif miyoklonilerin de eklendiği hastalarda valproik asit denenebilir.

**18. İki yıldır süregelen el ve ayaklarda uyuşukluk ve ayak tabanlarında yanma-karıncalanma yakınması olan 15 yıllık diyabetik hastada olası ön tanınız nedir?**

- a) Bruns-Garland sendromu (diyabetik radikülopati)
- b) Femoral amiyotrofi
- c) Diffüz sensorimotor polinöropati
- d) Lomber dar kanal
- e) Guillain-Barré sendromu

Cevap C (*Raymond, Principles of Neurology, 1997, s.1326*)

Diyabet süresi uzadıkça periferik nöropati görülme oranı artmaktadır. Saf sensoriyel veya sensoriyel komponenti ön planda olan mikst polinöropati en çok görülen tutulumdur. Genellikle ciddi bir disabilite yaratmaksızın, uyuşukluk, karıncalanma ve yanıcı ağrılar ile gider ve alt ekstremitelerde daha belirgindir.

**19. Aşağıdaki tanımlarda hangisi diyabetik amiyotrofiye aittir?**

- a) Bir veya her iki rektus femoris kası atrofiktir.
- b) Piramidal bulgular tabloya eklenir.

c) Sedimantasyon yüksekliği tanı kriterlerinden biridir.

d) Hızlı progresyon ile quadripleji gelişir.

e) Ayırıcı tanıda en sık amiyotrofik lateral skleroz ile karışır.

Cevap A (*Raymond, Principles of Neurology, 1997, s.1326*)

Femoral amiyotrofi diyabetes mellitusun mononöropati şeklindeki bir komplikasyonu olup, genellikle diyabeti iyi regüle olmayan kişilerde femoral sinirin tutulması ile rektus femoris kasında ve diğer pelvik kaslarda ağrı ve atrofi gelişmesi ile karakterize bir durumdur. İyi diyabet regülasyonundan yararlanan, genellikle kendi içinde sınırlı bir tablodur.

**20. Aşağıdakilerden hangisinde fundoskopi normaldir?**

- a) Kafa içi basınç artımı sendromu
- b) Papillitis
- c) Normal basınçlı hidrosefali
- d) Grade III hipertansif retinopati
- e) Tay-Sachs hastalığı

Cevap C (*Raymond, Principles of Neurology, 1997, s.632*)

KIBAS ve papillite papil ödemi, hipertansif retinopatide retinal kanamalar ve papil ödemi, Tay-Sachs hastalığında ise cherry red spot tipik bulgular olup, normal basınçlı hidrosefalide kafa içi basıncı - aralıklı basınç dalgaları dışında - normaldir. Optik disk normal kalır.

**21. Aşağıdakilerden hangisi 2. motor nöron lezyonudur?**

- a) Derin tendon reflekslerinin (tek veya çoğul) kaybı
- b) Astereognozi
- c) Spastisite
- d) Hemifasiyal spazm
- e) Fokal motor nöbet

Cevap A (*Raymond, Principles of Neurology, 1997, s.48*)

2. (alt) motor nöron lezyonunda ön boynuz hücresi, ya da ön kök ve sinirlerdeki aksonların direkt hasarı söz konusudur. Refleks arkı kırıldığı için derin tendon refleksi alınmaz.

**22. Aşağıdakilerden hangisinde derin duyu bozukluğu (vibrasyon ve pozisyon duyuları) karakteristik bir bulgudur?**

- a) Amiyotrofik lateral skleroz
- b) Wernicke-Korsakoff hastalığı
- c) Pinealoma
- d) Subakut kombine dejenerasyon
- e) Syringomiyeli

Cevap D (*Raymond, Principles of Neurology, 1997, s.1152*)

B12 vitamini eksikliğine bağlı olarak gelişen SKD'ın tipik klinik tablosu derin duyu bozukluğu, diffüz piramidal irritasyon bulguları ve polinöropati şeklindedir. ALS'de 1. ve 2. motor nöron bulgularının kombinasyonu; Wernicke-Korsakoff hastalığında amnestik ansefalopati, konjuge göz hareketleri bozukluğu ve polinöropati; pinealomada Parinaud sendromu; syringomiyelide disosiyasyon duyu kaybı tanıya götürücü tipik bulgulardır.

**23.Sağ elini kullanan bir kişide izole sensoriyel (reseptif) afazisi olan bir hastada lezyon beyinde nereye lokalizedir?**

- Sağ hemisfer superior temporal girus
- Sol hemisfer superior temporal girus
- Arkuat fasikulus
- Girus angularis
- Striat korteks

Cevap B (*Raymond, Principles of Neurology, 1997, s.481*)

Konuşulanları anlama merkezi sağ elini kullananların hepsi ve sol elini kullananların da yarısına yakını için dominant sol hemisferin superior temporal girusunda bulunmaktadır. Konuşulanların anlaşılabilmesi ile sensoriyel (reseptif, Wernicke) afazi ortaya çıkar.

**24.Akalküli, aleksi, agrafi, parmak agnozisi, sağ-sol ayırım bozukluğu şeklindeki tablonun adı nedir?**

- Benedikt sendromu
- Marie-Foix-Alojouanine sendromu
- Gerstmann sendromu
- Gradenigo sendromu
- Operküler sendrom

Cevap C (*Raymond, Principles of Neurology, 1997, s.457*)

Benedikt sendromu rubral tremor ile hemiparezi şeklinde beyin sapı sendromu; Marie-Foix-Alajouanine Sendromu, talamik lezyonlardan sonra görülen santral ağrı tablosu; Gradenigo Sendromu, petroz apeksi tutan enfeksiyon; operküler sendromu, parietal operkulum lezyonlarında görülen otomato-volenter disosiyasyon tablosudur. Gerstmann sendromu ise angular girusu tutan lezyonlarda ortaya çıkan, yukarıda tanımlanan özgün tabloya verilen addır.

**25.Multipl sklerozun klinik tanısında hangi iki özellik esastır?**

- Lezyonların zaman içinde ortaya çıkışında ve santral sinir sisteminde lokalizasyonunda dağınıklık olması
- Lezyonların hem serebrumda (supratentoriyel), hem spinal kordda oturması
- Hastanın genç yaşta olması ve yılda 2'den çok atak geçirmesi
- Ailede MS öyküsü olması ve göz bulgusu olmaması

**e) Piramidal bulgular olması ve jeneralize tonik klonik konvülsiyon geçirme öyküsü**

Cevap A (*Raymond, Principles of Neurology, 1997, s.918*)

B ve C şıkları MS'e ait özellikler olabilirlerse de klinik tanıda zorunlu olarak karşılanması gereken kriter oluşturmazlar; D şıkkı yanlıştır, çünkü göz bulgusu olması MS'de özellikle beklenen bir durumdur ve aile öyküsü az sayıda hastada vardır; E şıkkı da tam doğru değildir, çünkü piramidal bulgular siktir, ancak tanı kriteri değildir. Jeneralize nöbet geçirme ise oldukça seyrek. Tanıda esas olan hastanın birbirinden ayrı zamanlarda ve santral sinir sistemi içinde birbirinden bağımsız alanlarda lezyonlar ile karakterize ataklar geçirmiş olmasıdır.

**26.Tip I nörofibromatozis tanısında aşağıdakilerden hangisi yer almaz?**

- Ailede 1. dereceden yakın bir bireyde tip I nörofibromatozis
- Bilateral akustik nörinom
- Gözde Lisch nodülleri
- Koltuk altı çilleri
- Ciltte cafe au lait lekeleri

Cevap B (*Raymond, Principles of Neurology, 1997, s.1015-1016*)

Bilateral akustik nörinom nörofibromatozis tip II için karakteristik bir bulgudur.

**27.Hipokalemik periyodik paralizde aşağıdakilerden hangisi görülmez?**

- Atak sırasında serum potasyum düzeyinin düşük olması
- Atak sırasında derin tendon reflekslerinde kayıp
- Atak sırasında konfüzyon ya da delirium
- Pozitif aile öyküsü
- Atakların genellikle 24 saatte düzelmesi

Cevap C (*Raymond, Principles of Neurology, 1997, s.1483-1484*)

Hipokalemik periyodik paralizi ailevi, genellikle akşam karbonhidrat ağırlıklı yemeklerden sonra gelişen ve 24 saat içinde spontan düzelen quadriparezi atakları ile karakterize bir tablodur. Ataklar sırasında genellikle serum potasyumu düşük bulunur ve bu sırada DTR alınmaz. Baş ağrısı, sinirlilik olabilirse de bilinç bozukluğu görülmez.

**28.İki aydır tek gözünde ağrısız dışa bakış kısıtlılığı ve göz kapağı düşüklüğü olan ve bu yakınmaları akşam saatlerinde belirginleşen, ek nörolojik ve sistemik bulgusu olmayan hastada olası ön tanınız nedir?**

- Oküler miyopati
- Multipl skleroz
- Karotiko-kavernöz fistül
- Foster-Kennedy sendromu
- Myastenia gravis

Cevap E (*Raymond, Principles of Neurology, 1997, s.1459-1461*)

Dışa bakış kısıtlılığı ve pitozis gibi iki ayrı kraniyal sinir ile innerve kasların (6 ve 3) eş zamanlı tutulumu ve bu tutulumun yorgunluk ile artıyor olması myasteni düşündürmelidir. Oküler miyopati simetrik ve yavaş gelişimli, gün içinde sabittir. Multipl skleroz daha dağınık nörolojik bulgular olması beklenir. Karotiko kavernöz fistül total oftalmopleji ile gider. Foster-Kennedy sendromu ise bir gözde optik atrofi ve aynı yanda anozmi, karşı gözde papil ödemi ile karakterizedir.

**29.Primer anevrizmatik subaraknoidal kanama için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?**

- a) En çok 2. dekatta görülür.
- b) Genellikle epileptik nöbetlerle başlar.
- c) Scintillating skotoma tarzında öncü belirtilerle başlar.
- d) %50 olguda sentinel (haberci) başağrısı olur.
- e) Anevrizma en sık orta serebral arterin uç dallarında yerleşmiştir.

Cevap D (*Raymond, Principles of Neurology, 1997, s.841-842*)

Kısa süreli çok şiddetli, olağandışı bir ağrı şeklindeki haberci baş ağrılarının primer anevrizmatik SAK olgularının yarısına yakınında ortaya çıktığı bildirilmektedir. Bu ağrı bir sızma kanamasına bağlıdır. Hasta bu dönemde yakalanabilirse çok ciddi bir olay ortaya çıkmadan gerekli müdahaleler yapılabilir. Anevrizmatik SAK en çok 4. ve 5. dekatta görülür. AVM'ler ise 2. dekatta ve epileptik nöbetler ile ortaya çıkarlar. Anevrizmalar en sık ana serebral arterlerin proksimal bifurkasyon noktalarında yerleşirler.

**30.Tay-Sachs hastalığının tipik göz dibi bulgusu nedir?**

- a) Retinitis pigmentosa
- b) Macular hole (makula deliği)
- c) Retina yıldızı
- d) Peripapiller kanamalar
- e) Cherry-red spot

Cevap E (*Haerer, De Jong's The Neurological Examination, 5.baskı, 1992, s.119; Joynt, Clinical Neurology, 4.cilt, 1992, s.7*)

Tay-Sachs hastalığında foveadaki retinal ganglion hücrelerinin dejenerasyonu ve lipid birikimi nedeniyle retina soluk-grimsi görünürken, makulada koroidal tabaka ise pembe görünür. Bu görünüme Japon bayrağı ya da cherry-red spot denir ve bu hastalık için karakteristiktir.

**31.Huntington koresi için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?**

- a) X'e bağlı resesif kalıtılır.
- b) Kromozom 6'nın uzun kolunda patoloji vardır.

c) Değişik penetranslı olarak otozomal resesif kalıtılır.

d) Mutasyonlar aileden aileye değişir.

e) Kromozom 4'ün kısa kolunda defekt vardır.

Cevap E (*Raymond, Principles of Neurology, 1997, s.1062*)

Huntington koresi kalıtımın iyi bilindiği bir hastalıktır, 4. kromozomun kısa kolunda lokalizedir ve otozomal dominant kalıtılır. Penetransı tamdır. Gen anormalliğinin bir trinükleotid (CAG) dizisinin tekrarı şeklinde olduğu gösterilmiştir.

**32.Friedrich ataksisinde aşağıdakilerden hangisi yoktur?**

- a) Piramidosebellar sendrom
- b) Cücelik
- c) Aile öyküsünün pozitif olması
- d) Diabetes mellitus veya bozulmuş glukoz intoleransı
- e) Optik atrofi

Cevap B (*Raymond, Principles of Neurology, 1997, s.1082-1083*)

Spinosebellar ataksilerde ılımlı bazı endokrin bozukluklar görülebilirse de, cücelik bunlardan biri değildir.

**33.Acil servise ilk 24 saat içinde başvurmuş bir iskemik strok olgusunda aşağıdakilerden hangisi doğrudur?**

- a) Kan basıncı acilen sistolik 120 ve diyastolik 80 mmHg veya altına düşürülmelidir.
- b) Antihipertansif ajan olarak angiotensin konverting enzim (ACE) inhibitörleri verilmemelidir.
- c) Hastalara derhal İV difenil hidantoin ile antiepileptik tedavi başlanır.
- d) Kan basıncı sistolik 200 mmHg ve altında ise antihipertansif tedaviye gerek yoktur.
- e) İlk 24 saatte çok yüksek olmadıkça kan şekeri ve ılımlı yüksek beden ısısını tedavi etmek gerekmez.

Cevap D (*Raymond, Principles of Neurology, 1997, s.817-818*)

Acil servise gelen akut strok olgularında kan basıncını hızla düşürmenin sonuç üzerine olumsuz etkisi olduğu gösterilmiştir. Miyokard iskemisi veya böbrekler gibi diğer organlara zarar verecek derecede yüksek kan basıncı yoksa, kan basıncına müdahale edilmemelidir. Gerekiyorsa seçilecek ilaç ACE inhibitörü olmalıdır. Ateş ve kan şekeri ise ılımlı yüksek bile olsa tedavi edilmelidir.

**34.Bir idiyopatik intrakraniyal hipertansiyon olgusunda aşağıdakilerden hangisi görülmez?**

- a) Koma
- b) Kör lekede genişleme
- c) BOS basıncında artma
- d) Göz dibinde papil ödemi
- e) Dural venöz sinus trombozu

Cevap A (*Raymond, Principles of Neurology, 1997, s.634-635*)

İİH'da klasik KİBAS bulgularına ek olarak aranan özellik (dural sinus trombozuna veya KİBAS'a sekonder olabilecek bazı bulgular dışında) başka bulgu olmasıdır. Bilinç özellikle korunur.

**35. Bir serebellar hemisferde yerleşmiş 2 cm çaplı bir hematoma için tedavi stratejisi ne olmalıdır?**

- a) Dekompresif cerrahi
- b) Hematomun boşaltılması
- c) Konservatif izlem, gerekirse cerrahi girişim
- d) Vertebral artere stent konması
- e) Trombolitik tedavi

Cevap C (*Raymond, Principles of Neurology, 1997, s.840-841*)

Serebellar hematomlar beyin sapına bası yapmıyorsa, 3 cm'den küçük iseler izlenirler. Bilinç bozukluğu, hidrosefali vb. komplikasyon gelişirse boşaltılabilirler.

**36. Hamile bir epileptik hasta için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?**

- a) Antiepileptik tedavi bırakılmalıdır.
- b) Antiepileptik ilaçların dozu artırılmalıdır.
- c) Gebelik sonlandırılmalıdır.
- d) Antiepileptik ilaçlar Valproik asite değiştirilmelidir.
- e) Antiepileptik tedavi değiştirilmeksizin mümkün olan en düşük dozlarla hasta izlenmelidir.

Cevap E (*Raymond, Principles of Neurology, 1997, s.334-338*)

Gebelikten önceki son aylarda çok sık nöbet geçirmeyen hamile bir epilepsi hastasında nöbetler hamilelik süresinde aynı kalır veya azalabilir, bu nedenle tedaviyi değiştirmeksizin hastayı izlemek gerekir. Valproik asitin fetal malformasyon riski yüksektir ve çok gerekmedikçe doğurganlık çağındaki

hastalara verilmemelidir. Gebeliğin sonlandırılması gerekmemektedir.

**37. Hangi karotis arter stenozları cerrahi için iyi adaydır?**

- a) %70'den çok tıkalı ve kontrateral ağır hemipleji ile birlikte
- b) %70-90 arası tıkalı ve kontrateral geçici iskemik atak kliniği ile gelenler
- c) Akım dinamiğini bozmayan ülsere plak
- d) %50'den az tıkalı olanlar
- e) Tek yanlı tam obstrüksiyon (%100 tıkalı)

Cevap B (*Raymond, Principles of Neurology, 1997, s.822*)

Karotid endarterektomiden en çok yararlanan olgular %70-90 tıkalı olan ve kontrateral hemisfere ait geçici iskemik atak kliniği gösterenlerdir. Asemptomatik olguların ve %50'den az tıkanıklık olanların cerrahiden sağladığı yarar açık değildir. Ağır hemiplejik ve karotisi tam tıkalı olguların opere edilmeleri gerekmez.

**38. Aşağıdakilerden hangisi derin komadaki bir hastada görülebilecek istemsiz göz hareketlerinden biri değildir?**

- a) Opsoklonus-miyoklonus sendromu
- b) Oküler flutter
- c) Oküler bobbing
- d) Ping pong göz hareketleri
- e) Oküler dipping

Cevap A (*Raymond, Principles of Neurology, 1997, s.275, 357*)

O-M sendromu genellikle paraneoplastik sendrom şeklinde, bazen de idyopatik olarak ortaya çıkan, sıklıkla mediasten nöroblastomalarına eşlik eden bir tablodur. Karotik göz hareketleri ile birlikte miyoklonik jerkler ile karakterizedir. Diğer istemsiz göz hareketleri ise derin komada beyin sapı tutulumu ile ortaya çıkarlar.

# NÖROŞİRÜRJİ

1. Aşağıdaki beyin tümörlerinden hangisi kafa içi basınç artışı semptom ve bulgularının yanısıra endokrin bozukluk ve görme bozuklukları yapar?

- a) Akustik nörinom
- b) Kraniofaringiom
- c) Serebellar astrositom
- d) Medulloblastom
- e) Foramen magnum menenjiomu

Cevap B (Page, Sellar ve Parasellar Tumors, 1.cilt, 1985, s.791-935)

Beyin tümörlerinin endokrin bulgu verebilmeleri için ya hipofizi ya da hipotalamo-hipofizer aksı etkilemeleri gerekir. Görme bozukluğu için de optik sinirler veya kiazmanın basıya uğraması gereklidir. Bu yapıları etkileyebilecek tümör sella veya çevresine lokalize olmalıdır. Yanıtlar içinde bu lokalizasyonu gösteren tümör kraniofaringiomadır.

2. Aşağıdaki hangi omurga bölgesi travmaya karşı en dayanıklı bölgedir?

- a) Servikal bölge
- b) Torakal bölge
- c) Lomber bölge
- d) Serviko-torakal geçiş bölgesi
- e) Torako-lomber geçiş bölgesi

Cevap B (Menezes, Principles of Neurosurgery, 1.cilt, 1996, s.899)

Torakal bölge, her iki yanda kostovertebral eklem ve kostalar vasıtasıyla önde sternuma bağlı sağlam bir yapıdır. Ayrıca, geçiş bölgesi vertebraları gibi harekete fazla maruz kalan bir bölge değildir. Bu nedenle travmaya karşı dayanıklılık gösteren, en sağlam olan omurga bölgesidir.

3. İntrakraniyal anevrizmaların insidansı bazı hastalıklarda artmaktadır. Aşağıdaki hastalıklardan hangisi bu özelliği taşımaz?

- a) Polikistik böbrek hastalığı
- b) Fibromusküler displazi
- c) Aort koarktasyonu
- d) Ventriküler septal defekt
- e) Ehler-Danlos sendromu

Cevap D (Yaşargil, Microneurosurgery, 1.cilt, 1984, s.304)

Polikistik böbrek hastalığı, fibromusküler displazi, Ehler-Danlos sendromu ve aort koarktasyonlu olgularda %15-39 arasında değişen sıklıkla intrakraniyal anevrizma bildirilmiştir.

Ventrikulo-septal defekti olan olgularda ise intrakrani-

yal anevrizmalarla birlikte bulunma sıklığı tespit edilememiştir.

4. Aşağıdakilerden hangisi kafa travmasını takiben gelişen primer beyin hasarı değildir?

- a) Epidural hematoma
- b) Kortikal kontüzyon
- c) Laserasyon
- d) Diffüz aksonal yaralanma
- e) Beyin sapı kontüzyonu

Cevap A (Greenberg, Handbook of Neurosurgery, 3.baskı, s.547)

Primer beyin hasarları kafa travmasını takiben kortekse veya yüzeye beyaz maddede gelişebilen, ekstrasellüler aralığa ekstrevasyona, perivasküler kanama, hemorajik nekroz, aksonlarda kopma ve yırtılma gibi histopatolojik olaylarla kendini gösteren darbenin oluşumunda meydana gelen hasarlardır. Epidural hematoma darbeyi takiben bu patolojilere göre daha geç gelişen bir olaydır.

5. Spinal bir travma sonrasında lezyon seviyesinin altında bilateral motor paralizi, yüzeysel dokunma ve ağrı-ısı hislerinin kaybı ile birlikte derin duyu ve vibrasyon hissinin korunduğu durumu hangisi açıklar?

- a) Brown-Sequard sendromu
- b) Anterior spinal arter sendromu
- c) Transvers myelit
- d) Santral kord sendromu
- e) Kauda ekuina sendromu

Cevap B (Youmans, Neurological Surgery, 6.baskı, 1990, s.28)

Spinal kordun beslenmesi anterior median fissürde seyreden tek bir anterior spinal arter ile bir çift posterior spinal arter vasıtasıyla olmaktadır. Anterior spinal arter spinal kordun 2/3 anteriorunu beslerken posterior spinal arterler derin duyu ve vibrasyon hissinin seyrettiği posterior kolonu yani spinal kordun 1/3 arka kısmını beslerler. Spinal travma sonrasında anterior spinal arterin basısı sonucu spinal kordun 2/3 anteriorunda seyreden lateral spinotalamik traktus ve kortikospinal traktusun iskemisi sonucu lezyon seviyesinin altında bilateral motor paralizi, yüzeysel dokunma ve ağrı-ısı hislerinin kaybı ile birlikte posterior spinal arterlerin beslediği posterior kolon fonksiyonları olan derin duyu ve vibrasyon hislerinin korunduğu duruma anterior spinal arter sendromu denir.

## 6. Erişkinlerde konus medullaris nerede sonlanır?

- a) L1-L2
- b) L2-L3
- c) L3-L4
- d) L4-L5
- e) L5-S1

Cevap A (*Altınörs, Temel Nöroşirürji-I, 1.baskı, 1997, s.12*)

Miadında doğan bebeklerin %98'inde konus medullaris L2-L3 aralığında, %1-2 olguda ise L3 vertebra düzeyinde sonlanır. Doğum sonrası üçüncü ayda konus erişkinlerde olduğu gibi L1-L2 aralığında sonlanır. Konus medullarisin L2-L3 seviyesinin altında sonlandığı duruma gergin omurilik sendromu denir.

## 7. Aşağıdaki oluşumlardan hangisinde kan-beyin bariyeri yoktur?

- a) Gyrus rectus
- b) Koroid pleksus
- c) Gyrus angularis
- d) Kalkarin sulcus
- e) Korpus kallosum

Cevap B (*Neurosurgery - Wilkins cilt 1 s.322*)

## 8. Horner Sendromunda hangisi olmaz?

- a) Enoftalmi
- b) Yüzün bir yarısında hiperhidroz
- c) Pitozis
- d) Miyozis
- e) Gözün hiperemisi

Cevap B (*Handbook of Neurosurgery M.Gveenberg s.306*)

## 9. Aşağıdaki durumların hangisinde lumbal ponksiyon yapmak kontraendike değildir?

- a) Spinal kolonun akut travması
- b) Serebellar hematoma
- c) Epidural hematoma
- d) Psödötümör serebri
- e) Beyin absesi

Cevap D (*Youmans, Neurological Surgery, 6.baskı, 1990, s.349*)

Lumbal ponksiyon özellikle lumbal spinal kolonun akut travmasında, kafa içi basıncının arttığı yer kaplayan patolojilerin bulunduğu serebellar hematoma, beyin absesi ve epidural hematoma gibi durumlarda herniasyona yol açabileceğinden kontraendikedir. Kafa içinde yer kaplayan bir lezyon olmadan kafa içi basıncının arttığı bir durum olan psödötümör serebrinin tanısında ise lumbal ponksiyon önemli bir tanısal işlemdir.

## 10. Aşağıdakilerden yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Beyin abselerinde en iyi tanı yöntemi CT ve MR'dır.
- b) Beyin abselerinde serebrit safhasında çevrede çok şiddetli ödem olur.
- c) En sık beyin absesi nedeni funguslardır.
- d) Subdural ampiyem acil cerrahiye gerektirir.
- e) Metastatik (hematojen yolla oluşan) abseler multipl olabilir.

Cevap C (*Neurosurgery. Wilkins 3.cilt s.1932*)

## 11. Aşağıdaki tümörlerin hangisi Von Hippel Lindau hastalığında görülür?

- a) Glioblastoma multiforme
- b) Kraniofarenjiom
- c) Subependimal dev hücreli astrositom
- d) Hemanjiyoblastom
- e) Pinealoblastom

Cevap D (*Youmans, Neurological Surgery, 6.baskı, 1990, s.3153*)

Von Hippel Lindau hastalığı bir veya daha fazla santral sinir sistemi hemanjiyoblastomu ile birlikte retinal hemanjiyoblastomun, renal tümörlerin, renal ve pankreatik kistlerin ve sıklıkla ailesel geçişin bulunduğu bir sendromdur.

## 12. Aşağıdaki damarların hangisi internal karotid arterin dalı değildir?

- a) Orta meningial arter
- b) Perikalozal arter
- c) Orta serebral arter
- d) Tentoryal arter
- e) Oftalmik arter

Cevap A (*Huber, Cerebral Angiography, 2.baskı, 1982, s.41*)

Orta meningial arter eksternal karotid arterin bir dalı olan maksiller arterden köken alır ve meningial arterlerin en büyüğüdür. Kranial kaviteye foramen spinosumdan girer ve dura materin eksternal yüzünde seyreder. Perikalozal arter, orta serebral arter, tentoryal arter ve oftalmik arter ise internal karotid arterin dallarıdır.

## 13. Aşağıdaki ifadelerden doğru olanı işaretleyiniz.

- a) Meningomyelosellerle birlikte görülen hidrosefalinin nedeni eşlik eden akuadakt stenozudur.
- b) Diastomatomyeli bir hidrosefali nedenidir.
- c) Dandy-Walker anomalisinde komünike (iştirakli) hidrosefali mevcuttur.
- d) Siringomyeli konjenital veya kazanılmış olabilir.
- e) Oksipital ensefalosellerle birlikte vakaların büyük çoğunluğunda hidrosefali mevcuttur.

Cevap E (*Neurosurgery. Wilkins 3.cilt s.2088*)

14.İntrakraniyal metastazlar arasında en sık görüleni hangisidir?

- a) Akciğer Ca orijinli
- b) Meme Ca orijinli
- c) Böbrek Ca orijinli
- d) Gastrointestinal orijinli
- e) Prostat Ca orijinli

Cevap A (Greenberg, Handbook of Neurosurgery, 3.baskı, 1993, s.674)

15.Lomber disk hernisinin fizyopatolojisinde aşağıdaki anatomik yapılardan hangisinin yetersizliği söz konusudur?

- a) Anterior longitudinal ligament
- b) Posterior longitudinal ligament
- c) Ligamentum flavum
- d) İnterspinöz ligament
- e) Supraspinöz ligament

Cevap B (Rengachary, Neurosurgery, 2.baskı, 1996, s.3806)

16.İpsilateral piramidal hasar ve derin duyu bozukluğu ile kontrateral ağrı ve ısı duyu kusuru aşağıdaki sendromların hangisinin karakteristik klinik tablosudur?

- a) Santral kord sendromu
- b) Anterolateral kord sendromu
- c) Anterior kord sendromu
- d) Posterior kord sendromu
- e) Brown-Sequard Sendromu

Cevap E (Greenberg, Clinical Neurology, 1.baskı, 1989, s.162-163)

17.Ayak plantar fleksiyonunda motor kayıp, aşil refleksi kaybı ve bel ağrısı yakınması olan bir hastada hangi seviyede disk hernisi olabilir?

- a) L3-4
- b) L5-S1
- c) L4-L5
- d) L1-L2
- e) Th12-L1

Cevap B (Greenberg, Handbook of Neurosurgery, 3.baskı, 1993, s.469)

18.En az kalsifikasyon gösterebilen tümör aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Oligodendroglioma
- b) Meningioma
- c) Kraniofaringioma

- d) Astrojitoma
- e) Koroid pleksus papillomu

Cevap D (Greenberg, Handbook of Neurosurgery, 3.baskı, 1993, s.606-703)

19.Aşağıdakilerden hangisi sinir kılıfından gelişen bir tümördür?

- a) Meninjioma
- b) Nörilemmoma
- c) Glioblastoma multiforme
- d) Anjiyoma
- e) Lipoma

Cevap B (Greenberg, Handbook of Neurosurgery, 3.baskı, 1993, s.606-703)

20.“Battle sign” arazi için doğru olanı işaretleyiniz.

- a) Temporal kemik kırıklarında görülür.
- b) Gözler etrafında ekimoz vardır.
- c) Frontal kemik kırıklarında gözlenir.
- d) Oksipital kemik kırıklarında gözlenir.
- e) Beyin herniasyonuna neden olabilir.

Cevap A (Greenberg, Handbook of Neurosurgery, 3.baskı, 1993, s.522)

21.Aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Günde 2 litre BOS yapılır.
- b) Lomber bölgede araknoid villuslar bulunmaz.
- c) Posterior fossa tümörleri hidrosefaliye neden olmaz.
- d) Subaraknoid hemorajiden sonra hidrosefali gelişebilir.
- e) BOS araknoid billilerden sekrete edilir.

Cevap D (Greenberg, Handbook of Neurosurgery, 3.baskı, 1993, s.139-146)

22.Kafa travması geçiren hastanın 2 saat sonra sağ pupilinun fiks dilate, sağ pupilde ışık refleksinin olmadığı, sol hemiparejisi, solda Babinski refleksinin (+) olduğu ve çekilen direkt kafa grafiplerinde sağ fronto-temporal lineer kırık olduğu tespit edilmiştir. Olası tanı nedir?

- a) Sağ oksipital intraserebral hematoma
- b) Sağ temporal intraserebral hematoma
- c) Subaraknoid kanama
- d) Kommosyo serebri
- e) Sağ temporal epidural hematoma

Cevap E (Youmans, Neurological Surgery, 3.baskı, 1990, s.2017-2148)



23. Aşağıdakilerden hangisi Herotiko-Kavernöz fistülün bulgularından değildir?

- a) Orbita üzerinde üfürüm
- b) Pulsatil egzoftalmus
- c) Kemozis
- d) Tam veya kısmi oftalmopleji
- e) Fasiyal sinir felci

Cevap E (Youmans, *Neurological Surgery*, 3.baskı, 1990, s.1807-1830)

24. Kraniofaringiomalar için aşağıdakilerden yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Kraniofaringiomalar hem çocukluk ve hem de erişkin yaşlarda görülebilen bir intrakraniyal tümördür.
- b) Endokrin bozukluk ve görme azlığı yapabilir.
- c) En sıklıkla oksipital kortekste yerleşir.
- d) Hücre yapısı olarak iyi huylu tümörlerdir.
- e) Kalsifikasyonlar görülebilir.

Cevap C (*Journal of Neurosurgery*, 1990; 73:12-17)

25. Medulloblastomalar için aşağıdakilerden doğru olanı işaretleyiniz.

- a) Medulloblastomalar erişkinde en sık rastlanılan beyin tümörleridir.
- b) BOS yoluyla spinal kanala en sık yayılan (seeding) intrakraniyal tümörlerdir.
- c) Genellikle supratentoryal yerleşimlidir.

- d) İyi huylu tümörlerdir.
- e) En etkili tedavisi kemoterapidir.

Cevap B (*Journal of Neurosurgery*, 1984; 60:994-997)

26. Subdural hematomlar en sık hangi nedenden dolayı olur?

- a) Beyin parankim hasarı sonucunda
- b) Dura yırtıkları sonucunda
- c) Anevrizmalara bağlı olarak
- d) Köprü ven yırtılması ile
- e) Meningeal arter yırtılması ile

Cevap D (*Wilkins, Neurosurgery*, 2.baskı, 1996, s.2620)

27. Yanlış yanıtı bulunuz.

- a) Alt lomber omurganın basit spina bifidası özellikle çocuklarda sık karşılaşılan bir radyolojik bulgudur ve klinik önemi yoktur.
- b) Torakolomber myelomeningoselde defekt düzeyinde nöral plak dorsal bölümü kısmen açıktır ve etrafında kese oluşumu vardır.
- c) Hidrosefali ve Chiari malformasyonu myelomeningosele sık eşlik eden patolojilerdir.
- d) Lumbosakral meningeselde kese içinde nöral yapı yoktur.
- e) Kongenital dermal sinüs traktının tedavisi konservatiftir.

Cevap E (*Setti, Principles of Neurosurgery*, 5.cilt, 1994, s.15)

# NÜKLEER TIP

1. İyi differansiye tiroid kanserli bir olguya radyoaktif iyot ile tedavi protokolünde uygulanan işlemlerin doğru sıralaması nasıl olmalıdır?

1. Metastazların radyoaktif iyot ile tedavisi
  2. Totale yakın tiroidektomi
  3. Tiroid remmantının radyoaktif iyot ile ablasyonu
- a) 2+1+3
  - b) 2+3+1
  - c) 1+2+3
  - d) 1+3+2
  - e) 3+1+2

Cevap B (*Wilson, Textbook of Nuclear Medicine, 1.baskı, 1998, s.175-180*)

Hastanın önce tümörü ile birlikte tiroid dokusu çıkartılır. Geride kalan az miktardaki normal tiroid dokusu radyoaktif iyot ile ortadan kaldırılır. Buradaki amaç; eğer hastanın uzak organ veya lenf bezi metastazları varsa tedavi için verilecek radyoaktif iyodun metastazlar tarafından tutulmasını sağlamaktır. Normal tiroid dokusu metastazlara oranla çok yüksek miktarda iyot tuttuğu için verilen radyoaktif iyodun büyük kısmını kendi yakalar. Metastazlara az miktarda radyoaktif iyot ulaşır ve tedavi başarısız olur. Böyle davranmanın bir başka yararı hastayı serum tiroglobulin ölçümleri ile izleyebilmektir. Normal tiroid dokusu kalmışsa hastadaki serum tiroglobulin düzeyindeki artışların metastazları işaret etmesi olanaksızdır.

2. Aşağıdakilerden hangisi hepatobiliyer sintigrafi (kolesintigrafi) endikasyonu değildir?

- a) Akut kolesistit
- b) Hepatik tümörlerde malignite potansiyelin araştırılması
- c) Postoperatif safra sızıntısının araştırılması
- d) Biliyer atrezi
- e) Mide operasyonları sonrası enterogastrit reflü araştırılması

Cevap B (*Görpe, Pratik Nükleer Tıp, 1992, s.138*)

Hepatobiliyer sintigrafi, Tc99m işaretli İDA bileşikleri ile yapılan safra yollarının görüntülenmesine yönelik bir görüntüleme yöntemidir. Hepatik tümör görüntülenmesinde ya da tümörlerin malign/benign karakterinin araştırılmasında herhangi bir rolü yoktur.

3. Pulmoner emboli tanısı koyabilmek için tipik sintigrafik bulgu hangisidir?

- a) Akciğer perfüzyon sintigrafisinde, multipl, periferik lokalizasyonlu, kama şeklinde perfüzyon defekti-Akciğer ventilasyon sintigrafisi normal
- b) Akciğer perfüzyon sintigrafisinde, multipl, periferik lokalizasyonlu, kama şeklinde perfüzyon

defekti-Akciğer ventilasyon sintigrafisinde, ventilasyon defekti

- c) Akciğer perfüzyon sintigrafisi normal-Akciğer ventilasyon sintigrafisi normal
- d) Akciğer perfüzyon sintigrafisi normal-Akciğer ventilasyon sintigrafisinde, ventilasyon defekti
- e) Pulmoner emboli tanısında akciğer ventilasyon ve perfüzyon sintigrafisinin yeri yoktur.

Cevap A (*Görpe, Pratik Nükleer Tıp, 1992, s.53*)

Klinikte ventilasyon/perfüzyon sintigrafisi en fazla pulmoner emboli tanısının konması için kullanılır.

Pulmoner embolinin, perfüzyon sintigrafisindeki klasik görüntüsü multiple, periferik lokalizasyonlu, kama şeklindeki perfüzyon defektleridir. Pulmoner emboli tanısı koyabilmek için perfüzyon defektlerinin bulunduğu bölgelerde ventilasyonun normal olması gerekir.

4. Osteomiyelitte 3 fazlı kemik sintigrafisinde ne görülür?

- a) 1. ve 2. fazda aktivite artışı, 3. faz normal
- b) 1. faz normal, 2. ve 3. fazda artış
- c) 1. ve 2. faz normal, 3. fazda artış
- d) Her üç fazda artış izlenir.
- e) Osteomiyelitte 3 fazlı kemik sintigrafisinde tutulum olmaz.

Cevap D (*Urgancıoğlu, Cerrahpaşa Nükleer Tıp El Kitabı, 1992, s.64*)

3 fazlı kemik sintigrafisinde geç fazlarda daha fazla olmak üzere bütün fazlarda aktivite artmıştır.

5. Renovasküler hipertansiyonda yapılan radyonüklid tetkik için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Tc-99m MAG3 kullanılır.
- b) Kaptopril afferent arteriorda dilatasyon yaparak etki gösterir.
- c) Kaptoprilden sonra renogramın 3. fazı yükselmeye başlar.
- d) Kaptoprilden sonra glomerüler filtrasyon düşer.
- e) Kaptopril efferent arteriorda dilatasyon yaparak etki gösterir.

Cevap B (*Görpe, Pratik Nükleer Tıp, 1992, s.154*)

Kaptopril, bir anjiyotensin konverting enzim inhibitörüdür. Anjiyotensin-2'nin oluşumunu engelleyerek sistemik vazodilatasyon ve hipotansiyona neden olur. Böylece renal arterdeki basınç azalır. Anjiyotensin-2'nin meydana getirdiği efferent arteriollerdeki vazokonstriksiyonu ortadan kaldırarak glomerüler içi basıncın aniden düşmesine ve glomerüler filtrasyonun durmasına neden olur. Kaptoprilin bu etkisinden yararlanılarak, radyonüklid olarak renovasküler hipertansiyon ayırıcı tanısı yapılabilir.

**6. Beyin SPECT için aşağıdakilerden hangisi yanlışır?**

- a) Tc99m HMPAO kullanılır.
- b) Bızofrenide genellikle frontal bölgede hipoperfüzyon görülür.
- c) Geçici iskemik atak için asetozalamid sintigrafi yapılır.
- d) Demansların ayırıcı tanısı yapılabilir.
- e) Serebrovasküler olaylar sonrası meydana gelen kortikal alan iskemilerinde lezyon BT veya MR ile aynı büyüklükte görülür.

Cevap E (Görpe, *Pratik Nükleer Tıp*, 1992, s.188)

Normal beyin dokusunda verilen radyofarmasötik hemisferler arasında simetrik dağılımı gösterir. Yüksek perfüzyonu olan bazal ganglionlar, oksipital korteks, frontal lobda ve serebellumda daha yoğun tutulum olabilir. Ventriküler sistem ve periventriküler kısımda tutulum görülmez. Bu nedenle BT ve MR'daki nitelikteki görüntüler oluşmaz. Radyofarmasötüğün azalmış tutulumu ve çevre kortikal alan perfüzyonu kortikal iske mi bölgesinde BT ve MR'dan daha geniş olarak izlenir.

**7. Diüretik renografi hangi patolojilerde yapılmalıdır?**

- a) Akut tübüler nekroz
- b) Obstrüktif üropati
- c) Vezikoüretal reflü
- d) Akut böbrek yetmezliği
- e) Renal ven trombozu

Cevap B (Alazraki, *Fundamentals of Nuclear Medicine*, 2.baskı, s.107)

Diüretik renogram obstrüktif ve non-obstrüktif üropatilerin ayrımında en iyi testtir.

**8. Akut miyokard enfarktüsünde dokuda oluşan nekrozu belirlemek için aşağıdaki ajanlardan hangisi kullanılır?**

- a) Talyum 201
- b) Tc-99m sestamibi
- c) Tc-99m tetrafosmin
- d) Tc-99m pirofosfat
- e) Tc-99m HIDA

Cevap D (Görpe, *Pratik Nükleer Tıp*, 1992, s.89)

Akut miyokard enfarktüsünde, nekroza uğrayan hücrelerde membran geçirgenliği değişir ve hücre içinde kalsiyum ve fosfat çöker. Tc-99m Pirofosfat'ta, bu çöken kalsiyum ve fosfat bileşiklerine bağlanır. Bu yöntem ile akut miyokard enfarktüsüne bağlı doku nekrozu görüntülenebilir.

**9. T1-201'in miyokarda tutulum mekanizması aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Aktif transport
- b) Kapiller blokaj
- c) Dilüsyon

**d) Sekestrasyon**

**e) Fagositoz**

Cevap A (Kowalsky, *Radiopharmaceuticals in Nuclear Medicine Practice*; Saha, *Fundamentals of Nuclear Pharmacy*, 1992)

T1-201 miyokarda Na, K, ATPaz sistemini kullanarak aktif transportla tutulur.

**10. Aşağıdakilerden hangisi alternatif hedef radyonüklid tedavi yöntemi değildir?**

- a) I-131 ile papiller tiroid Ca tedavisi
- b) Au-199 Kolloidin periton içi enjeksiyonu ile peritonitis karsinomatoza tedavisi
- c) Kistik farenjomada P-32 kolloidlerinin kistik tümör içine verilmesi
- d) Hepatomada Y-90 cam mikrosferlerinin hepatik artere verilmesi
- e) Romatoid artritte eklem içi Y-90 kolloid enjeksiyonu

Cevap A (Murray, *Nuclear Medicine in Clinical Diagnosis and Treatment*; Fisher, *Radionuclide Therapy: Alternative approaches to targeting therapy*, s.893-896)

Radyonüklidlerle alternatif hedef tedavi tümör arteri veya tümörün yerleştiği boşluğa, artritlerde eklem boşluğuna tedavi edici radyonüklid kolloid bileşiği verilerek yapılır. Bu şekilde radyonüklidin sistemik dolaşıma geçerek normal dokulara vereceği radyasyon dozu mümkün olduğunca azaltılır ve hedefe radyonüklid maddenin daha fazla ulaşması amaçlanır.

**11. Aşağıdakilerden hangisi radyonüklid böbrek incelemesinde kullanılmaz?**

- a) Tc-99m DMSA
- b) Tc-99m HIDA
- c) I-131 HIPPURAN
- d) Tc-99m MAG-3
- e) Tc-99m DTPA

Cevap B (Murray, *Nuclear Medicine in Clinical Diagnosis and Treatment*; Suur, *Nuclear Medicine in Renal Disorders: Radiopharmaceuticals: Their Intrarenal Handling and Localization*, s.195-207)

Radyonüklidlerle böbrek incelemesinde Tc ile işaretli DTPA, MAG-3, DMSA, I-131 Hippuran kullanılır. Tc-99m HIDA ise safra yolları incelenmesi için gerekli olan radyofarmasötiktir.

**12. Kemik korteksinin hipertrofisine bağlı kemik sintigrafisindeki tren rayı görüntüsü aşağıdaki hangi hastalıkta görülmez?**

- a) Osteomiyelitler
- b) Pagat hastalığı
- c) Renal osteodistrofi
- d) Kronik venöz staz
- e) Primer ve sekonder hipertrofik osteoartropatiler

Cevap A (Ali A, Tetelman Mr, Fordham EW, et al. *Distribution of Hypertrophic Pulmonary Osteoarthropathy. AJR 1980; 137:771; Kirshy DM, Dun E, Sarkar SD, Strashun AM. Increased long-bone periosteal/cortical uptake in skeletal scintigraphy. Semin Nucl Med 1992; XXI:54*)

Osteomiyelitlerde kemik hipertrofisi yoktur.

**13. Düşük T4 ve yüksek I-131 uptake aşağıdaki durumlardan hangisinde görülmez?**

- Antiroid ilaçlarla tedavi sırasında
- Subakut ve kronik tiroiditlerde
- İyot yetersizliği guatrında
- Primer hipotiroidilerde
- Tiroid hormon sentezinde herediter bozukluklarda

Cevap D (Siegal BA, Alarzaki NP, Alderson PO. *Nuclear Radiology Syllabus*)

Primer hipotiroidelerde folliküler hücre yetersizliği nedeniyle hem T3, hem T4, hem de uptake düşüktür.

**14. Aşağıdakilerden hangisi tiroid sintigrafisi endikasyonu değildir?**

- Ektopik tiroid bezi dokusunu görüntüleme
- Tiroid nodüllerinin fonksiyonel durumunu incelemek
- Tirotoksikozlu bir hastada tiroidit ile Graves hastalığı ayırıcı tanısında
- Tiroglossal kistde fonksiyonel tiroid dokusu varlığını incelemesi
- 1 cm'den küçük tiroid nodüllerinin görüntülenmesinde

Cevap E (Hee-Myung Park, *The Thyroid Gland, 1996, s.830-854*)

Tiroid sintigrafisi 1 cm'den küçük nodüllerin görüntülenmesinde kullanılmaz. Çünkü sintigrafik görüntüleme kullanılan gama-kameraların rezolüsyonu küçük nodüllerin saptanması için yetersizdir. Bu konuda ultrasonografi daha uygun bir görüntüleme yöntemidir.

**15. İyi diferansiye tiroid tümörleri hangi sintigrafik yöntem ile takip edilmelidir?**

- Tüm vücut iyot taraması (I-131)
- Teknesyum perteknetat ile tiroid sintigrafisi (Tc-99m perteknetat)
- Galyum sintigrafisi (Ga-67)
- Somatostatin reseptör sintigrafisi
- MIBG sintigrafisi

Cevap A (Henkin, *Nuclear Medicine, 1996, s.1557-1567*)

İyi diferansiye tiroid tümörleri radyoaktif iyotu tutarak

bu tip tümörlerin rekürrens ve metastaz takibinde kullanılır. İyi diferansiye tiroid tümörü olan hastalar tiroid cerrahisinden sonra belirli aralıklarla İyot-131 kullanılarak görüntülenir. Nondiferansiye tiroid tümörlerinde bu yöntem kullanılmaz. Diğer şıklarda geçen radyoaktif maddeler ile başka endikasyonlar için görüntüleme yapılır.

**16. Akut pulmoner tromboemboli şüphesi olan bir hastada akciğer grafisinden sonra hangi görüntüleme yöntemi kullanılmaktadır?**

- V-DMSA tüm vücut sintigrafisi
- Akciğer ventilasyon-perfüzyon sintigrafisi
- Galyum sintigrafisi
- Talyum-akciğer sintigrafisi
- İyot tarama

Cevap B (Henkin, *Nuclear Medicine, 1996, s.1382-1439*)

Akciğer ventilasyon-perfüzyon sintigrafisi akut pulmoner tromboemboli tanısında kullanılan bir yöntemdir. Akciğer grafisi ile birlikte değerlendirilerek perfüzyon kaybı olup, ventilasyon kaybı olmayan bölgeler embolik alanlar olarak değerlendirilebilir. Diğer şıklarda geçen sintigrafik yöntemlerin endikasyonları başkadır.

**17. Aşağıdakilerden hangisi tüm vücut kemik metastazı görüntüleme en etkili yöntemdir?**

- Konvansiyonel radyografi
- Kemik sintigrafisi
- Komputerize tomografi (CT)
- Magnetik rezonans (MRI)
- Hiçbiri

Cevap B (Henkin, *Nuclear Medicine, 1996, s.1208-1222*)

Kemik sintigrafisi kemik densitesinin %30'unun kaybında pozitifleşen ve rölatif daha düşük doz radyasyon ile en sensitif şekilde kemik metastazlarını gösteren bir yöntemdir.

**18. Osteomyelit tanısında sintigrafik olarak hangi tetkik öncelikli olarak yapılmalıdır?**

- Galyum sintigrafisi
- Dinamik ve statik (3 fazlı) kemik sintigrafisi
- Nanokolloid sintigrafisi
- İşaretli lökosit sintigrafisi
- İmmuno sintigrafisi

Cevap B (Henkin, *Nuclear Medicine, 1996, s.1141-1197*)

Multifaz kemik sintigrafisi şüpheli osteomyelitte ilk görüntüleme yöntemi olarak tercih edilmelidir. Sensitif olmasının yanısıra diğer patolojilerden etkilenmeyen kemiklerde spesifitesi de yüksektir.

# ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ

1. Aşağıdakilerden hangisi kollajene has bir amino asittir?

- a) Glisin
- b) Lizin
- c) Hidroksiprolin
- d) Prolin
- e) Sistein

Cevap C (*Michna, Adaptation of tendon collagen to exercise. Int Orthop 1989; 13:161-165; Simon, Orthopaedic Basic Science, 1994, s.48*)

Kollojen yüksek konsantrasyonda glisin (%33), prolin (%15) ve hidroksiprolin (%15) içerir. Hidroksiprolin tamamen kollojene has bir aminoasittir ve idrardaki miktarı ölçülerek kemik yapımı ve yıkımı hakkında bilgi sağlanabilir.

2. Tendonun kemiğe yapışma noktalarında, tendondan kemiğe doğru olan doku tipi sıralaması ne şekildedir?

- a) Tendon, fibröz kıkırdak, mineralize fibröz kıkırdak, kemik
- b) Tendon, mineralize fibröz kıkırdak, fibröz kıkırdak, kemik
- c) Tendon, kıkırdak, fibröz kıkırdak, kemik
- d) Tendon, kıkırdak, mineralize kıkırdak, kemik
- e) Tendon, fibröz kıkırdak, kıkırdak, kemik

Cevap A (*Woo, Injury and Repair of the Musculoskeletal Soft Tissues, 1988, s.134-135*)

Sert, esnemeyen yapıdaki kemiğe yapışan yumuşak dokuların gerilebilen, esnek ama aynı zamanda çok kuvvetli yapıda olması gereklidir. Tendon ve bağlar bu tip bir yük dağılımını sağlayacak şekilde kemiğe yapışırlar. Yumuşak dokular kemiğe yapışırken dokuların sertlik derecesi aşamalı olarak artarken ara yüzlerde stress birikimi olmasın. Bu sebeple tendon kemiğe yapışırken doku tipi sıralaması tendon, fibröz kıkırdak, mineralize fibröz kıkırdak ve kemik şeklindedir.

3. Sağlıklı, orta yaşlı, amatör bir sporcuda gelişebilecek akut kas yaralanmasında yırtık genellikle kasın hangi bölgesinde olur?

- a) Kas gövdesi, ortası
- b) Kas-tendon (muskulotendinöz) bileşke yeri
- c) Kasın kaynak aldığı, çıktığı nokta
- d) Kasın yapışma yeri
- e) Kasın kemik üzerinden geçtiği bölge

Cevap B (*Simon, Orthopaedic Basic Science, 1994, s.114*)

Yırtık sıklıkla muskulotendinöz bileşkede, kasın tendon halini almaya başladığı noktada olur. Bu noktadaki terminal sarkomerlerde yapısal farklılıklar saptanmıştır. Kas ortasındaki sarkomerlerden daha dayanıksız ve zayıf olduğu görülmüştür. Bu yüzden yırtıklar genelde bu bölgede oluşur. Kas ve tendonun kemiğe yapışma yerinde ise dayanıklılığı ve kuvveti arttıran Sharpey lifleri vardır. Bu sebeple bu nokta oldukça kuvvetlidir.

4. Marfan sendromunda aşağıdaki yapısal proteinlerden hangisi anormaldir?

- a) Elastin
- b) Fibrilin
- c) Fibronektin
- d) Tip II kollajen
- e) Tip III kollajen

Cevap B (*Morrissy, Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 4.baskı, 1.cilt, 1996, s.137-201*)

Çoğu Marfan hastasında bağlarda bulunan, yapısal protein olan fibrilin bozuktur. Marfan sendromu fibrilin genini taşıyan 15. kromozomdaki anormal yapıya bağlanmaktadır.

5. Spastik felçte (cerebral palsy) prematürite ve düşük doğum tartısı ile ilişkili olduğu saptanan tutulum şekli ve klinik alt grup aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Ataksi
- b) Atetoz
- c) Spastik dipleji
- d) Spastik hemipleji
- e) Spastik quadripleji

Cevap C (*Ellenberg, Birth weight and gestational age in children with cerebral palsy or seizure disorders, 1979, s.1044-1048; Bleck, Orthopaedic Management in Cerebral Palsy, 2.baskı, 1987, s.1-16*)

Spastik felcin etiyojisi halen bilinmemektedir. Ancak çoğu çalışmada prematürite ve düşük doğum tartısı ile olan ilişkisi gösterilmiştir. 1500 gr'dan daha düşük doğum tartılı çocuklarda 2500 gr ve üstünde doğum tartısına göre 27 kez daha fazla spastik felç riski söz konusudur. Prematür ve düşük doğum tartılı çocuklarda en sık görülen klinik tablo spastik diplejidir (üst ekstremitelerin hafif, alt ekstremitelerin ağır tutulumu).

6. Dört haftalık bir bebeğin bir kalçada pozitif Ortolani bulgusu saptanmıştır. İdeal tedavi ne olmalıdır?

- Traksiyon, kapalı redüksiyon, alçı
- Kalın ve geniş ara bezi ve bir ay sonra tekrar değerlendirme
- Takip ve 4 aylık olduğunda ön-arka pelvis grafisi ile yeniden değerlendirme
- Pavlik bandajı ile tedavi ve iki hafta sonra kontrol
- Kalça ultrasonografi, Pavlik bandajı ve 3 ay sonra değerlendirme

Cevap D (Aransson, *Developmental dysplasia of the hip*, 1994, s.201-208; Mubarak, *Ritfalls in the use of the Pavlik harness for treatment of congenital dysplasia, subluxation, and dislocation of the hip*, 1981, s.1239-1248; Atar, *Pavlik harness versus Frejka splint in treatment of developmental dysplasia of the hip*, 1993, s.311-313)

Bir kalçada Ortolani testinin pozitif bulgu vermesi tipik gelişimsel displazi ile uyumlu olarak o kalçanın çıkık olduğu anlamına gelir. Bu bulgu saptandığında kesin bir çıkık bulgusudur ve ileri görüntüleme gerekmez. Mevcut instabilite sebebiyle bu yaştaki bir çocukta ideal ve en sık tercih edilen tedavi Pavlik bandajı uygulamasıdır. Redüksiyon ve pozisyonu iki hafta sonra yeniden değerlendirilmelidir.

7. Spastik felçli erişkin hastalar için en öncelikli amaç aşağıdakilerden hangisidir?

- Yürüme
- Mobilite (hareket)
- Eğitim
- İletişim (kommünikasyon)
- Günlük yaşamdan bağımsız fonksiyonlar

Cevap D (Bleck, *Orthopaedic Management in Cerebral Palsy*, 2.baskı, 1987, s.142-148; R'Reilly, *Care of the cerebral palsied: Outcomes of the past and reeds for the future*, 1975, s.141-149)

Spastik felçli bir çocuğun erişkin olacağı akıldan çıkarılmamalıdır. Her ne kadar aile fizyoterapist ve doktorlar için yürüme ve fonksiyonlar öncelikli amaçmış gibi düşünülürse de, spastik felçli erişkinler sosyal entegrasyon ve iletişimin en öncelikli amaç olduğunu düşünmektedirler. Daha sonra bağımsız günlük yaşam fonksiyonları gelmektedir.

8. Çocuklarda C-vitamini yetersizliği (Scuruy) durumunda kemik gelişim ve oluşumu kemiğin en çok hangi bölgesinde olumsuz etkilenir?

- Fiz
- Diafiz
- Epifiz
- Metafiz
- Ekleme yüzeyi

Cevap D (Simon, *Orthopaedic Basic Science*, 1994, s.185-217; Ramar, *Scuruy: A Forgotten Disease*, 1993, s.92-95)

C-vitamini yetmezliği durumunda metafizde kondroitin sulfat sentezinde ve kollojen çapraz bağ oluşumunda (cross-linking) belirgin azalma olur. Büyüme plağı ve epifizin mikroskopik yapısı normal olmasına rağmen metafiz sıklıkla anormal yapıdadır.

9. Aşağıdaki hastalardan hangisinde Lateks allerjisi riski tipik ve yüksektir?

- Spastik felç ve pastik diplejili 4 yaşında kız
- L3 seviyeli myelomeningoseli olan, 6 yaşında erkek
- Çocuk felcine bağlı ayakta pes ekinovarus deformitesi olan 13 yaşında erkek
- Aşil tendon yırtığı olan 25 yaşında erkek
- Planter fasiitis olan 59 yaşındaki basketbol oyuncusu

Cevap B (Tosi, *Latex allergy in spina bifida patients: Prevalence and Surgical Implications*, 1993, s.709-712; Drrellano, *Prevalence of latex sensitization among hospital physicians occupationally exposed to latex gloves*, 1992, s.907-908)

Lateks allerjisi gittikçe daha sık görülmektedir ve myelomeningoselli çocuk hastalar için tipiktir. Çok daha nadir olarak atopik yapıdaki sağlık görevlilerinde ve spastik felçli hastalarda da görülebilir.

10. Ayakta plantar topuk dikenini (spur) hangi yapıdan kaynaklanır?

- Plantar fasiya çıkış noktası
- Quadratus platae
- Flexor digitorum brevis
- Abduktor hallucis longus
- Flexor hallucis brevis

Cevap C (Lutter, *Orthopaedic Knowledge Update: Foot and Ankle*, 1994, s.182; Pfeffer, *Current Practice in Foot and Ankle Surgery*, 1993, s.243-261)

Plantar topuk dikenini (spur) flexor digitorum brevis ve plantar fasiya arasından gelişir. Planter fasiyanın kaynaklandığı noktadan gelişmez.

11. Aşağıdaki kaslardan hangisi omuzun rotator manşet oluşumuna iştirak etmez?

- Supraspinatus
- Subskapularis
- Teres major
- Teres minör
- İnfraspinatus

Cevap C (Rockwood, *Fractures in Adults*, 3.baskı, 1991, s.1030)

Omuzun rotator manşeti şu kaslardan oluşur: Supraspinatus, infraspinatus, subskapularis ve teres minör.

**12.Aşağıdakilerden hangisi ayak bileği syndesmotik ligamenet kompleksine katılmaz?**

- a) Anterior tibiofibular ligament
- b) Deltoid ligament
- c) Posterior tibiofibular ligament
- d) Transvers tibiofibular ligament
- e) Interosseöz ligament

Cevap B (*Rockwood, Fractures in Adults, 3.baskı, 1991, s.1987-88*)

Ayak bileği syndesmotik ligamen kompleksi 4 ligamenden oluşur. Bunlar: Anterior tibiofibular ligament, posterior tibiofibular ligament, transvers tibiofibular ligament ve interosseöz ligamenttir.

**13.Aşağıdakilerden hangisi benign kemik tümörlerinden değildir?**

- a) Osteoid osteoma
- b) Osteoblastoma
- c) Enkondrom
- d) Multipl myelom
- e) Fibröz kortikal defekt

Cevap D (*Skinner, Current Ortopedics, 1.baskı, 1995, s.273*)

Multipl myelom, tüm malign kemik tümörlerinin içinde %45 ile en sık görülen primer kemik tümürüdür.

**14.Aşağıdakilerden hangisi median sinirin sıkışması ile eş anlamlıdır?**

- a) Kubital tünel sendromu
- b) Karpal tünel sendromu
- c) Posterior interosseöz sinir sendromu
- d) Dupuytren hastalığı
- e) Tarsan tünel sendromu

Cevap B (*Skinner, Current Ortopedics, 1.baskı, 1995, s.477*)

Karpal tünel sendromunda, median sinir el bileği seviyesinde transvers karpal ligament ile el bileği kemikleri arasında sıkışır.

**15.Akut hematojen osteomyelitin en sık etkeni hangisidir?**

- a) Stafilokokkus aureus
- b) Psödomonas auerognosa
- c) Salmonella
- d) Streptokokkus
- e) Hemofilus influenza

Cevap A (*Green Shaw, Operative Orthopaedics, 8.baskı, 1992, s.132*)

Akut hematojen osteomyelitin etkeni %60-90 arasında stafilokokkus aureustur.

**16.Keinböck's hastalığı hangi kemiğin avasküler nekrozudur?**

- a) Naviküler kemik
- b) Femur başı
- c) Tuberositas tibia

- d) Lunatum
- e) 2.metatars başı

Cevap D (*Green Shaw, Operative Orthopaedics, 8.baskı, 1992, 3143*)

Keinböck's hastalığı lunatum kemiğinin avasküler nekrozudur.

**17.Aşağıdakilerden hangisi gelişimsel kalça displazi bir çocukta yürüme öncesi bakılmaz?**

- a) Pili asimetrisi
- b) Cetvel belirtisi
- c) Piston bulgusu
- d) Ortoloni testi
- e) Trendelenburg testi

Cevap E (*Tachdjian, Pediatric Ortopedics, 1.baskı, s.137*)

Trendelenburg testi yürüme döneminde bakılan ve gluteus medius kasının yetmezliğini ortaya koyan bir testtir.

**18.Aşağıdakilerden hangisi pes ekino varus komponentlerinden değildir?**

- a) Ekinus
- b) Varus
- c) Adduktus
- d) Medial rotasyon
- e) Lateral rotasyon

Cevap E (*Stoheli, Pediatric Ortopedinin Temelleri, 1.baskı, 1998, s.5-11*)

Pes ekino varus komponentleri ekinus, varus, adduktus, medial rotasyondur.

**19.Aşağıdakilerden hangisi Pott hastalığına ait değildir?**

- a) Gibbus deformitesi
- b) Sıcak abse
- c) Parapleji
- d) Migratuvar abse
- e) Vertebral kolleps

Cevap B (*Green Shaw, Operative Orthopaedics, 8.baskı, 1992, 3802*)

Pott, vertebra tüberkülozudur. Gibbus deformitesi parapleji, soğuk abse, migratuvar abse, vertebralarda kolleps sık görülür.

**20.Humerus alt 1/2 bölümü kırıklarında en sık yaralanan sinir hangisidir?**

- a) Radial sinir
- b) Ulnar sinir
- c) Median sinir
- d) Aksiller sinir
- e) Müskülökutanöz sinir

Cevap A (*Rockwood, Fractures in Adults, 3.baskı, 1991, s.746*)

Suprakondiler humerus kırıklarında dirsek çevresi her üç sinir yaralanmaları bildirilmiş olsa da en sık radial sinir yaralanması görülür.

# PLASTİK VE REKONSTRÜKTİF CERRAHİ

1. Kırkbeş yaşında bir erkek hastada Jadassohn sebace nevüsü mevcuttur. Aşağıdaki malignitelerden gelişme riski en yüksek olan hangisidir?

- a) Bazal hücreli karsinom
- b) Melanom
- c) Skuamöz hücreli karsinom
- d) Syringokistadenoma papilliferum
- e) Trichilemmoma

Cevap A (McCarthy, Plastic Surgery, 1990, s.3614-3662; Lever, Histopathology of the Skin, 7.baskı, 1990, s.579-596)

Jadassohn sebace nevüsü ilk olarak çocuklukta ortaya çıkan premalign bir lezyondur. Genellikle baş boyun bölgesinde lokalizedir. %5-10 oranında bazal hücreli karsinoma dönüşür. Bu nedenle mümkün olduğunca erken dönemde profilaktik eksizyon yapılmalıdır. Jadassohn sebace nevüsü malign melanoma dönüşmez.

Sebace nevüslü hastalarda skuamöz hücreli karsinom ve trichilemmoma gelişebilirse de çok daha nadirdir.

Jadassohn sebace nevüslü hastalarda %19 oranında Syringokistadenoma papilliferum gelişirse de bu lezyon benignidir.

2. Aşağıdaki vitaminlerden hangisinin eksikliği yara iyileşmesi sırasında epitelizasyonda ciddi defektlere neden olur?

- a) A
- b) B6
- c) B12
- d) C
- e) E

Cevap A (McCarthy, Plastic Surgery, 1990, s.161-185; Georgiade, Essentials of Plastic, Maxillofacial and Reconstructive Surgery, 1987, s.3-9)

A vitamini eksikliğinde epitelizasyon bozulur. Diğer vitaminler de yara iyileşmesinde rol oynalrsa da hiçbirisi epitelizasyon üzerinde önemli bir etkisi yoktur.

B6 ve B12 vitaminlerinin eksikliğinde sinir metabolizmasında bozukluklara neden olur.

C vitamininin eksikliği kollajen çapraz bağ oluşumunu ve yara maturasyonunu önler.

E vitaminlerinin kollajen formasyonunu azaltarak yara iyileşmesini inhibe ettiği düşünülmektedir.

3. Dudak yarığı ameliyatları için en uygun ameliyat yaşı ne zamandır?

- a) Yenidoğan dönemi
- b) 10-12. hafta
- c) 1 yaş

- d) 2 yaş
- e) 5-7 yaşlar arası

Cevap B (Smith's Plastic Surgery, 5.baskı, 1997, s.245)

Dudak yarığı onarımı ameliyatlarına en uygun başlama zamanı bebeğin 10-12 haftalık olduğu zamandır. Ameliyat öncesi ortodontik tedaviye ise doğumdan sonra 1-2. haftalarda başlanmalıdır. 1 ve 2 yaş döneminde uygulanan ameliyatlar yarık damak ameliyatlarıdır.

4. Multiple hemanjiomları olan 4 haftalık bir bebekte peteşi ve ekimozlar mevcuttur. Laboratuvar tetkiklerinde hematokrit %21 ve trombositopeni saptanmıştır. En muhtemel tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Maffucci's sendromu
- b) Klippel-Trenaunay-Weber sendromu
- c) Kasabach-Merritt sendromu
- d) Osler-Weber-Rendu sendromu
- e) Sturge-Weber sendromu

Cevap C (Enjolras, Facial port-wine stains and Sturge-Weber syndrome, 1985, s.48-51; McCarthy, Plastic Surgery, 1990, s.3191-3274; Mulliken, Vascular Birthmarks: Hemangiomas and Malformations, 1988, s.246-274)

Kasabach-Merritt sendromu tipik olarak erken postnatal dönemde ortaya çıkar ve trombositopeni yanısıra büyük tek bir hemanjiom veya diffüz hemangiomatosis ile karakterizedir. Diğer klinik bulgular peteşi, ekimoz veya intimal kanamalardır.

Klippel-Trenaunay-Weber sendromunda hastaların %95'inde alt ekstremitte tutulmuştur ve ekstremitede hipertrofi mevcuttur. Kombine bir vasküler malformasyon üzerinde gelişen port-wine stain hemanjiom vardır.

Maffucci sendromu ekstremitenin diskondroplazi ve enkondromatozisi ile karakterizedir. Venöz, lenfatik veya kombine bir vasküler malformasyon eşlik edebilir.

Osler-Weber-Rendu sendromu (herediter hemorragic telangiectasia) deri, mukozalar ve viscerada anormal ektazik damarlarla karakterizedir. Bu lezyonlar puberteden sonra ortaya çıkar ve hemorajik komplikasyonlar sıklıkla görülür.

Sturge-Weber sendromunda ise yüzde trigeminal sinirin dağılımı boyunca port-wine stain hemanjiom vardır. Ipsilateral leptomeningeal ve oküler vasküler malformasyonlar tabloya eşlik eder ve nöbetlere, glokom veya daha ciddi nörolojik sekillere neden olur.



5. Aşağıdakilerden hangisi derinin kan akımının regülasyonunda en önemli faktördür?

- a) Lokal deri ısısı
- b) Prostaglandinler
- c) Doku pH'sı
- d) Doku oksijen basıncı
- e) Sempatik sinir sistemi

Cevap E (McCarthy, *Plastic Surgery*, 1990, s.275-328; Naver, *The vasodilating effect of spinal dorsal column stimulation is mediated by sympathetic nerves*, 1992, s.41-45; Pearl, *The vascular supply to the skin; an anatomical and physiological reappraisal*, 1983, s.99-105; s.196-205)

Sempatik sinir sistemi derinin termoregülasyonundan sorumludur. Arterlerde yer alan sempatik fibriller vasküler düz kasların bazal tonusunu sağlar. Ter bezlerine bağlı olan kolinerjik fibriller bradikinin salgılayarak vazodilatasyonu başlatır. Sempatik tonusun kaybı arteriovenöz anastomozlarda belirgin vazodilatasyona neden olur. Sempatik tonusun artması ise vazokonstriksiyona ve böylece derinin kan akımının azalmasına neden olur.

Lokal deri ısısının kan akımı regülasyonunda minor bir etkisi vardır.

Prostaglandinler derinin kan akımını azaltan vazokonstriktörlerdir. Bu ajanlar damar duvarındaki reseptörler yoluyla kan akımını regüle ederler.

Vazodilatasyona neden olan metabolik faktörler hiperkapni, hipoksi, hiperkalemi ve asidozistir. Bunların her biri derinin kan akımını artırır.

6. Aynı türün bir bireyinden bir diğerine aktarılan greftlere ne ad verilir?

- a) Otogreft
- b) Homogreft
- c) Heterogreft
- d) Xenogreft
- e) Kompozit greft

Cevap B (Grabb and Smith's *Plastic Surgery*, 4.baskı, 1991, s.20)

7. Silikon (dimetilsiloksan) alloplastik implant materyallerinin hangi grubunda yer alır?

- a) Metaller
- b) Seramikler, polyamidler
- c) Polimerler
- d) Biyolojik materyaller
- e) Polyesterler

Cevap C (Grabb and Smith's *Plastic Surgery*, 5.baskı, 1997, s.40)

8. Aşağıdaki kaslardan hangisi subkondüler kırıklı hastalarda kondilin deplasmanından primer olarak sorumludur?

- a) Medial pterygoid
- b) Masseter
- c) Lateral pterygoid
- d) Mylohyoid
- e) Temporalis

Cevap C (Calloway, *Changing concepts and controversies in the management of mandibular fractures*, 1992, s.59-69; McCarthy, *Plastic Surgery*, 1990, s.935-937)

Lateral pterygoid mandibula kondiline direkt olarak yapıdan tek kastır. Subkondüler kırıklarda bu kasın etkisiyle kondil öne ve mediale deplase olur.

Mylohyoid kası mandibulanın medial yüzeyinden orijin alır ve hyoid kemiğe yapışır. Mandibula korpusunun segmental kırıklarında bu kasın etkisiyle kırık segment mediale deplase olabilir.

Masseter ve medial pterygoid kasları mandibulanın inferior sınırı boyunca bir yay oluştururlar.

Temporalis kası koronoid çıkıntıya yapışır. Subkondiler kırıklarda bu kaslar mandibula ramusunu kaldırır ve böylece posterior yüz yüksekliği azalır.

9. Aşağıdaki fleplerden hangisi aksiyel paternli fleptir?

- a) Ada flebi
- b) Random kutanöz rotasyon flebi
- c) Transpozisyon flebi
- d) Çift pediküllü ilerletme flebi
- e) Tek pediküllü ilerletme flebi

Cevap A (Kayser, *Principles of Flaps. Selected Readings in Plastic Surgery*, 8.cilt, 1995, s.3)

Ada flebi vücuda sadece arter ve ven ile bağlı olan aksiyel paternli bir fleptir. Diğer flepler vaskülarite açısından random paternli fleplerdir.

10. Aşağıdakilerden hangisi Bowen hastalığının özelliği değildir?

- a) Tek, keskin sınırlı, pul gibi, kahverengi, ten rengi ya da pembe leke şeklindedir.
- b) Etiyolojik etkenler arasında güneş ışınları, kronik arsenik alımı, virüsler, kronik travma ve heredite sayılabilir.
- c) Tedavi edilmezse bazal hücreli karsinoma dönüşür.
- d) Tedavisi eksizyondur.
- e) Müköz membranlarda, özellikle de peniste olduğunda Queyrat hiperplazisi adı verilir.

Cevap C (Smith's *Plastic Surgery*, 5.baskı, 1997, s.143)

Bowen hastalığının diğer bir adı in situ skuamöz hücreli karsinomdur. Dolayısıyla tedavi edilmezse bazal hücreli karsinoma değil, invazif skuamöz hücreli karsinoma dönüşür. A, B, C ve D seçenekleri, Bowen hastalığı için doğru tanımlamalardır.

11. LeFort I kırığı tanımına aşağıdakilerden hangisi uymaktadır?

- Mandibula angulusundan geçen kırıktır.
- Orbita tabanından maksiller sinüs içine doğru olan kırıktır.
- Kraniyal kemikleri yüz kemiklerinden ayıran kırıktır.
- Üst çenedeki diş apekslerinin üstünden geçen transvers maksilla kırığıdır.
- Alveolar kırıktır.

Cevap D (*Smith's Plastic Surgery, 5.baskı, 1997, s.398*)

LeFort I kırığı, maksiller alveollerini apertura piriformisin alt kenarı seviyesinde maksillanın geri kalan kısmından ayıran horizontal ya da transvers fraktürdür. A seçeneği mandibula kırıkları içinde değerlendirilirken, B seçeneği LeFort II, C seçeneği LeFort III, E seçeneği ise basit alveol kırığı olarak değerlendirilir.

12. Aşağıdakilerden hangisi periorbital bölgede, trigeminal sinirin dermatomunda görülen nevüs tipidir?

- Nevus sebaceous
- Halo nevüs
- Mavi nevüs
- Ota nevüs
- Trigeminal nevüs

Cevap D (*Smith's Plastic Surgery, 5.baskı, 1997, s.142*)

Periorbital bölgede, trigeminal sinirin 1. ve 2. dalının dermatomunda yerleşen mavi-gri renkli deri lezyonunun adı Ota nevüstür. %80 oranında kadınlarda görülür. %60 oranında doğuştan itibaren bulunur. Lazer tedavisi uygulanır. Tanımlanan bölge A, B ve C seçeneklerindeki nevüs tiplerinin tipik lokalizasyonu değildir. Trigeminal nevüs adında bir nevüs tipi yoktur.

13. "Epidermal growth faktör" kaynakları açısından aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- Makrofajlar, endotelial hücreler, düz kas hücreleri
- Plateletler, tükrük, süt, idrar, plazma
- Aktive olmuş makrofajlar, keratinositler, birçok doku
- Makrofajlar, mast hücreler, T-lenfositler
- Makrofajlar, nötrofiller, T-lenfositler

Cevap B (*Grabb and Smith's Plastic Surgery, 5.baskı, 1997, s.8*)

14. Bir doku defektini kapatmak için düşünülmesi gereken ilk yöntem aşağıdakilerden hangisidir?

- Deri grefti
- Lokal doku transferi
- Uzak doku transferi
- Direkt doku kapatımı
- Serbest doku transferi

Cevap D (*Smith's Plastic Surgery, 5.baskı, 1997, s.13*)

Bir doku defektini kapatmada en basit olan yöntemden, en kompleks olana doğru düşünülmelidir. Bu sıralamada; direkt doku kapatımı, deri grefti ile onarım, lokal doku transferi, uzak doku transferi ve en son düşünülmesi gereken de mikrovasküler yöntemle serbest doku transferidir.

15. Aşağıda açılırları verilmiş Z-plastilerden hangisi en fazla kazanç sağlar?

- 30-30
- 45-45
- 60-60
- 70-70
- 90-90

Cevap E (*Smith's Plastic Surgery, 5.baskı, 1997, s.29*)

Z-plastiler plastik cerrahide kontraktürlerin açılmasında ve skar revisyonunda sıkça kullanılmaktadır. En fazla doku kazancını 90 dereceli Z-plastiler sağlamasına rağmen, en sık kullanılan açılar 60 ve daha küçük olanlardır. Açı büyüdükçe fleplerin yer değiştirmesi zorlaşmakta ve oluşan defekti kapatmak güçleşmektedir.

16. İkinci derece yanıklarda, vücut toplam alanının en az yüzde kaç etkilenecek ise, hasta hastaneye yatırılarak tedavi edilmelidir?

- 5
- 15
- 25
- 30
- 35

Cevap B (*Grabb and Smith's Plastic Surgery, 4.baskı, 1991, s.680*)

17. Vasküler bir anomali olan hemanjiomların tedavisinde aşağıdaki yöntemlerden hangisi yoktur?

- Kortikosteroidler
- Interferon  $\alpha$ -2a
- Lazer tedavisi
- Siklosporin
- Cerrahi eksizyon

Cevap D (*Smith's Plastic Surgery, 5.baskı, 1997, s.194*)

Kortikosteroidler lokal veya sistemik olarak kullanılmaktadırlar. Interferon  $\alpha$ -2a yeni bir ajan olup kortikosteroidlerle cevap vermeyen ya da kortikosteroidlerin kontraendike olduğu durumlarda kullanılmaktadır. Lazer tedavisi deri hemanjiomlarının tedavisinde popüler bir yöntemdir. Kanayan veya ülserize olan hemanjiomlarda cerrahi tedavi düşünülmelidir.

18. Sekonder yara iyileşmesinin tanımı için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Yara ilk birkaç saat içerisinde kapatılmıştır.
- b) Kontamine yaralarda yara açık bırakılıp enfeksiyon kontrol altına alındıktan sonra yara dudaklarının yaklaştırılma işlemidir.
- c) Tam kat yaralanmalarda yaranın kontraksiyon ve epitelizasyonla kendiliğinden iyileşmesidir.
- d) Parsiyel kalınlıklı yaralanmalarda yaranın epitelizasyonla kendiliğinden iyileşmesidir.
- e) Tam kat yaralanmalarda yaranın deri greftli veya flebi ile kapatılması işlemidir.

Cevap C (*Grabb and Smith's Plastic Surgery, 5.baskı, 1997, s.3*)

19. Alındaki transvers kırışıklıkların oluşmasında etkili olan kas hangisidir?

- a) M. frontalis
- b) M. orbicularis oculi
- c) M. depressor supercilii
- d) M. procerus
- e) M. corrugator

Cevap A (*Smith's Plastic Surgery, 5.baskı, 1997, s.616*)

Yüzdeki çizgiler alttaki kasların kasılmasıyla oluşmaktadır. Alındaki transvers çizgiler m. frontalis kasının kasılması sonucu oluşur. Glabella bölgesinde oluşan dikey çizgiler m. corrugator ve m. procerus kaslarının kasılmaları sonucunda oluşmaktadır.

20. Aşağıdakilerden hangisi sindaktili için doğru değildir?

- a) En sık görülen konjenital el anomalisidir.
- b) En sık 4. Web'de görülür.

c) Erkeklerde kadınlardan daha sık görülür.

d) Genelde bilateraldir.

e) Apert's sendromunda en sık görülen el anomalisidir.

Cevap B (*Smith's Plastic Surgery, 5.baskı, 1997, s.965*)

Sindaktili 7/10.000 prevalansı ile en sık görülen konjenital el anomalisidir. En sık 3. Web'de görülür, erkeklerde yaklaşık olarak iki kat daha fazla görülür. Genelde bilateraldir ve basit - kompleks olmak üzere iki tipi vardır. Apert's sendromu ile birlikte olan en sık el anomalisidir. Erkenden cerrahi ile tedavi edilmelidir.

21. Aşağıdakilerden hangisi mandibula kırığını düşündürdüren bulgulardan değildir?

- a) Oklüzyon bozukluğu
- b) Ağız tam kapatamama
- c) Yüz simetrisinde bozulma
- d) Üst dudakta uyuşma
- e) Laterogeni

Cevap D (*Grabb and Smith's Plastic Surgery, 4.baskı, 1991, s.352*)

22. Aşağıdakilerden hangisi keloid ve hipertrofik nedbe için yanlıştır?

- a) Kollajen sentezi artmıştır.
- b) Kollajenaz aktivitesi azalmıştır.
- c) Serum proteinaz inhibitörleri azalmıştır.
- d) Tip III kollajen artmıştır.
- e) Kondroitin-4-sülfat içeriği artmıştır.

Cevap B (*Grabb and Smith's Plastic Surgery, 5.baskı, 1997, s.9*)

# PSİKİYATRİ

1. Panik bozukluğu tedavisinde aşağıdaki ilaçlardan hangisi uygun seçim değildir?

- a) Trisiklik antidepresanlar
- b) Alprazolam
- c) SSRI
- d) MAO inhibitörleri
- e) Butirofenonlar

Cevap C (*Gelder, Oxford Textbook of Psychiatry, 1996, s.176-179*)

Diğer şıklarda belirtilen ilaçlar panik bozukluğu tedavisinde etkin oldukları bulunmuş psikotropalardır. Butirofenonlar ise bir antipsikotik olup psikotik bozuklukları tedavisinde kullanılır.

2. Aşağıdakilerden hangisi EKT için mutlak bir kontrendikasyondur?

- a) Gebelik
- b) 65 yaş yukarısı
- c) Yakın zamanda enfarktüs geçirmiş olmak
- d) Epilepsi
- e) Hiçbiri

Cevap E (*Kaplan, s.1010*)

EKT yapılacak hastalar için göreceli risk taşıyan durumlar vardır. Hipertansiyon öyküsü olan hastalar, yakın zamanda miyokard enfarktüsü geçirenler, intrakraniyal tümörler gibi kafa içi basıncın arttığı durumlar ve arteriyovenöz malformasyonlar EKT için göreceli risk taşıyan tıbbi durumlardır.

3. EKT için en yaygın endikasyon hangisidir?

- a) Panik bozukluk
- b) Obsesif-kompulsif bozukluk
- c) Major depresyon
- d) Alkol bağımlılığı
- e) Somatizasyon bozukluğu

Cevap C (*Kaplan, Synopsis of Psychiatry, 8.baskı, 1998 s.1116*)

EKT'nin en hızlı ve en etkili uygun bir tedavisi olmasından dolayı EKT'nin en yaygın endikasyonu major depresif bozukluktur.

4. Aşağıdakilerden hangisi psikosomatik bir hastalık değildir?

- a) Psöriazim
- b) Katarakt
- c) Romatoid artrit
- d) Anoreksiya nervroza
- e) Astim

Cevap B (*Öztürk, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 7.baskı, s.349*)

Psöriazim, romatoid artrit, astim, anoreksiya nervroza psikosomatik hastalıklardır. Katarakt değildir.

5. Senil plaklar ve nörofibriller yumakçıklar hangi hastalığın patognomonik bulgularıdır?

- a) Parkinson hastalığı
- b) Huntington hastalığı
- c) Pick hastalığı
- d) Alzheimer hastalığı
- e) Wilson hastalığı

Cevap D (*Kaplan - Sadock's Synopsis, 8.baskı, s.329*)

Alzheimer hastalığının klasik ve patognomonik bulguları senil plaklar, nörofibriller yumakçıklar, özellikle korteks ve hipokampusta olmak üzere nöronal kayıp, sinaptik kayıp ve nöronların granülovasküler dejenerasyonudur.

6. Aşağıdakilerden hangisi sanrisal bozukluk alt tiplerinden değildir?

- a) Kiskançlık tipi
- b) Somatik tip
- c) Erotomanik tip
- d) Grandiyöz tip
- e) Paranoid tip

Cevap C (*Kaplan - Sadock's Synopsis, 8.baskı, s.515*)

Sanrisal bozukluk alt tipleri: Erotomanik tip, grandiyöz tip, kiskançlık tipi, persekütör tip, somatik tip, karışık tip ve belirlenmemiş tiptir.

7. Aşağıdaki antidepresanlardan kardiyak yan etkileri en az olanı hangisidir?

- a) Amitriptilin
- b) Klomipramin
- c) Imipramin
- d) Maprotilin
- e) Sertralin

Cevap E (*Kaplan - Sadock's Synopsis, 8.baskı, s.568*)

Sertralin bir SSRI grubu antidepresandır ve SSRI'ların kardiyak yan etkileri minimumdur.

8. Anksiyetenin periferik bulgularından olmayan hangisidir?

- a) Diyare
- b) Tremorlar
- c) Pupiller miyozis
- d) Senkop
- e) Hiperrefleksi

Cevap C (*Kaplan - Sadock's Synopsis, 8.baski, s.582*)  
Anksiyetenin periferik bulgularından olan pupiller midriyazis'dir.

**9. Hangi anksiyete bozukluğunun tanisi koyarken akla mitral valv prolapsusu gelmelidir?**

- a) Obsesif-kompulsif bozukluk
- b) Panik bozukluğu
- c) Yaygın anksiyete bozukluğu
- d) Özgül fobi
- e) Sosyal fobi

Cevap B (*Kaplan - Sadock's Synopsis, 8.baski, s.600*)  
Panik bozukluğu ile mitral valv prolapsusunun birlik-teliği oldukça siktir.

**10. Atipik antipsikotik ilaçlar, duygudurum üzerindeki etkilerini aşağıdaki düzeneklerden hangileri aracılığıyla gösterirler?**

- a) D<sub>1</sub> reseptör bloku
- b) D<sub>2</sub> reseptör bloku
- c) H<sub>1</sub> reseptör bloku
- d) 5-HT<sub>2</sub> reseptör bloku
- e) α<sub>2</sub> reseptör uyarılması

Cevap D (*Keck, Antipsychotics in the treatment of moods disorders and risk of tardive dyskinesia, 2000, s.33-38*)

**11. Bipolar olgularda geç diskinezi belirtileri hastalığın hangi döneminde düzelmeye gösterme eğilimindedir?**

- a) Depresyon
- b) Mani
- c) Mikst atak
- d) Psikotik belirtilerin varlığında
- e) Ara dönemde

Cevap B (*Keck, Antipsychotics in the treatment of moods disorders and risk of tardive dyskinesia, 2000, s.33-38*)

**12. Yaşlılık çağı depresyonları için yanlış olan şikâi işaretleyiniz.**

- a) Erişkin çağına göre majör depresif bozukluk daha az görülür.
- b) Yalnız kalma, huzurevinde yaşama depresyon için bir risk faktörüdür.
- c) Ek bir fiziksel hastalık depresyon için risk faktörüdür.
- d) Psödodemans daha ileri yaşlarda ve yavaş gelişir.
- e) Alzheimerli hastalarda DST ve TRH testleri depresyondan ayırıcı tanıda yardımcıdır.

Cevap E (*Kaplan & Sadock Textbook of General Psychiatry, 2000, s.3060-3067*)

DST ve TRH testleri ileri yaşta hastalarda depresyonun yani sira demansa da pozitif ve bu nedenle ayırıcı tanıda değeri yoktur. Yapılan araştırmalarda yaşlılarda majör depresyon genç erişkinlere göre fazla değil daha az bulunmuştur.

**13. Demans ve depresyonla ilgili hangisi doğrudur?**

- a) Demansli hasta ortaya çıkan bilişsel kayıpların farkındadır ve bu durumdan şikâyet eder.
- b) Demansli hastaların daha çok içgörüsü vardır.
- c) Depresyon demansa göre daha hızlı gelişir ve daha erken yaşlarda görülür.
- d) Psödodemans iyileşebilen demans etkenlerinin yol açtığı tabloya verilen addir.
- e) Depresyon ileri yaşlarda demansa neden olabilir.

Cevap C (*Işık, Organik Psikiyatri, 2000*)

Depresyon tablosu bilişsel bozukluklara neden olabilir, bu tabloya psödodemans adı verilir. Demansa göre daha hızlı gelişir ve daha erken yaşlarda da görülebilir. Depresyon demansa neden olmaz.

**14. Hipersomni izlenmeyen hangisidir?**

- a) Narkolepsi
- b) Uyku apne sendromu
- c) Huzursuz bacaklar (restless legs) sendromu
- d) Klein-Levin sendromu
- e) Atipik depresyon

Cevap C (*Işık, Organik Psikiyatri, 2000*)

"Restless legs" genellikle uykusuzluk nedenidir.

**15. Aşağıdaki belirtilerden hangisi 5-HT<sub>2</sub> reseptörlerinin uyarılmasına bağlı bir etki değildir?**

- a) Ajitasyon
- b) Bulanti
- c) Akatizi
- d) Panik belirtileri
- e) Cinsel işlev bozukluğu

Cevap B (*Yüksel, Tani ve Tedavi, 2000*)

**16. Alkol bağımliliğinde tedavide kullanılan ve karaciğerde alkol yıkımını asetaldehid düzeyinde bloke eden ilaç hangisidir?**

- a) Disülfiram
- b) Bupropion
- c) Fluoksetin
- d) Acamprosate
- e) Naltroxene

Cevap A (*Gelder, Oxford Textbook of Psychiatry, 3.baski, 1996, s.456-482*)

17. Aşağıdakilerden hangisi depresyona özgü uyku örüntülerinden değildir?

- a) REM latansında uzama
- b) REM latansında kısıalma
- c) Yavaş dalga uykuda azalma
- d) Derin uykuda azalma
- e) Uyku devamlılığında bozulma

Cevap A (*Işık, Organik Psikiyatri, 2000*)

REM latansında kısıalma majör depresyon için tipik bir polisomnografi bulgusudur.

18. Lityum ile ilaç etkileşimleri için yanlış olan hangisidir?

- a) EKT ile lityumun birlikte kullanılması emniyetlidir.
- b) Non-steroid antienflamatuvar ilaçlar konfüzyona ve toksisiteye neden olabilir.
- c) Antipsikotiklerle beraber kullanımı nörotoksisiteyi artırabilir.
- d) SSRI'larla birlikte kullanımı serotonerjik sendroma yol açabilir.
- e) Kalsiyum kanal blokerleri ile birlikte kullanımı nörotoksisiteye yol açabilir.

Cevap A (*Kaplan Sadock Texbook of General Psychiatry, 2000, s.2387*)

EKT ve lityum tedavilerinin kombine edilmesi konfüzyonun artması, spontan nöbet riskini artırması nedeniyle kontrendikedir.

19. Aşağıdakilerden hangisi parafilik davranıştır?

- a) Prematür ejakülasyon
- b) Transvestik fetişizm
- c) Cinsel uyarılma bozukluğu
- d) Cinsel tiksinti bozukluğu
- e) Vajinismus

Cevap B (*Kaplan, Synopsis of Psychiatry, 1998*)

Prematür ejakülasyon, cinsel tiksinti bozukluğu, cinsel uyarılma bozukluğu ve vajinismus cinsel işlev bozukluklarından olup parafilik grubundan değildir.

20. Cinsel kimlik bozukluğu için hangisi daha doğrudur?

- a) Erişkin dönemde başlar.
- b) Parafilik bir davranıştır.

c) Kadınlarda daha sık görülür.

d) Aseksüel, homoseksüel ya da heteroseksüel olabilirler.

e) Çocukluk döneminde başlar.

Cevap D (*Kaplan, Synopsis of Psychiatry, 1998*)

Cinsel kimlik bozukluğu çocukluk, ergenlik ya da erişkinlik döneminde başlayabilir. Daha çok erkeklerde görülür. Bu kişiler aseksüel, homoseksüel ya da heteroseksüel olabilir.

21. Bulimniya nervoza tanisi için aşağıdakilerden hangisi daha doğrudur?

- a) Belirgin kilo kaybı olmadan tani konulamaz.
- b) Kilo normal olabilir.
- c) Birbirini izleyen 3 ay sekonder amenore olmaksızın tani konulamaz.
- d) Obsesif-kompulsif özellikler patognomoniktir.
- e) Prognoz, anoreksiya nervozadan kötüdür.

Cevap B (*Kaplan, Synopsis of Psychiatry, 1998*)

Bulimik hastalar normal kiloda, hafif kilolu ya da hafif zayıf olabilirler. Amenore, anoreksiya nervozada görülen bir bulgudur. Prognozu, anoreksiya nervozadan iyi olarak kabul edilir. Obsesif-kompulsif kişilik özellikleri, daha çok anoreksiya nervozanın kisitli alttipinde görülür.

22. Depresyonda aşağıdaki savunma düzeneklerinden hangisi rol oynar?

- a) Regresyon, reaksiyon formasyon
- b) Deplasman, sembolizasyon
- c) İzolasyon, projeksiyon
- d) Introjeksiyon, identifikasyon
- e) Mantiğa büründürme, izolasyon

Cevap D (*Işık, Depresyon ve Mani, 1991*)

23. Bedensel yakınmaların ön planda olduğu depresyon hangisidir?

- a) Ajite depresyon
- b) Psikotik depresyon
- c) Maskeli depresyon
- d) Melankoli
- e) Nevrotik depresyon

Cevap C (*Işık, Depresyon ve Mani, 1991*)

# RADYODİAGNOSTİK

1. Aşağıdakilerden hangisi acil radyoterapi endikasyonudur?

- a) VCSS
- b) Kemik metastazı
- c) Öksürük
- d) Karaciğer metastazı
- e) Kolon metastazı

Cevap A (Devita, Cancer, 5.baskı, 1998, s.2469)

VCSS aniden gelişen ve tedavi edilmezse fetal bir sendromdur. Small cell ca haricindeki diğer malignensilerin basısında öncelikle acil radyoterapi uygulanır. Diğer şıklardan hiçbiri hayatı tehdit edici acil semptomlar değildir.

2. Radyografilerde osteoid osteoma'nın tipik bulgusu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Ekzostoz varlığı
- b) Kortikal skleroz
- c) Lüsant ya da sklerotik nidus varlığı
- d) Kortikal erozyon
- e) Kortikal genişleme

Cevap C (Gainger, Diagnostic Radiology An Anglo-American Textbook of Imaging, 2.baskı, 1992, s.1506)

Osteoid osteoma'nın tipik radyografik bulgusu "nidus"tur. Kalsiyum içeriğine göre lüsant ya da sklerotik olabilir. Ekzostoz varlığı, erozyon ya da kortikal ekspansiyon söz konusu değildir. Kortikal yoğunluk artışı tek başına belirleyici olmamaktadır.

3. Arka mediastinal kitle lezyonlarının tanısında öncelikle hangi patoloji düşünülmelidir?

- a) Ektopik guatr
- b) Nörojenik tümörler
- c) Teratoma
- d) Timoma
- e) Lenfoma

Cevap B (Gainger, Diagnostic Radiology An Anglo-American Textbook of Imaging, 2.baskı, 1992, s.198-199)

Nörojenik tümörler tipik olarak arka mediastinumda yerleşirler. Diğer tümörlerin klasik bulunma yerleri ön mediastinumdur.

4. Pulmoner tüberkülozlu hastaların akciğer radyografilerinde aşağıda belirtilen elementer lezyonlardan hangisi karakteristik bir görünüm oluşturmaz?

- a) Soliter pulmoner nodül
- b) Bal peteği akciğer görünümü
- c) Nilüfer çiçeği görünümü

- d) Fitizis (pulmoner fibrozis)
- e) Kavitasyon

Cevap C (Sutton, Textbook of Radiology and Medical Imaging, 5.baskı, 1993, s.300-314)

Nilüfer çiçeği görünümü pulmoner hidatik kiste özgü bir bulgudur. Diğer şıklarda belirtilen elementer lezyonların tamamı pulmoner tüberkülozda izlenebilir.

5. Aşağıdakilerden hangisi hiperparatiroidizme özgün bir bulgu değildir?

- a) Subperiostal kemik erozyonu
- b) Subkondral kemik rezorpsiyonu
- c) Brown tümör
- d) Nefrokalsinozis
- e) Psödofraktür (Looser zonu)

Cevap E (Sutton, Textbook of Radiology and Medical Imaging, 5.baskı, 1993, s.232-235)

Looser zonu osteomalaziye özgün bir bulgudur. Diğer şıklarda belirtilenler ise hiperparatiroidizmin karakteristik bulgularıdır.

6 ve 7 numaralı soruları şu bilgilerle yanıtlayınız: Trafik kazasına bağlı künt batın travması nedeniyle izlenen 15 yaşında erkek çocukta kazadan 15 gün sonra ateş, biliyer kolik, zaman zaman düzelen sarılık ve alt gastrointestinal sistem kanaması başladı.

6. Bu bulgularla tanınız nedir?

- a) Koledokolitiazis
- b) Hemoperitoneum
- c) Hemobiliya
- d) İntestinal perforasyon
- e) Duodenal ülser

Cevap C (Castaneda-Zuniga, Interventional Radiology, 3.baskı, 1997, s.230-236)

7. Acil endoskopik incelemede duodenal aspirasyonda taze kan saptanan ve rektal kanaması durmayan hastada hangisi en uygun tanısal ve terapötik işlemdir?

- a) Abdominal ultrasonografi-koledok eksplorasyonu
- b) Hepatik anjiyografi-Transarteriel embolizasyon
- c) Bilgisayarlı tomografi-Pankreatikoduodenektomi (Whipple ameliyatı)
- d) Baryumlu inceleme-Roux en Y gastrojejunostomi
- e) Ayakta batın grafisi-Nazogastrik intestinal dekompresyon

Cevap B (*Castaneda-Zuniga, Interventional Radiology, 3.baskı, 1997, s.230-236*)

Safra yolları içine kanama olması hemobiliya olarak isimlendirilir. Kan safra ile birlikte bağırsaklara geçtiğinden bu hastalarda alt GIS kanaması olur. Ayrıca safra yollarındaki kan pıhtıları safra akımını engelleyerek biliyer kolik ve açılıp kapanan sarılık yapabilir. Alt GIS kanaması, biliyer kolik ve tıkanma sarılığından oluşan bu triad hastaların üçte birinde ortaya çıkar. Hemobiliyanın en fazla karşılaştığımız sebebi karaciğer travmasıdır. Travma sonrası yaralanan hepatik arter segmentinde psödoanevrizma gelişir. Psödoanevrizmanın safra yoluna açılması tipik olarak karaciğer travmasından günler sonra gerçekleşir. Bununla beraber travma sonrasında hepatik arterle safra yolları arasında direkt olarak bağlantı sağlanabilir ya da safra yollarının kendisinde bir yaralanma olabilir. Bu durumlarda hemobiliya travmadan hemen sonra başlayabilir. Hastaların çoğunda arteriobiliyer bağlantı kendiliğinden kapanır. Ancak masif ya da sebat eden kanamalarda tedavi gereklidir. Endoskopide papilladan kan geldiğini görmek tanıyı koydurur, ancak bu her zaman mümkün değildir. Hepatik anjiyografide arteriobiliyer kaçağı göstermek ya da hepatik arteriyel psödoanevrizmaları saptamak kesin tanıyı koydurur. Modern tıbbi yaklaşımın hemobiliya tedavisi, hepatik anjiyografi ile aynı seansta yaralanan arter segmentinin selektif embolizasyonundan oluşur.

**8. Hangisi perikardial sıvı toplanmasının düz röntgen bulgularından değildir?**

- a) Kalp konturlarının normal girinti ve çıkıntılarının kaybı
- b) Kalp konturlarının keskinliğinin artması (kalemle çizilmiş gibi)
- c) Kalpte birdenbire büyüme
- d) Yatarak alınan röntgenogramlarda kalp sapının daralması
- e) Kalpte simetrik büyüme

Cevap D (*Tuncel, Klinik Radyoloji, s.207*)

**9. Renovasküler hipertansiyonda hangi görüntüleme yönteminin renal arterdeki darlığı göstermede etkinliği yoktur?**

- a) Ultrasonografi
- b) Renkli Doppler ultrasonografi
- c) Spiral (helikal) bilgisayarlı tomografi
- d) Manyetik rezonans anjiyografi
- e) Dijital subtraksiyon anjiyografi

Cevap A (*Taveras, Radiology: Diagnosis, Imaging, Intervention, 1992, s.4-8*)

Ultrasonografinin renal arterler hakkında direkt bilgi vermesi söz konusu değildir. Renkli Doppler ultra-

sonografi arteriyel kan akımında poststenotik tipik dalga formlarını göstererek renal arter stenozu tanısını koyabilir. Son yıllarda geliştirilen BT anjiyografi ve MR anjiyografi yöntemleriyle renal arter stenozu direkt olarak ortaya konabilir. Anjiyografi bu konuda altın standarttır.

**10.Radyografilerde pnömoninin tipik bulgusu alveoller infiltrasyonlar ve hava bronkogramlarıdır. Aşağıdakilerden hangisi pnömoninin tipik radyolojik bulgularıyla karışmaz?**

- a) Bronkoalveoler karsinom
- b) Pulmoner aspirasyon
- c) Pulmoner hemoraji
- d) Pulmoner kist hidatik
- e) Pulmoner atelektazi

Cevap D (*Burgener, Differential Diagnosis in Conventional Radiology, 2.baskı, 1991, s.397-413*)

Komplike olmamış akciğer kist hidatiği radyogramlara düzgün yuvarlak konturlu homojen radyoopaque şekline yansır. Bu görünüm pnömoninin klasik radyografik bulgularından tamamen farklıdır. Diğer 4 patoloji radyografik bulgularıyla klasik pnömoni görünümünü taklit edebilir.

**11.Akut mediastinal genişlemenin sebebi olmayan hangisidir?**

- a) Aorta ve brakiosefalik arterlerin rüptürü
- b) Pnömotoraks
- c) Duktus torasikusun rüptürü
- d) Özefagus rüptürü
- e) Konjestif kalp yetmezliği

Cevap B (*Dahnert, Radiology Review Manual, 3.baskı, s.321*)

**12.Palpe edilebilen skrotal kitlelerin ayırıcı tanısında ilk tercih edilecek görüntüleme yöntemi hangisidir?**

- a) Pelvis grafisi
- b) Ultrasonografi
- c) Bilgisayarlı tomografi
- d) Manyetik rezonans görüntüleme
- e) Anjiyografi

Cevap B (*Taveras, Radiology: Diagnosis, Imaging, Intervention, 1992, s.1-15*)

Yüksek rezolüsyon ultrasonografi tiroid, meme, skrotum gibi yumuşak ve yüzeysel dokuların yer kaplayan patolojilerinde oldukça yüksek tanımlama ve ayırım yapma kapasitesine sahiptir. Kullanımının oldukça pratik ve işlemin ucuz olması nedeniyle bu tür patolojilerde ilk başvurulacak görüntüleme yöntemi olmalıdır. Bu bağlamda BT ve MR tanı amaçlı kullanılabilir ama genellikle US'nin verdiği ön bilgiler ışığında primer hastalığı evreleme için tercih edilirler. Pelvis grafisi ve anjiyografinin bu alanda kullanımı yoktur.