

Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

EDİTÖR

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL (Ankara)

21. ULUSAL TIP BİLİMLERİ YARIŞMASI'NA SORU GÖNDEREN ÖĞRETİM ÜYELERİ

Prof.Dr. Mehmet ADA (Cerrahpaşa)	Prof.Dr. Tülin AYSAN (Ege)	Doç.Dr. Selim ÇELEBİOĞLU (SSK Ankara Eğ. Hst.)
Prof.Dr. Bahattin ADAM (Fatih)	Prof.Dr. Sabiha AYSUN (Hacettepe)	Doç.Dr. Faik ÇELİK (SSK Göztepe Eğ. Hst.)
Prof.Dr. Tarık AKÇAL (Cerrahpaşa)	Doç.Dr. Sema AYTEKİN (Dicle)	Doç.Dr. Melek ÇELİK (SSK Göztepe Eğitim Hst.)
Prof.Dr. Yiğit AKÇALI (Erciyes)	Doç.Dr. Kudret AYTEMİR (Hacettepe)	Prof.Dr. Yusuf ÇELİK (Dicle)
Yrd.Doç.Dr. Timur AKÇAM (GATA)	Yrd.Doç.Dr. Feza BACAĞOĞLU (Ege)	Prof.Dr. Cengiz ÇELİKER (İÜ Kardiyoloji Ens.)
Doç.Dr. Müfide Nuran AKÇAY (Atatürk)	Doç.Dr. Bilsel BAÇ (Dicle)	Op.Dr. Güven ÇETİN (Atatürk Göğüs Hst.Mer.)
Yrd.Doç.Dr. Sedat AKDENİZ (Dicle)	Doç.Dr. Mustafa BAK (Dr.Behçet Uz Çocuk Hst.)	Prof.Dr. Mehmet Turan ÇETİN (Çukurova)
Doç.Dr. Yılmaz AKGÜN (Dicle)	Prof.Dr. Zeki BAKIR (Atatürk)	Prof.Dr. Nazan ÇETİNGÜL (Ege)
Prof.Dr. Ayşe AKIN (Hacettepe)	Yrd.Doç.Dr. Ahmet A. BALIK (Atatürk)	Yrd.Doç.Dr. Ziya ÇETINKAYA (Fırat)
Prof.Dr. Mustafa AKIN (Ege)	Uz.Dr. Yıldız BARUT ÖZEL (Haydarpaşa Numune Hst.)	Yrd.Doç.Dr. Remzi ÇEVİK (Dicle)
Prof.Dr. F.Ayşen AKINCI TAN (Hacettepe)	Prof.Dr. Lütfü BAŞ (Şişli Etfal Eğ. ve Araş.Hst.)	Prof.Dr. Necdet ÇEVİKER (Gazi)
Doç.Dr. Mete AKISÜ (Ege)	Doç.Dr. Mahmut BAŞOĞLU (Atatürk)	Prof.Dr. M.Nedim ÇİÇEK (Meram)
Doç.Dr. Yeşim AKKOÇ (Ege)	Prof.Dr. Mustafa BAŞTÜRK (Erciyes)	Prof.Dr. Orhan ÇILDAĞ (A.Menderes)
Prof.Dr. Mehmet Ali AKKUŞ (Ankara Eğitim ve Ar. Hst.)	Prof.Dr. Ali İhsan BAYSAL (Gazi)	Doç.Dr. Mehmet ÇİMEN (Cumhuriyet)
Yrd.Doç.Dr. Altan AKSOY (Kırkkale)	Prof.Dr. Bülent BAYSAL (Meram)	Yrd.Doç.Dr. Yusuf Kenan ÇOBAN (K.Maraş Sütçü İmam)
Prof.Dr. Serdar AKSÖYEK (Hacettepe)	Prof.Dr. Ender BERKER (İstanbul)	Yrd.Doç.Dr. Özgür ÇOĞULU (Ege)
Doç.Dr. M. Kadir AKSÖZ (İzmir Atatürk Eğ. Hst.)	Doç.Dr. Gürsel BİBEROĞLU (Gazi)	Doç.Dr. Mahmut ÇOKER (Ege)
Doç.Dr. Sadık AKŞİT (Ege)	Doç.Dr. Nilgün BİLEN (Kocaeli)	Yrd.Doç.Dr. Taner ÇOLAK (Akdeniz)
Prof.Dr. Osman AKTAŞ (Atatürk)	Doç.Dr. Yaşar BİLGE (Ankara)	Doç.Dr. Dilek ÇOLAK (Akdeniz)
Prof.Dr. Ruhi ALAÇAM (Hacettepe)	Yrd.Doç.Dr. Ferruh BİLGİN (GATA)	Doç.Dr. Şennur DABAK (Ondokuz Mayıs)
Doç.Dr. Bülent ALAGÖL (Trakya)	Yrd.Doç.Dr. Dilek BİLİCİ (Atatürk)	Doç.Dr. Şükran DARCAN (Ege)
Prof.Dr. H.Mete ALP (Koşuyolu Kalp Eğ. Hast)	Doç.Dr. Betül BİNER (Trakya)	Op.Dr. Suat DEDE (SSK Ankara Doğumevi)
Doç.Dr. Enver ALTAŞ (Atatürk)	Yrd.Doç.Dr. Hakan BİNGÖL (GATA)	Doç.Dr. Esen DEMİR (Ege)
Prof.Dr. Necdet Şikri ALTUN (Gazi)	Prof.Dr. A.Zahit BOLAMAN (A.Menderes)	Doç.Dr. L.Cem DEMİREL (Ankara)
Prof.Dr. Aziz K. ALTURFAN (İstanbul)	Ar.Gör. M. Ömer BOSTANCI (Ondokuz Mayıs)	Prof.Dr. Beyhan DEMİRHAN (Başkent)
Prof.Dr. Muhlise ALVUR (Ondokuz Mayıs)	Doç.Dr. Bülent BOYACI (Gazi)	Yrd.Doç.Dr. Neşe DEMİRTÜRK (Afyon Kocatepe)
Prof.Dr. M.Halit ANDAÇ (Harran)	Prof.Dr. Bülent BOYAR (Çukurova)	Doç.Dr. Fevzi Sefa DEREKÖY (Afyon Kocatepe)
Doç.Dr. Rebiay APAYDIN (Kocaeli)	Prof.Dr. Selçuk BÖLÜKBAŞI (Gazi)	Yrd.Doç.Dr. Talat Umut Kutlu DİLEK (Mersin)
Yrd.Doç.Dr. Şule APRAS BİLGİN (Hacettepe)	Yrd.Doç.Dr. Nurullah BÜLBÜLLER (Fırat)	Prof.Dr. Murat DİLMENER (İstanbul)
Prof.Dr. Tansu ARASIL (Ankara)	Prof.Dr. S.N.Cenk BÜYÜKÜNAL (Cerrahpaşa)	Prof.Dr. Hüseyin DİNDAR (Ankara)
Prof.Dr. Eralp ARIKAN (Dicle)	Doç.Dr. Ercan CANBAY (Cumhuriyet)	Doç.Dr. Bahar DİRİCAN (GATA)
Doç.Dr. Fikret ARPACI (GATA)	Prof.Dr. Yurdagül CANBERK (İstanbul)	Prof.Dr. Fethi DOĞAN (Ege)
Doç.Dr. Baki ARPACI (Bakırköy Ruh ve Sin. Hst.)	Prof.Dr. Fikri CANORUÇ (Dicle)	Yrd.Doç.Dr. Nihal DOĞAN (Osmangazi)
Prof.Dr. Serap ARSLAN (Hacettepe)	Doç.Dr. Leyla CANPOLAT KOYUTÜRK (Fırat)	Yrd.Doç.Dr. Ali DOĞAN (Yüzüncü Yıl)
Doç.Dr. S.Leyla ASLAN (İzmir Atatürk Eğ. Hst.)	Prof.Dr. A.Tevfik CENGİZ (Ankara)	Doç.Dr. Muammer M. DOĞAN (Dr.Z.T. Burak Doğum Hst.)
Yrd.Doç.Dr. Neslihan ASTAM (Atatürk)	Prof.Dr. H.Can CİMLİLLİ (D.Eylül)	Prof.Dr. Pakize DOĞAN (Hacettepe)
Prof.Dr. Mehmet AŞIK (İstanbul)	Yrd.Doç.Dr. Abdullah CİNDAŞ (S.Demirel)	Prof.Dr. Osman DOĞRU (Fırat)
Prof.Dr. S.Selçuk ATAMANALP (Atatürk)	Prof.Dr. Emre CİNGİ (Osmangazi)	Prof.Dr. Nesrin DOĞRUEL (Osmangazi)
Doç.Dr. Vedat ATAY (GATA Haydarpaşa Eğ.Hst.)	Yrd.Doç.Dr. B. Yılmaz CİNGÖZBAY (GATA Haydarpaşa Hst.)	Doç.Dr. Mete DOLAPÇI (Ankara Numune Hst.)
Prof.Dr. Leyla Suna ATMACA (Ankara)	Yrd.Doç.Dr. Melek COŞKUN (Ondokuz Mayıs)	Doç.Dr. Dikmen DÖKMELİ (Trakya)
Doç.Dr. Selahattin ATMACA (Dicle)	Prof.Dr. Mehmet COŞKUNSEL (Dicle)	Doç.Dr. Fehmi DÖNER (S.Demirel)
Yrd.Doç.Dr. Süleyman AYDIN (Fırat)	Prof.Dr. Alphan CURA (Ege)	Doç.Dr. Pınar DURAK (TYİH)
Prof.Dr. Hülya AYDIN (İstanbul)	Doç.Dr. Nil ÇAĞLAR (İst. 70.Yıl FTR Eğ. Hst.)	Doç.Dr. Yaşar DURANOĞLU (Akdeniz)
Doç.Dr. Yeşim AYDINOK (Ege)	Doç.Dr. Mehmet ÇAĞLIKÜLEKÇİ (Mersin)	Prof.Dr. Berrin DURMAZ (Ege)
Doç.Dr. Sema AYDOĞDU (Ege)	Yrd.Doç.Dr. Alpaslan ÇAKAN (Ege)	Yrd.Doç.Dr. Mehmet DURSun (Dicle)
Doç.Dr. Kaan AYDOS (Ankara)	Doç.Dr. Duran ÇAKMAK (Bakırköy Ruh ve Sin.Hst.)	Prof.Dr. Gürsel DURSUN (Ankara)
Prof.Dr. Remzi AYGÜN (Gazi)	Prof.Dr. Engin ÇALGÜNER (Gazi)	Prof.Dr. H. Ergin DÜLGER (Gaziantep)
Prof.Dr. N.Faruk AYSAN (İÜ Onkoloji Enstitüsü)	Prof.Dr. Meral ÇALGÜNERİ (Hacettepe)	Doç.Dr. Aydın ECE (Dicle)

Prof.Dr. Ayten EGEMEN (*Ege*)
Prof.Dr. Ayten EGEMEN (*Ege*)
Prof.Dr. Murat ELEVLİ (*Haseki Hastanesi*)
Prof.Dr. Ömer Naci EMİROĞULLARI (*Erciyes*)
Prof.Dr. Rasmus ENAR (*İÜ Kardiyoloji Ens.*)
Doç.Dr. Gülgün ENGİN (*İstanbul*)
Yrd.Doç.Dr. Hakan ERBAŞ (*Trakya*)
Prof.Dr. Deniz ERBAŞ (*Gazi*)
Yrd.Doç.Dr. Akın ERDAL (*Atatürk*)
Prof.Dr. Atilla ERDEM (*Ankara*)
Prof.Dr. Oğuz ERDİNÇ (*Osmangazi*)
Prof.Dr. Münevver ERDİNÇ (*Ege*)
Prof.Dr. Ertürk ERDİNÇ (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr. Fazlı ERDOĞAN (*Atatürk*)
Yrd.Doç.Dr. İbrahim EREN (*S.Demirel*)
Yrd.Doç.Dr. Şevval EREN (*Dicle*)
Yrd.Doç.Dr. Suat EREN (*Atatürk*)
Prof.Dr. Sabri ERGÜNEY (*Cerrahpaşa*)
Doç.Dr. Belgin ERHAN GENÇOSMANOĞLU (*İst.70.Yıl FTR Hst.*)
Doç.Dr. Nur ERİŞ (*İzmir Göğüs Hst. Hst.*)
Prof.Dr. Ferhat ERİŞİR (*Cerrahpaşa*)
Prof.Dr. Yücel ERK (*Hacettepe*)
Doç.Dr. F.Esin ERKİN (*Celal Bayar*)
Prof.Dr. Yılmaz ERSAN (*Cerrahpaşa*)
Yrd.Doç.Dr. Alpaslan ERSOY (*Uludağ*)
Doç.Dr. İhsan ERTENLİ (*Hacettepe*)
Prof.Dr. A.Şenol ERTÜRKOĞLU (*Cerrahpaşa*)
Doç.Dr. Adil ERYILMAZ (*Ankara Numune Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Ertuğrul EŞEL (*Erciyes*)
Doç.Dr. Mukaddes EŞREFOĞLU (*İnönü*)
Yrd.Doç.Dr. Talat EZMECİ (*Atatürk*)
Doç.Dr. Ayşe GELAL (*D.Eylül*)
Doç.Dr. Mustafa GEREK (*GATA*)
Doç.Dr. Cankon GERMİYANOĞLU (*Ankara Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Mehmet Faruk GEYİK (*Dicle*)
Prof.Dr. Fatma GÖÇER (*Atatürk*)
Doç.Dr. Erol GÖKA (*Ankara Numune Hst.*)
Prof.Dr. Ahmet GÖKÇEL (*Cerrahpaşa*)
Prof.Dr. Nahide GÖKÇORA (*Gazi*)
Prof.Dr. Eflatun GÖKŞİN (*Fatih*)
Prof.Dr. Özhan GÖLDELİ (*D.Eylül*)
Prof.Dr. Kamil GÖNCÜ (*Çukurova*)
Yrd.Doç.Dr. Uğur GÖNLÜGÜR (*Cumhuriyet*)
Prof.Dr. Mustafa GÖNÜLLÜ (*Cumhuriyet*)
Prof.Dr. Vedat GÖRAL (*Dicle*)
Doç.Dr. Metin GÖRGÜ (*İzmir Atatürk Eğ. Hst.*)
Prof.Dr. Şendoğan GÜLEN (*Trakya*)
Doç.Dr. Recep GÜLOĞLU (*İstanbul*)
Prof.Dr. Serdar M. GÜLTAN (*Ankara*)
Yrd.Doç.Dr. Mukaddes GÜMÜŞTEKİN (*D.Eylül*)
Doç.Dr. D.Berrin GÜNAYDIN (*Gazi*)
Doç.Dr. Uğur GÜNEL (*Ankara Numune Hst.*)
Doç.Dr. Enis Alpin GÜNERİ (*D.Eylül*)
Doç.Dr. Atıla GÜNGÖR (*GATA Haydarpaşa Hst.*)
Prof.Dr. Adem GÜNGÖR (*Ankara*)
Yrd.Doç.Dr. Ali GÜR (*Dicle*)
Prof.Dr. Asuman GÜRAKSIN (*Atatürk*)
Prof.Dr. Firdavs GÜRER (*Osmangazi*)
Doç.Dr. Fuat GÜRKAN (*Dicle*)
Doç.Dr. Emin GÜRSEL (*Ankara Numune Hst.*)
Prof.Dr. Bülent GÜRSEL (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Güner GÜRSEL (*Hacettepe*)
Doç.Dr. M.Ferit GÜRSU (*Fırat*)
Prof.Dr. Özen GÜVEN (*İÜ Kardiyoloji Ens.*)
Doç.Dr. Galip GÜZ (*Gazi*)
Doç.Dr. Ali HABERAL (*SSK Ankara Doğumevi*)

Prof.Dr. İ.Hamit HANCI (*Ankara*)
Doç.Dr. Mehmet HARMAN (*Dicle*)
Prof.Dr. Enver HASANOĞLU (*Gazi*)
Doç.Dr. Baki HEKİMOĞLU (*SSK Ankara Eğitim Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Gülbül İŞİTMANGİL (*Yeditepe*)
Doç.Dr. Yavuz Selim İLHAN (*Fırat*)
Doç.Dr. Süleyman Sami İLKER (*Celal Bayar*)
Yrd.Doç.Dr. Ali İNAL (*GATA*)
Yrd.Doç.Dr. Tacettin İNANDI (*Atatürk*)
Doç.Dr. Servet İNCİ (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Güzin İSKELELİ (*Cerrahpaşa*)
Doç.Dr. Adnan İŞGÖR (*Şişli Etfal Eğ. ve Araş.Hst.*)
Prof.Dr. Mehmet İŞLER (*S.Demirel*)
Doç.Dr. Giray KABAKÇI (*Hacettepe*)
Doç.Dr. Caner KABASAKAL (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr. Osman KAFTAN (*Fatih*)
Prof.Dr. H. Cemal KAHRAMAN (*Erciyes*)
Doç.Dr. Ömer KANDEMİR (*SSK Ankara Doğumevi*)
Prof.Dr. Savaş KANSOY (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr. Mehmet KANTAR (*Ege*)
Doç.Dr. Ahmet KAPUKAYA (*Dicle*)
Yrd.Doç.Dr. İsmail KARA (*Atatürk*)
Prof.Dr. M.Fatih KARAASLAN (*K.Maraş Sütçü İmam*)
Op.Dr. İrfan KARACA (*Dr.Behçet Uz Çocuk Hst.*)
Prof.Dr. Sezin KARADEDE (*Harran*)
Doç.Dr. Ferhan KARADEMİR (*GATA Haydarpaşa Hst.*)
Prof.Dr. Şule KARAKELLEOĞLU (*Atatürk*)
Yrd.Doç.Dr. H.Günhan KARAKURUM (*Gaziantep*)
Doç.Dr. Mehmet KARATAŞ (*Başkent Adana Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Saliha KARATAY (*Atatürk*)
Prof.Dr. Hakan KARPUZ (*Cerrahpaşa*)
Prof.Dr. Zehra Neşe KAVAK (*Marmara*)
Prof.Dr. Kaan KAVAKLI (*Ege*)
Prof.Dr. Salih KAVUKÇU (*D.Eylül*)
Prof.Dr. Murat KAYA (*Düzce*)
Dr. Sadi KAYA (*Atatürk Göğüs Hst.*)
Doç.Dr. Mansur KAYATAŞ (*Ankara Numune Hst.*)
Prof.Dr. Önder KAYHAN (*Marmara*)
Doç.Dr. Ayca KAYIKÇIOĞLU (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Rejin KEBUDİ (*İÜ Onkoloji Ens.*)
Prof.Dr. Celalettin KELEŞ (*Dicle*)
Prof.Dr. K.Metin KIR (*Ankara*)
Yrd.Doç.Dr. Gürkan KIRAN (*K.Maraş Sütçü İmam*)
Doç.Dr. Önder KIRIMLI (*D.Eylül*)
Yrd.Doç.Dr. Cengiz KIRMAZ (*Celal Bayar*)
Doç.Dr. Sedat KİRAZ (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Yeşim KİRAZLI (*Ege*)
Doç.Dr. Lale KOLDAŞ (*Cerrahpaşa*)
Doç.Dr. Hakan KORKMAZ (*Ankara Numune Hst.*)
Prof.Dr. Ahmet Nezih KÖK (*Atatürk*)
Doç.Dr. Şeref KÖMÜRÇÜ (*GATA*)
Prof.Dr. Süheyla KÖSE (*Ege*)
Doç.Dr. Gülşen KÖSE (*SSK Ankara Çocuk Hst.*)
Doç.Dr. Füsün KÖSEOĞLU (*Ankara FTR Eğ. ve Ar. Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Desatan KULAÇOĞLU (*Atatürk*)
Uz.Dr. Gülcan KURAL (*Ankara Numune Hst.*)
Doç.Dr. Kadriye Banu KURAN (*Şişli Etfal Hst.*)
Prof.Dr. Mehmet Hamdi KURTOĞLU (*İstanbul*)
Doç.Dr. Ali KURTSOY (*Erciyes*)
Doç.Dr. Zafer KURUGÖL (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr. Hakan KUTLAY (*Ankara*)
Prof.Dr. Mustafa KÜÇÜK (*Trakya*)
Doç.Dr. Tansu KÜÇÜK (*GATA*)
Prof.Dr. Cihat KÜÇÜKHÜSEYİN (*Cerrahpaşa*)
Prof.Dr. Aysel KÜKNER (*Fırat*)
Prof.Dr. A. Şahap KÜKNER (*Fırat*)

Prof.Dr. Nilgün KÜLTÜRSAY (*Ege*)
Prof.Dr. Necil KÜTÜKÇÜLER (*Ege*)
Doç.Dr. Akın LEVENT (*Atatürk*)
Doç.Dr. Mahmut METE (*Dicle*)
Yrd.Doç.Dr. Abtullah MİLCAN (*Mersin*)
Prof.Dr. Sevgi MİR (*Ege*)
Prof.Dr. Nesrin MOĞULKOÇ (*Ege*)
Prof.Dr. Senay MOLVALILAR (*İstanbul*)
Prof.Dr. Nermin MUTLUER (*Ankara*)
Prof.Dr. Suphi MÜDERRİS (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr. Ahmet Yaser MÜSLÜMANOĞLU (*Haseki Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Aydın NADİR (*Cumhuriyet*)
Yrd.Doç.Dr. Meltem NALÇA ANDREİU (*Ankara*)
Yrd.Doç.Dr. Kemal NAS (*Dicle*)
Prof.Dr. Nasih NAZLI (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Yusuf NERGİZ (*Dicle*)
Yrd.Doç.Dr. Tevfik NOYAN (*Yüzüncü Yıl*)
Prof.Dr. Aslan OĞUZ (*Erciyes*)
Prof.Dr. Bülent OKTAY (*Uludağ*)
Prof.Dr. Adnan OKUR (*Atatürk*)
Yrd.Doç.Dr. Hüseyin OKUTAN (*S.Demirel*)
Dr. Tülay OLGUN (*Şişli Etfal Hst.*)
Doç.Dr. Arzu Yağın ON (*Ege*)
Op.Dr. Süleyman ORAL (*Ankara Onkoloji Hst.*)
Doç.Dr. İsmail ORAN (*Ege*)
Dr. Turgut ORTAK (*Ankara Numune Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Mehmet A. OSMANAĞAOĞLU (*Karadeniz*)
Uz.Dr. Fikret OTLU (*SSK Ankara Eğitim Hst.*)
Prof.Dr. M. Ali OTO (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Orhan OYAR (*S.Demirel*)
Doç.Dr. Ahmet ÖCAL (*S.Demirel*)
Doç.Dr. H. Kamil ÖGE (*Fatih*)
Prof.Dr. İker ÖKTEN (*Ankara*)
Prof.Dr. S.Ateş ÖNAL (*Fırat*)
Uz.Dr. Mehmet Ali ÖNAL (*İzmir Atatürk Eğ. Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Eray Esra ÖNAL (*Gazi*)
Prof.Dr. Ahmet ÖNCEL (*İstanbul*)
Prof.Dr. İ.Semih ÖNCEL (*İzmir Atatürk Eğ. Hst.*)
Prof.Dr. Pernur ÖNER (*İstanbul*)
Dr. Ali Ulvi ÖNGÖREN (*Ankara Hst.*)
Doç.Dr. Rahmi ÖRS (*Atatürk*)
Prof.Dr. Kenan ÖVÜNÇ (*Hacettepe*)
Yrd.Doç.Dr. Günür ÖZBAKİŞ DENGİZ (*Atatürk*)
Doç.Dr. Bema ÖZBEY DİLBAZ (*SSK Ankara Doğumevi*)
Op.Dr. Utku ÖZCAN (*Dr. Z.T. Burak Doğumevi*)
Prof.Dr. V.Nusret ÖZDEMİR (*Çukurova*)
Prof.Dr. Sebati ÖZDEMİR (*Cerrahpaşa*)
Prof.Dr. Şevki ÖZDEMİR (*Atatürk*)
Prof.Dr. Mehmet Emin ÖZDOĞAN (*Gazi*)
Prof.Dr. Sibel ÖZEKMEKÇİ (*Cerrahpaşa*)
Yrd.Doç.Dr. Şeyhmus Kerem ÖZEL (*Fırat*)
Doç.Dr. Necla ÖZER (*Hacettepe*)
Yrd.Doç.Dr. Ufuk Güney ÖZER ERGÜN (*Çukurova*)
Op.Dr. Cavit ÖZERİ (*Ankara Hst.*)
Prof.Dr. Ahmet ÖZET (*GATA*)
Prof.Dr. Mustafa Hikmet ÖZHAN (*Ege*)
Doç.Dr. Seyhan ÖZKAN (*SSK Ankara Göz Hst.*)
Doç.Dr. Mustafa ÖZKAN (*Dicle*)
Prof.Dr. Yalçın ÖZKAPTAN (*GATA*)
Prof.Dr. Cihan ÖZKINAY (*Ege*)
Prof.Dr. Ferda ÖZKINAY (*Ege*)
Doç.Dr. H.Zerin ÖZKÖSE (*Gazi*)
Prof.Dr. Hilmi ÖZKUTLU (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Ferhan ÖZMEN (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Murat ÖZSAN (*Ankara*)
Prof.Dr. Aytekin ÖZŞAHİN (*GATA*)

Doç.Dr. H.Yücel ÖZTAN (*İzmir Atatürk Eğ. Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Bekir ÖZTÜRK (*GATA*)
Prof.Dr. Yusuf ÖZTÜRK (*Erciyes*)
Doç.Dr. Haluk ÖZTÜRK (*GATA*)
Uz.Dr. M.Akif ÖZTÜRK (*Hacettepe*)
Doç.Dr. İrfan ÖZTÜRK (*Şişli Etfal Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Cihat ÖZTÜRK (*Ege*)
Prof.Dr. Alparslan ÖZYAZICI (*Hacettepe*)
Doç.Dr. Ruhi ÖZYÜREK (*Ege*)
Prof.Dr. Recai PABUCCU (*GATA*)
Prof.Dr. Yücel PAK (*GATA*)
Dr. Işın PAK (*Ankara Onkoloji Hst*)
Uz.Dr. Nurdan PAKER (*İst. 70.Yıl FTR Eğ. Hst.*)
Prof.Dr. Özer PALA (*Trakya*)
Prof.Dr. Zafer PAMUKÇU (*Trakya*)
Prof.Dr. Ayten PAMUKÇU UYAN (*Düzce*)
Prof.Dr. Aytül PARLAR (*Ege*)
Prof.Dr. Seçkin PEHLIVANOĞLU (*Cerrahpaşa*)
Doç.Dr. Hakkı PERK (*S.Demirel*)
Prof.Dr. K.Yalçın POLAT (*Atatürk*)
Doç.Dr. Özkan POLAT (*Atatürk*)
Yrd.Doç.Dr. Pınar POLAT (*Atatürk*)
Prof.Dr. Ömer POYRAZ (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr. Murat Çetin RAĞBETLİ (*Yüzüncü Yıl*)
Doç.Dr. A.Kadir REİS (*Karadeniz*)
Doç.Dr. Oya SAĞIROĞLU (*Fırat*)
Uz.Dr. Gülay SAIN GÜVEN (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Leon SAPORTA (*Maltepe*)
Prof.Dr. Ayşegül Jale SARAÇ (*Dicle*)
Yrd.Doç.Dr. Oktay SARI (*Meram*)
Doç.Dr. Ülkü SARITAŞ (*Ankara Numune Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Bülent SATAR (*GATA*)
Prof.Dr. Nedim SAVACI (*Meram*)
Prof.Dr. Haluk B. SAYMAN (*Cerrahpaşa*)
Doç.Dr. Selda SEÇKİN (*Ankara Numune Hst.*)
Prof.Dr. Ergin SENCER (*İstanbul*)
Prof.Dr. Arzu SEVEN (*Cerrahpaşa*)
Prof.Dr. Muzaffer SINDEL (*Akdeniz*)
Prof.Dr. Seher SOFUOĞLU (*Erciyes*)
Doç.Dr. Mehmet SOY (*Trakya*)
Doç.Dr. Ömer SOYSAL (*İnönü*)
Doç.Dr. Murat SÖKER (*Dicle*)
Prof.Dr. Kerim SÖNMEZOĞLU (*Cerrahpaşa*)
Prof.Dr. Yunus V. SÖZEN (*İstanbul*)
Prof.Dr. Tümay SÖZEN (*Hacettepe*)
Doç.Dr. Adnan SUAY (*Dicle*)
Prof.Dr. Nedim SULTAN (*Gazi*)

Doç.Dr. Selami SUMA (*Atatürk*)
Doç.Dr. Selma SÜER GÖKMEN (*Trakya*)
Yrd.Doç.Dr. Halis SÜLEYMAN (*Atatürk*)
Prof.Dr. Gülay ŞADAN (*Akdeniz*)
Doç.Dr. Tunç ŞAFAK (*Hacettepe*)
Yrd.Doç.Dr. Saim ŞAHİNÖZ (*Gaziantep*)
Prof.Dr. Uğur ŞAYLI (*Fatih*)
Doç.Dr. Ramazan ŞEKEROĞLU (*Yüzüncü Yıl*)
Yrd.Doç.Dr. Ece ŞEN GÜNER (*Yeditepe*)
Yrd.Doç.Dr. Aydın ŞENCAN (*Celal Bayar*)
Doç.Dr. Mehmet ŞENCAN (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr. Kazım ŞENEL (*Atatürk*)
Doç.Dr. Burçin ŞENER (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Mustafa ŞENGEZER (*GATA*)
Doç.Dr. Ömer ŞENSÖZ (*Ankara Numune Hst.*)
Doç.Dr. Taşkın ŞENTÜRK (*A.Menderes*)
Doç.Dr. Abdurrahman ŞENYİĞİT (*Dicle*)
Doç.Dr. İbrahim H. TAÇYILDIZ (*Dicle*)
Doç.Dr. Kemal TAHAOĞLU (*SSK Süreyyapaşa GKD Hst.*)
Prof.Dr. Remziye TANAAÇ (*Ege*)
Doç.Dr. Cüneyt Eftal TANER (*SSK Ege Doğumevi*)
Doç.Dr. Niyazi TAŞÇI (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr. Murat TAŞKIN (*Bakırköy Ruh ve Sin.Hst.*)
Doç.Dr. İrfan TAŞTEPE (*Atatürk Göğüs Hst.*)
Prof.Dr. Harun TATAR (*GATA*)
Doç.Dr. Hasan TEKĞÜL (*Ege*)
Prof.Dr. Bülent TEKİNSOY (*Maltepe*)
Prof.Dr. Eşref TEL *Osman(Gazi)*
Dr. Gültekin TİBET (*İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hst. Hst.*)
Doç.Dr. Emin TİRELİ (*İstanbul*)
Doç.Dr. Mustafa TİRELİ (*SSK Kartal Eğ. Hst.*)
Doç.Dr. Demet TOK (*Celal Bayar*)
Prof.Dr. Haluk TOKUÇOĞLU (*Gazi*)
Doç.Dr. Nazan TOMAÇ (*Zonguldak Karaelmas*)
Prof.Dr. Halil Zeki TONBUL (*Meram*)
Op.Dr. Halil TOPLAMOĞLU (*Bakırköy Ruh ve Sin Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Fuat TOSUN (*GATA*)
Yrd.Doç.Dr. Zeynep TOSUN (*Erciyes*)
Prof.Dr. Güllten TUNALI (*Ondokuzmayıs*)
Prof.Dr. E. İnci TUNCER (*Meram*)
Prof.Dr. Bahattin TUNÇ (*S.Demirel*)
Prof.Dr. Arslan TUNÇBİLEK (*Ankara*)
Doç.Dr. Cüneyt TURAN (*Erciyes*)
Yrd.Doç.Dr. Mustafa Tayfun TURAN (*Erciyes*)
Doç.Dr. Suat TURGUT (*Şişli Etfal Eğ. ve Araş.Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Ayşe Dicle TURHANOĞLU (*Dicle*)
Doç.Dr. Leyla TÜMER (*Gazi*)

Prof.Dr. Sarenur TÜTÜNCÜOĞLU (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr. Ahmet TÜZÜN (*GATA*)
Doç.Dr. Mahir UĞUR (*Atatürk*)
Prof.Dr. Emel ULAKOĞLU ZENGİN (*Cerrahpaşa*)
Doç.Dr. Dilek URAL (*Kocaeli*)
Yrd.Doç.Dr. Celil USLU (*Atatürk*)
Yrd.Doç.Dr. Funda UYSAL TAN (*Kırıkkale*)
Prof.Dr. Adnan UZUNISMAIL (*Haydarpaşa Numune Hst.*)
Doç.Dr. Murat ÜNAL (*Mersin*)
Doç.Dr. Orhan ÜNAL (*Kartal Eğ. ve Arş. Has.*)
Prof.Dr. Selçuk ÜNALMIŞER (*Maltepe*)
Prof.Dr. Yaşar ÜNLÜ (*Erciyes*)
Prof.Dr. Metin ÜNSAL (*Hacettepe*)
Doç.Dr. Yağız ÜRESİN (*İstanbul*)
Yrd.Doç.Dr. Serhat VANÇELİK (*Atatürk*)
Doç.Dr. Fadıl VARDAR (*Ege*)
Doç.Dr. Hüseyin VURAL (*Harran*)
Prof.Dr. Raşit Vural YAĞCI (*Ege*)
Prof.Dr. Cengiz Bora YAĞIZ (*Cerrahpaşa*)
Doç.Dr. Yusuf YAĞMUR (*Dicle*)
Prof.Dr. Birkan YAKAN (*Erciyes*)
Prof.Dr. Cevat YAKUT (*Koşuyolu Kalp Eğ. Hst.*)
Prof.Dr. Önay YALÇIN (*İstanbul*)
Doç.Dr. Orhan YALÇIN (*Fırat*)
Yrd.Doç.Dr. Filiz F. YANIK *Ondokuz Mayıs*)
Yrd.Doç.Dr. Nur YAPAR (*D.Eylül*)
Doç.Dr. Melda YARDIMOĞLU (*Kocaeli*)
Doç.Dr. İsmet YAVAŞÇAOĞLU (*Uludağ*)
Prof.Dr. Murat YAYLA (*Dicle*)
Doç.Dr. Dilek YEŞİLBURSA (*Uludağ*)
Doç.Dr. Sertaç YETİŞER (*GATA*)
Prof.Dr. Atilla YILDIRIM (*Osmangazi*)
Doç.Dr. M.Emin YILDIRIM (*Ankara Onkoloji Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Kadir YILDIRIM (*Atatürk*)
Prof.Dr. Nail YILMAZ (*Cerrahpaşa*)
Prof.Dr. Mustafa YILMAZ (*Fırat*)
Prof.Dr. Hüseyin YILMAZ (*Ege*)
Prof.Dr. Zeki YILMAZ (*Erciyes*)
Doç.Dr. Taner YILMAZ (*Hacettepe*)
Yrd.Doç.Dr. H.Gülşen YILMAZ (*Dicle*)
Doç.Dr. Serdar YOL (*Meram*)
Prof.Dr. Ayşe YÜCE (*D.Eylül*)
Yrd.Doç.Dr. Canan YÜCESAN (*Ankara*)
Doç.Dr. Betigül YÜRÜTEN (*Meram*)
Prof.Dr. Adil ZAMANI (*Meram*)
Dr. Ayşegül ZENCİROĞLU (*Dr.Sami Ulus Çocuk Hst.*)
Dr. Orhan ZİLELİOĞLU (*SSK Ankara Göz Hst.*)

-İsimler Soyadı sırasına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

www.turkiye-klinikleri.com

TÜRKİYE KLİNİKLERİ MEDİTEST DERGİSİ

Sahibi

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL

e-posta: hakgul@turkiye-klinikleri.com

(Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji BD Başkanı)

Türkiye Klinikleri Tıp Dergileri

Editörler Kurulu

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL, Prof.Dr.Tansu ARASIL,
Prof.Dr.Esin AŞAN, Prof.Dr.Leyla ATMACA,
Prof.Dr.Seher BOSTANCI, 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.Yücel ERK,
Prof.Dr.Orhan GÖĞÜŞ, Prof.Dr.Süleyman GÖRPELİOĞLU,
Prof.Dr.Ayfer GÜNALP, Prof.Dr.Nazan GÜNEL,
Prof.Dr.Haldun GÜNER, Prof.Dr.Mehmet Ali GÜRER,
Prof.Dr.Orhan GÜVEN, Prof.Dr.Enver HASANOĞLU,
Prof.Dr.Erkan İBİŞ, Prof.Dr.Gülşay KINIKLI,
Prof.Dr.Sermet KOÇ, Prof.Dr.Bahattin KORUCU,
Prof.Dr.Zeynep MISIRLIĞIL, Prof.Dr.Nermin MUTLUER,
Prof.Dr.Numan NUMANOĞLU, Prof.Dr.B. Münici ORAN,
Prof.Dr.İlker ÖKTEN, Prof.Dr.Necati ÖRMECİ,
Prof.Dr.Yalçın ÖZKAPTAN, Prof.Dr.Yücel PAK,
Prof.Dr.İrfan SABAH, Prof.Dr.Erdener TİMURKAYNAK,
Prof.Dr.Cankat TULUNAY, Prof.Dr.Arslan TUNÇBİLEK,
Prof.Dr.Ersöz TÜCCAR, Prof.Dr.Nurten TÜRKÖZKAN,
Prof.Dr.Filiz TÜZÜNER, Prof.Dr.Nimet ÜNAY GÜNDOĞAN
(İsimler Alfabetik Sıralanmıştır.)

Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.

Genel Müdür

Dr.Mehmet AKGÜL

e-posta: makgul@turkiye-klinikleri.com

Genel Yayın Koordinatörü

Uz.Dr.Sinan KORUKLUOĞLU

e-posta: skoruklu@turkiye-klinikleri.com

Yayınlar Teknik Koordinatörü

Recep ÇELEN

Reklam Koordinatörü

Dr.Deniz AKAGÜNDÜZ

e-posta: daakgul@turkiye-klinikleri.com

Abone ve Halkla İlişkiler Sekreterliği

Habibe ATAY, Gamze BEYAZ

e-posta: abone@turkiye-klinikleri.com

Ankara Kitabevi

Kazım ERCAN, Hakkı KAHVECİ

Yönetim Merkezi: Talatpaşa Bulvarı No:102/1

06230 Hamamönü/ANKARA

Tel : (0312) 309 36 66 pbx.

Faks : (0312) 312 67 41

e-mail: info@turkiye-klinikleri.com

Web : www.turkiye-klinikleri.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 Fiyatı: Bir yıllık abone fiyatı (2003 İçin) KDV dahil 36.000.000 TL'dir.

Abone olmak isteyenlerin; Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.'nin İş Bankası Ankara Dikimevi Şubesi 801000 (havale ücreti alınmaz) numaralı banka hesabına ya da 149599 numaralı Posta Çeki hesabına gerekli ücreti yatırıp, dekontu (ücretin MEDİTEST Dergisi aboneliği için ödendiğini belirten) kısa bir mektupla birlikte Talatpaşa Bulvarı No:102/1 06230 Hamamönü/Ankara adresine göndermeleri yeterlidir.

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

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

ISSN: 1300-0276

Baskı: Türkiye Klinikleri, ANKARA

Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

Cilt 12

Sayı 4

Mayıs-Haziran 2003

Tıp eğitimi, tıp fakültelerinde bitmez; ancak başlar.

W.H. Welch

İÇİNDEKİLER

175

Nöroşirürji

177

Psikiyatri

181

Göz Hastalıkları

185

K.B.B.

190

Dermatoloji

195

Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi

199

Ortopedi ve Travmatoloji

203

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

208

Üroloji

213

Çocuk Cerrahisi

217

Göğüs-Kalp-Damar Cerrahisi

222

Radyoloji

226

Anesteziyoloji ve Reanimasyon

230

Halk Sağlığı

ISSN: 1300-0276

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

Cilt : 12 • Sayı : 4 • Mayıs-Haziran 2003 • Sayfa: 175-232

ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON

1. Solunum sistemindeki yabancı cisimlerde aşağıdakilerden hangisi yapılmaz?

- 1 yaşın altındaki çocuklarda sırtta vurulabilir, göğüse kompresyon yapılabilir.
- 1 yaşın üzerindeki çocuklarda abdominal kompresyon yapılır.
- Bronkodilatatör tedavi önerilir.
- İkincil enfeksiyonları önlemek için antibiyotik tedavi önerilir.
- Uyanık çocuklar öksürtülür.

AÇIKLAMA: Havayolu akut müdahale gerektiren bir durumdur, bronkodilatör tedaviyle vakit kaybedilmeden önce basit ama hayat kurtarıcı olan diğer şıklardaki manevralar yapılır.

Cevap C (*Morgan, Clinical Anesthesiology, 4.baskı*)

2. Hangisi boğulmanın klinik belirtisi değildir?

- Solunum sayısının artması
- Morarma (siyanoz)
- Solunum güçlüğü
- Hava açlığı
- Göz bebeklerinin küçülmesi (miyozis)

AÇIKLAMA: Boğulmada midriyazis gözlenir.

Cevap E (*Morgan, Clinical Anesthesiology, 3.baskı, 2002, s.973*)

3. Aşağıdakilerden hangisi kalp ve solunumun durmasına neden olmaz?

- Karbonmonoksit zehirlenmesi
- Hava yolunun tıkanması
- Elektrik çarpması
- Vücut ısısının artması (hipertermi)
- İlaç zehirlenmeleri

AÇIKLAMA: Tek başına hipertermi kalp ve solunumun durmasına neden olmaz.

Cevap D (*Morgan, Clinical Anesthesiology, 3.baskı, 2002, s.889-911*)

4. Aşağıdakilerden hangisi serebral koruyucu etkisi olan bir ajandır?

- Droperidol
- Diazepam
- Tiyopental
- Fentanil
- Atropin

AÇIKLAMA: Barbitüratlardan tiyopental serebral kan akımını ve serebral oksijen metabolizmasını azalttığı

ve antioksidan etkileri nedeniyle de serebral koruyucu etkileri olan bir intravenöz anestezi ajandır.

Cevap C (*Morgan, Clinical Anesthesiology, 4.baskı, 2002, s.47-48*)

5. Benzodiazepinler hangi amaçla kullanılmaz?

- Premedikasyon
- Sedatif (anksiyolitik)
- Hipnotik
- Antikonvülzan
- Antiemetik

AÇIKLAMA: Benzodiazepinlerin antiemetik etkileri yoktur.

Cevap E (*Duke, Anesthesia Secrets, 2.baskı, 2000, s.49*)

6. Aşağıdakilerden hangisi ketaminin etkisi değildir?

- Bronkodilatasyon
- Taşikardi
- Sistolik hipertansiyon
- Enjeksiyon ağrısı
- Halüsinasyon, kötü rüya

AÇIKLAMA: İntravenöz anestezi ajanları içinde enjeksiyon ağrısı ketaminle değil, propofolde gözlenmektedir.

Cevap D (*Duke, Anesthesia Secrets, 2.baskı, 2000, s.48-49*)

7. Aşağıdakilerden hangisi ideal bir intravenöz ajanın özelliği değildir?

- Bir beyin-kol zamanında anestezi hızlı başlamalı
- Antikonvülzan, analjezik olmalı
- Mutlaka böbrek ve karaciğerde atılmalı
- Anesteziden derlenme hızlı olmalı
- Amnezik ve antiemetik olmalı

AÇIKLAMA: İntravenöz anestezi ajanları mutlaka karaciğer ve böbreklerle eliminasyona uğramaz, örneğin tiyopental gibi bir intravenöz ajan için redistribüsyon da bir eliminasyon yoludur.

Cevap C (*Duke, Anesthesia Secrets, 2.baskı, 2000, s.47-48*)

8. Aşağıdakilerden hangisi genel anestezinin yetersizliğinin belirtilerinden biri değildir?

- Göz kapağı hareketi
- Miyozis
- Hiperventilasyon
- Terleme
- Ekstremitte hareketi

ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON

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

Cevap B (*Longnecker , Principles and Practice of Anestkhesiology, 2.baskı, Mobsby Year Book, 1997*)

9. Aşağıdakilerden hangisinin kullanılması feokromasitomanın genel anestezisi sırasında önerilmez?

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

AÇIKLAMA: Tümörden histamin salıverilmesine uyaraacağı için kürar önerilmez.

Cevap A (*Barash, Clinical Anesthesia, 3.baskı, 1996*)

10.Hangisi genel anestezi altında, oturur pozisyonun avantajlarından değildir?

- a) Arka çukur tümörlerinde cerrahi yaklaşımı kolaylaştırır.
- b) Cerrahi kanama daha az olur.
- c) Kraniyal sinir hasarlanma oranı daha azdır.
- d) Hava embolisi riski daha azdır.
- e) Anestezistler havayolu, toraks ve ekstremitelere daha kolay yaklaşırlar.

AÇIKLAMA: Oturur pozisyonda cerrahi alan kalp seviyesinin üzerinde olduğu için ciddi bir hava embolisi riski vardır. Diğer tüm seçeneklerde bu pozisyonun avantajları yer almaktadır.

Cevap D (*Ronald, Roy F Cucchiara. Anaesthesia, 5.baskı, 2000, s.1024*)

11.Hangisi genel anestezi altında oturur pozisyon verilmesine rölatif kontrendikasyon teşkil etmez?

- a) Preoperatif sağdan sola şant varlığı
- b) Uyanık durumda, baş yukarı pozisyonda serebral iskemi varlığı
- c) Sol atriyal basınç>sağ atriyal basınç
- d) Preoperatif patent foramen ovale varlığı
- e) Kardiyak insitabilite

AÇIKLAMA: A ve D seçeneklerinde hava embolisi riski vardır, B seçeneği serebral iskemi riskini belirtiyor, E seçeneğinde belirtilen durumda ise kardiyak arrest gelişirse kardiyopulmoner resusitasyon uygulanamaz.

Cevap C (*Ronald, Roy F Cucchiara. Anaesthesia, 5. baskı, 2000, s.1025*)

12.Hangi anestezi ilaç “Malign hipertermi”yi tetiklemez?

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

AÇIKLAMA: Propofol dışındakiler farmakogenetik sendrom olan malign hipertermi yi tetiklerler.

Cevap C (*Ronald, Gerald A Gronerd. Anesthesia, 5.baskı, 2000, s.1047*)

13.Hangisi yarı kapalı anestezi devresinde karbondioksiti absorbe edip eliminasyonunu sağlar?

- a) Sodalime
- b) Aktif kömür
- c) Ekspirasyon valvi
- d) İspirasyon valvi
- e) Vaporizatör

AÇIKLAMA: Aktif kömür anestezi cihazında kullanılmaz. Ekspirasyon ve inspirasyon valfleri gaz akımının tek yönlü olmasını sağlar. Vaporizatörler volatil anestezikleri buharlaştırıp uygun doze edilmelerini sağlar. **Sodalime ve barolime CO₂ absorbanlarıdır.**

Cevap A (*Ronald, J Jeff Andrews, Anaesthesia, 5.baskı 2000, s.193*)

14.Hangisi anestezi indüksiyonunda kullanılan intravenöz anesteziik değildir?

- a) Tiyopental Sodyum
- b) Etomidat
- c) Ketamin HCL
- d) Propofol
- e) Desfluran

AÇIKLAMA: Desfluran anestezi uygulamalarında kullanılan volatil anesteziklerdendir.

Cevap E (*Ronald, Robert J Fragen, Anesthesia, 5.baskı, 2000, s.217*)

15.Trisiklik antidepressan zehirlenmelerinde hangisi görülmez?

- a) Kardiyak aritmiler
- b) Hipotansiyon
- c) Konvülsiyon
- d) Hipotermi
- e) Koma

AÇIKLAMA: Trisiklik antidepressan zehirlenmelerinde musküler hiperaktivite ve terlemenin azalması hipertermiye neden olur.

Cevap D (*Olson RK. Poisoning and Drug Overdose Stamford, Connecticut, 1999, s.311*)

16. Paraquat zehirlenmelerinde hangisi yanlıştır?

- a) Konsantr paraquat solüsyonu ağız, boğaz ve özofagusta ülserasyona neden olur.
- b) Böbrek yetmezliği oldukça erken dönemde ortaya çıkar.
- c) Yaygın kas nekrozu oluşur.
- d) Geç dönemde pulmoner fibrozis ortaya çıkar.
- e) Olgulara oksijen inhalasyonu yaptırılarak PaO₂ 80 mmHg üzerinde tutulur.

AÇIKLAMA: Paraquat zehirlenmelerinde oksijen uygulanması lipid peroksidasyonunu hızlandırır ve akciğer hasarlanması artar. PaO₂ 60 mmHg üzerine çıkmayacak şekilde O₂ inhalasyonu yaptırabilir.

Cevap E (*Olson , Poisoning and Drug Overdose, Stamford, Connecticut, 1999, s.252*)

17. Arsenik zehirlenmelerinde hangisi yanlıştır?

- a) Arsenik nöromusküler kavşakta blokaj yapar ve solunumu durdurur, ölüme yol açar.
- b) Oral alımı takiben erken dönemde hemorajik gastroenterite neden olur.
- c) Hipotansiyon ve hipovolemik şok ile hastalar kaybedilir.
- d) Kardiyomiyopati, kardiyojenik pulmoner ödem ve ileti bozukluklarına neden olur.
- e) Deliryum, ensefalopati ve konvülsiyonlara neden olur.

AÇIKLAMA: Arsenik sellüler metabolizmayı enzimatik reaksiyonları durdurarak engeller ve hücre ölümüne neden olur.

Cevap A (*Olson, Poisoning and Drug Overdose, Stamford, Connecticut. 1999, s.95*)

18. Hangi anestezi ilaç intramusküler olarak uygulanabilir?

- a) Tiyopental sodyum
- b) Desfluran
- c) Halotan
- d) Ketamin hidroklorür
- e) Propofol

AÇIKLAMA: A ve E seçeneğinde yer alan ilaçlar sadece intravenöz yolla, B ve C seçeneğinde yer alan ilaçlar ise inhalasyon yolu ile uygulanabilir.

Cevap D (*Butterworth, Drugs in Anaesthetic Practice, 7.baskı, 1991, s.63*)

19. Hangisi potent bir narkotik analjezik değildir?

- a) Fentanil
- b) Nimbeks
- c) Ultiva
- d) Rabifen
- e) Morfin

AÇIKLAMA: Nimbeks sisatrakuryumun spesiyalite adidir ve kas gevşeticidir.

Cevap B (*Buttirworth, Drugs, in Anaesthetic Praticite, 7.baskı, 1991, s.63*)

20. Endotrakeal entübasyonun doğruluğunu kontrol için en güvenilir yöntem hangisidir?

- a) Tüpün ucunun vokal kordlardan geçtiğinin gözle görülmesi.
- b) Solunum seslerinin karşılıklı ve çift taraflı dinlenerek karşılaştırılması.
- c) Ekshale edilen gazda CO₂ varlığının analiz edilmesi (Kapnografi).
- d) Pulsoksometre ile periferik O₂ satürasyonu takibi.
- e) Toraks radyografisinde tüpün trakea içinde görülmesi.

AÇIKLAMA: Endotrakeal entübasyonun doğruluğunu kontrol için en güvenilir yöntem ekshale edilen gazda CO₂ varlığının analiz edilmesidir (Kapnografi). Tüpün ucunun vokal kordlardan geçtiğinin gözle görülmesi, solunum seslerinin karşılıklı ve çift taraflı dinlenerek karşılaştırılması, toraks radyografisinde tüpün trakea içinde görülmesi ve fiberoptik bronkoskopi kullanılan diğer yöntemlerdir. Pulsoksometre ile periferik O₂ satürasyonu takibi bu amaçla kullanılmaz.

Cevap C (*Morgan, Clinical Anesthesiology, 1.baskı, 1992, s.59*)

21. Uzun süreli kullanım için en uygun santral ven aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Vena basilika
- b) Vena subklavia
- c) Vena jugularis eksterma
- d) Vena jugularis interma
- e) Vena femoralis

AÇIKLAMA: Santral venöz girişim tekniklerinin rölatif oranları aşağıdaki Tablo 1'de gösterilmiştir.

Cevap B (*Morgan, Clinical Anesthesiology, 1.baskı, 1992, s.81*)

22. 37°C'de kan-gaz partiyon katsayısı en düşük olan inhalasyon anesteziği hangisidir?

- a) Nitröz oksit
- b) Halotan
- c) Enfluran
- d) İzofluran
- e) Desfluran

AÇIKLAMA: Anestezi maddelerin havada, kanda ve dokulardaki çözünürlüklerinin farkı partiyon (dağılım) katsayısıdır. Her katsayı anestezi maddelerin iki faz arasında denge oluştuğundaki dağılımdır. Denge, iki

ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON
Tablo 1.

	Vena Bazilika	Vena Subklavia	Vena Jug. Eksterna	Vena Jug. İnterna	Vena Femoralis
Kanülasyon kolaylığı	1	5	2	4	3
Uzun süreli kullanım	4	1	3	2	5
Başarı oranı	4	2	5	1	3
Tekniğe bağlı komplikasyonlar	1	5	2	4	3

(Her kategoride 1= en iyi, 5= en kötü)

fazdaki parsiyel basınçların eşit olduğunu gösterir.
Kan gaz dağılım katsayısı ne kadar düşükse indüksiyon o kadar hızlıdır. İnhalasyon anestezi-
lerinin 37 °C'den kan-gaz partiyon katsayıları Tablo
2'de verilmiştir.

Cevap E (*Morgan, Clinical Anesthesiology, 1.baskı, 1992, s.101*)

23.Aşağıdakilerden hangisi kısa etkili non-depolarizan kas gevşeticidir?

- a) Süksinilkolin
- b) Dekametonyum
- c) Metokurin
- d) Atrakuryum
- e) Mivakuryum

AÇIKLAMA: Kısa etkili non-depolarizan kas gevşetici **Mivakurium'dur.** Metokurin uzun etkili, Atrakuryum ise orta etkili non-depolarizan kas gevşeticilerdir. Süksinilkolin ve Dekametonyum ise depolarizan kas gevşeticilerdir.

Cevap E (*Morgan, Clinical Anesthesiology, 1.baskı, 1992, s.137*)

24.Aşağıdakilerden hangisi pacemaker'in intraoperatif olarak hatalı çalışmasına yol açmaz?

- a) Cerrahi koter
- b) Hipokalemi
- c) Miyokardiyal iskemi, infarktüs
- d) Postoperatif titreme
- e) İnhalasyon anesteziikleri

AÇIKLAMA: Cerrahi koter ile elektriksel etkileşim miyokardın elektriksel aktivitesi olarak yorumlanabilir ve pacemaker jeneratörünü baskılayabilir. Postoperatif titreme de benzer şekilde pecemaker jeneratörünü baskılayabilir. Hipokalemi, miyokardiyal iskemi ve infarktüs ise miyokardın uyarı eşliğini değiştirdikleri için pacemaker fonksiyonunu ve ventrikülün kontrol altına alınışını olumsuz etkilerler. İnhalasyon anesteziiklerinin pacemaker üzerine olumsuz etkileri saptanmamıştır.

Cevap E (*Morgan, Clinical Anesthesiology, 1.baskı, 1992, s.335*)

Tablo 2.

Ajan	N ₂ O	Halaton	Enfluran	İzofluran	Desfluran	Sevofluran
Kan/gaz partiyon katsayısı	0,47	2,4	1,9	1,4	0,42	0,59

ÇOCUK CERRAHİSİ

1. Aşağıdakilerden hangisi pediatrik künt karın travmalarına bağlı kesin cerrahi tedavi endikasyonlarından değildir?

- Intraabdominal kaynaklı şok
- Şüpheli veya kanıtlanmış içi boşluklu organ yaralanması
- Batın tomografisi veya direkt grafilerde retroperitoneal serbest hava
- Ultrasonografi ile saptanan intraabdominal serbest sıvı
- İntraperitoneal mesane rüptürü

AÇIKLAMA: Künt batın travmalarına bağlı kesin cerrahi tedavi endikasyonları şunlardır:

- İntraabdominal kaynaklı şok yaratacak yaralanmalar
- Şüpheli veya kanıtlanmış içi boşluklu organ yaralanmaları
- BT veya direkt grafilerde saptanan retroperitoneal serbest hava
- Hastanın total kan volümünü yarısını veya fazlasını gerektiren kan transfüzyonları
- İntraperitoneal mesane rüptürü

Cevap D (*Aschcraft, Pediatric Surgery, 3. Baskı, 2000, s.205*)

2. Konjenital diyafragma hernisinin klinik tanısında hangi bulgu anlamlı değildir?

- Direkt grafide hemitoraksta hava-sıvı seviyeli bağırsak anslarının görülmesi
- İnspeksiyonda skafoid karın görünümü olması
- En çok etkilenmiş tarafta olmak üzere solunum seslerinin bilateral azalması
- Mide havasının direkt grafide toraks içinde görülmesi
- Hastalığın kronik seyrine bağlı olarak toraks ön-arka çapının artması

AÇIKLAMA: Diyafragma hernisinin kliniğinde solunum sıkıntısı ön plandadır. Hastalığın şiddetine göre doğumdan sonraki erken dönemde veya daha ileri günlerde bulgu verir. **Prognoz, ne kadar erken bulgu verirse o kadar kötüdür.** Solunum sıkıntısı, taşipne, retraksiyonlar, siyanoz, solukluk, persistan fetal dolaşım bulguları ile kendini gösterir. İnspeksiyonda skafoid karın vardır. Oskültasyonda etkilenen hemitoraksta bağırsak sesleri duyulabilir ve

solunum sesleri en çok etkilenen taraf olmak üzere bilateral azalmıştır. Direkt grafilerde herni olan tarafta hava-sıvı seviyeli bağırsak ansları, mide havasının toraks içinde olması, karşı tarafa mediastinal kayma olması görülebilir. Bu hastalarda toraks duvarında çap artışları beklenmez.

Cevap E (*Aschcraft, Pediatric Surgery, 3. Baskı, 2000, s. 303-304*)

3. Aşağıdaki semptomlardan hangisi tanıda özofagus atrezisini düşündürmelidir?

- Yaygın batın distansiyonu
- Doğumdan hemen sonra başlayan safralı kusma
- Hemen doğum sonrası başlayan ağızda tükürük artışı
- Oral alımda isteksizlik
- Kusmak isteyip de kusamama

AÇIKLAMA: Özofagus atrezili bebekler tükürüklerini yutamazlar, bu nedenle doğumdan hemen sonra aşırı tükürük birikimi söz konusudur. Bazı durumlarda bu sekresyonların üst poştan aspirasyonuna bağlı olarak öksürük, taşipne ve hipoksi görülebilir. Trekeaya fistül varsa buradan ve eğer bebek beslenmeye çalışılırsa üstten aspire edilen materyellerde tıkanma, şiddetli öksürük ve siyanoz gözlenebilir. Solunum sıkıntısının çok şiddetli olduğu durumlarda entübasyon ve mekanik ventilasyon ihtiyacı da ortaya çıkabilir. Özofagus atrezisi tedavi edilmezse hayatta bağdaşmaz çünkü bebek beslenemez ve tekrarlayan aspirasyonlar ölüme kadar götürebilir.

Cevap C (*Aschcraft, Pediatric Surgery, 3. Baskı, 2000, s.352-353*)

4. Aşağıdaki tanı yöntemlerinden hangisi akut apandisit tanısında en fazla değere sahiptir?

- Lökosit sayımı
- Ayakta direkt batın grafisi
- Ultrasonografi
- Bilgisayarlı tomografi
- Manyetik rezonans görüntüleme

AÇIKLAMA: Akut apandisit tanısı esas olarak klinik muayene ile konulsa da bazı durumlarda tanıyı onaylayacak tetkiklere ihtiyaç duyulmaktadır. Laboratuvar tetkikleri bu anlamda diagnostik amaçla kullanılmaz. Ancak akut apandisit bulgusu veren bir

ÇOCUK CERRAHİSİ

hastada 12.000-20.000 arası lökosit sayımı anlamlı kabul edilir. Abdominal radyografik incelemeler de, fekalit gibi apandisit sekonder bulguları araştırmak için yapılırsa da, bu tetkiklerinde apandisitli olgularda oldukça nadirdir. Manyetik rezonans görüntülemenin yeri ise bilimsel olarak kanıtlanmamıştır. Bunun yanında **ultrasonografi, tecrübeli ellerde % 100'e yakın duyarlılık vermesi nedeniyle diğer tetkiklere göre daha değerli kabul edilir.** Ultrasonografi ile 6 mm kalınlığında bir apandiks duvarı, komprese olmayan bir lümen, apandiks lümeni içinde fekalit ve batın içinde bir miktar serbest peritoneal sıvının varlığı apandisit tanısına daha fazla yaklaşıttır.

Cevap C (*Aschcraft, Pediatric Surgery, 3. Baskı, 2000, s. 572-573*)

5. Aşağıdaki anorektal anomalilerden hangisi kızlarda görülemez?

- Perineal fistüllü anal atrezi
- Rektoüretal-bulber fistüllü anal atrezi
- Vestibüler fistüllü anal atrezi
- Vajinal fistüllü anal atrezi
- Fistülsüz anal atrezi

AÇIKLAMA: Kızlarda görülen anorektal anomalilerin başlıcaları; perineal fistül, vestibüler fistül, vajinal fistül, fistülsüz anal atrezi, rektal atrezi ve stenoz ile persistan kolakadır. Bulber üretra, erkek alt üriner sistem anatomisine ait olduğu için erkeklerde görülen bu tip anomalilere kızlarda rastlanmaz.

Cevap B (*Newborn Surgery, 1996, s. 379*)

6. Aşağıdaki özelliklerden hangisi omfalosel ve gastroşizis için ortaktır?

- Malrotasyon eşlik edebilir.
- Bağırsaklar bir kese ile sarılıdır.
- Umbilikusun sağındaki defekten çıkar.
- Sıklıkla assosiyeye anomali görülebilir.
- Bağırsakların görüntüsü normaldir.

AÇIKLAMA: Omfalosel ve gastroşizis karın ön duvarındaki bir defekten karıncı organların vücut dışına herniasyonudur. Ancak yerleşim yerleri, genel görüntüleri ve klinik assosiasyonları itibarıyla değişik özellikler taşırlar. Omfalosel bir kese ile sarılıdır ve kese direkt olarak umbilikusa bağlıdır. Genelde defekt, gast-roşizisin tersine büyüktür. Bağırsaklar gastroşiziste olduğu gibi amniyon sıvısı ile temas etmediklerinden normal görünümündedir. Assosiyeye anomaliler omfaloselde sıklıkla görülür. Her iki patolojide de bağırsakların embriyolojik hayatta batın içine dönüşü yeterli olmadığından malrotasyon kliniğe eşlik eder.

Cevap A (*O'Neil, Pediatric surgery, 1998, s. 1052*)

7. Çocuklarda bazı patolojilerde, hastalığın özelliğine bağlı olarak inguinal herni insidansı artmış olarak bulunur. Aşağıdaki durumlardan hangisinin inguinal herni gelişimi için bir risk faktörü olması beklenemez?

- İnmemiş testis
- Down sendromu
- Omfalysel veya gastroşizis tamiri sonrası
- Mukopolisakkaridoz
- Ventrikülperitoneal şant

AÇIKLAMA: Çocuklarda inguinal herni insidansı özellikle bazı durumlarda hastalıkların özelliğine bağlı olarak artmış bulunur. Normalde processus vaginalis yani herni kesesi testis ile beraber intrauterin 7. aydan itibaren inmeye başlar. Testisin inişi tamamlaması ile beraber processus vaginalis kapanır. Ancak klasik inmemiş testis olgularında bu inişin tamamlanmaması sonucu inguinal herni görülmesi beklenir. Ayrıca intraabdominal basıncın artmış olduğu klinik durumlar inguinal herni gelişimi için risk faktörü olarak kabul edilir. Buna da tam olarak kapanmamış ancak bir inguinal herni oluşturmayacak kadar küçük açıklıkların neden olduğu düşünülmektedir. Omfalosel veya gastroşizis tamiri sonrası ile ventrikülperitoneal şant durumları örnek gösterilebilir. Konnektif doku hastalıkları da inguinal bölge gibi artmış basınç noktalarında yeterli direnç oluşturmayarak herni gelişmesine katkıda bulunur. Mukopolisakkaridozlar bu gruba örnek olarak verilebilir. Ancak **Down sendromu ile inguinal herni arasında bir ilişkiye ait bilgi bulunmamaktadır.**

Cevap B (*O'Neil, Pediatric surgery, 1998, s. 1072*)

8. İnguinal herni için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- Spontan olarak geçmez, özellikle inkarserasyon riski nedeniyle ameliyat olunması gerekir.
- İnguinal bölgede basmakla redükte olmayan kitlelerdir ve genellikle uzun süreli anamnez verirler.
- Eğer yenidoğan bir bebekte saptanmışsa opere olması için hastanın bir süre büyümesi beklenebilir.
- Çocuk yaş grubunda en sık direkt tip inguinal herniler görülür.
- Cerrahi tedavisi eksternal inguinal halka hizasından yapılan kese ligasyonudur.

AÇIKLAMA: İnguinal herniler açık processus vaginalisten batın içi yapıların inguinal bölgeye herniasyonudur. Spontan geçmez ve özellikle hayatın ilk bir ayında yüksek inkarserasyon riski nedeniyle

beklenmeden opere etmek gerekir. Ağlama ve zorlama ile inguinal bölgede şişlik görülür ancak çocuğun gevşemesi ile birlikte kaybolur. İnkarere olursa şişlik basmakla geçmeyebilir ancak bu akut bir durumdur. **Çocuk yaş grubunda en sık indirekt tipi olan processus vaginalisteki açıklıktan olan herniasyonlar görülür.** Cerrahi tedavisi ise internal inguinal halka hizasından yapılan yüksek ligasyondur.

Cevap A (O'Neil, Pediatric Surgery, 1998, s. 1073)

9. Aşağıdaki bulgulardan hangisi pilor stenozu tanısı için geçerli değildir?

- Projektil tip kusmalar
- Palpasyonda pilorik "olive" saptanması
- İnspeksiyonda mide peristalsizminin epigastrik bölgeden görülebilmesi
- Tekrarlanan safralı kusmalar
- Ultrasonografide kalınlaşmış pilorik kanalın görülmesi

AÇIKLAMA: Pilor stenozu genellikle hayatın 2 ile 8. haftalarında görülen bir mide çıkış obstrüksiyonudur. Tipik olarak ailenin ilk erkek çocuğunda görülür. Tekrarlayan safrasız projektil tip kusmalar mevcuttur. Midenin dilatasyonu ile beraber inspeksiyonda mide peristaltik dalgaları görülebilir. Hasta kusma sonrası dahi aç ve ajitedir. **Fizik muyaenede pilorik "olive" palpasyonu patognomoniktir.** Ultrasonografide kalınlaşmış pilorik kanalın saptanması tanıyı güçlendirir. Aşırı kusmalara ve mide sıvısı kaybına bağlı olarak **hipokloremik hipokalemik alkaloz** görülür. Tedavi klinik tabloyu düzelttikten sonra yapılan piloromiyotomidir. Patoloji mide çıkışında olduğu için safralı kusma görülmesi beklenmez.

Cevap D (O'Neil, Pediatric Surgery, 1998, s.1112)

10. Aşağıdakilerden hangisi nöroblastom için geçerli değildir?

- Nöroblastom sempatik sinir sistemi kökenli bir tümördür.
- N-myc onkogeni amplifikasyonu kötü prognoz göstergesidir.
- VMA/HVA oranı prognozda anlamlıdır.
- Paraneoplastik sendrom birlikteliği kötü prognoz göstergesidir.
- Başvuru anında hastaların yarısından çoğunda metastaz vardır.

AÇIKLAMA: Nöroblastom nöral krest kaynaklı sempatik nöroblast hücrelerinden köken alır. Fetal yaşamın erken dönemlerinde paravertebral gangliyonlardan adrenal medüllaya doğru nöroblast göçü gözlenir. Başvuru anında değişik kaynaklarda %62-70 arasında metastaz varlığı bildirilmiştir. %25 oranında

hastalık lokalizedir. %10 evre 4S'dir. Nöroblastomda N-myc amplifikasyonu ilk kez 1983'de gösterilmiştir. İleri evre, kötü histolojik tip ve kötü prognozla ilişkilidir. Evre 3 –4 hastalarda çoğunlukla gösterilmiştir. Nöroblastomlu hastaların %85'inden fazlasında katekolamin metabolitlerinde artış gösterilmiştir. VMA/HVA oranı 1.5'dan az olduğunda düşük yaşam oranı bildirilmiştir. Paraneoplastik sendromlu hastalarda yüksek yaşam oranı saptanmıştır.

Cevap D (Ashcraft, Pediatric Surgery, 3. Baskı, 2000, s. 875-886)

11. Prenatal USG ile 24 haftalık fetüste sakrokoksigeal bölgede 10x8x6 cm boyutlu heterojen ekolu kitle tespit edilmiştir. Bu aileye ne önerilmelidir?

- Vakit kaybetmeden medikal abortus
- Doğumdan hemen sonra kitle eksizyonu
- Bu hastalarda intrauterin eksitus oranı yüksektir. Gebelik zaten abortusla sonuçlanacaktır.
- 1 yaşa kadar bu tümörler kendiliğinden regrese olur.
- En kısa sürede kromozom analizi yapılmalıdır

AÇIKLAMA: Sakrokoksigeal teratomlar ölü doğumlarda göz önüne alındığında yenidoğan döneminde en sık rastlanan tümörlerdir. Genellikle prenatal USG ile tanı konur. Çoğu fetüsün yaşamını tehdit etmez. %90 oranında yaşam oranı bildirilmiştir. Doğumda malignite olasılığı %10'un altındadır. Ancak 1 yaşında %75'in üzerindedir. Prognoz ameliyat zamanı ve kitlenin tamamının eksize edilip edilmemesiyle ilişkilidir. Nonsakrokoksigeal teratomlarda trizomi 21, trizomi 13 birlikteliği bildirilmiştir.

Cevap B (Ashcraft, Pediatric Surgery, 3. Baskı, 2000, s.905-911)

12. Aşağıdakilerden hangisi GÖR (gastroözofageal reflü) patofizyolojisinde rol oynamaz?

- Alt özofageal sfinkter yapısı
- Özofageal hiatus
- His açısı
- Abdominal özofagus boyu
- Krikofarengal yapının tam gelişmemiş olması

AÇIKLAMA: 1956'da özofageal manometri çalışmaları göstermiştir ki, özofagogastrik bileşkede anatomik olarak bir sfinkter yapısı var olmasa da yüksek basınç zonu bulunmaktadır. Özofagus mideye, bir kapak yapısı oluşturacak şekilde oblik olarak girmektedir. Bu yapı His açısı adını almaktadır. Reflü ve abdominal özofagus boyu arasında yakın ilişki olduğu

ÇOCUK CERRAHİSİ

gösterilmiştir. Reflü hastalarının %83'ünde özofagus boyunun 1 cm ve altında olduğu gösterilmiştir.

Cevap E (Ashcraft, Pediatric Surgery, 3. Baskı, 2000, s.370-371)

13.Doğduktan hemen sonra başlayan hipersalivasyon, beslenmekle morarma şikayeti olan düşük doğum ağırlıklı bebekte aşağıdakilerden hangisini beklemesiniz?

- a) PA akciğer grafisinde sağ alt lob pnömonisi
- b) Vertebral anomaliler
- c) Prematürite
- d) Oligohidramniyoz
- e) İmpere anüs

AÇIKLAMA: Özofagus atrezisi ve trakeoözofageal fistüllü bebekler genelde düşük doğum ağırlıklıdır. VACTERL birlikteliği tanımlanmıştır. Üst poş içeriği ve fistül aracılığıyla aspirasyon görülebilir. Prenatal USG'le polihidroamniyoz saptanır.

Cevap D (Ashcraft, Pediatric Surgery, 3. Baskı, 2000, s.348-354)

14.Üç günlük preterm 2100 gr bir yenidoğanda muayenede sarılık, sağ inmemiş testis, fasyal defekt çapı 2 cm olan göbek fıtığı, sol kasık fıtığı saptandı. Aileye aşağıdakilerden hangisini önermek doğrudur?

- a) Kasık fıtığı nedeniyle birkaç gün içerisinde ameliyatı gereklidir.
- b) Göbek fıtığı takibi gereksizdir.
- c) 3. günde bebekte sarılığın bulunması nedeniyle ileri tetkik gereklidir.
- d) Yenidoğan döneminde fıtık olması doğaldır. Yaşla birlikte geriler.
- e) Testisin inmesi için 8 yaşa kadar beklemek gereklidir.

AÇIKLAMA: Bebeklerde inkarasyon riski ilk 6 ayda %60'ın üzerindedir. Bu nedenle fıtık saptandığında birkaç gün içerisinde ameliyat edilmelidir. Göbek fıtıklarıysa yaşla birlikte çoğunlukla geriler. Bu nedenle 3 ayda bir kontrol altında tutulur. Genelde inmemiş testiste önerilen orşiopeksi zamanı 1 yaşıdır. Yenidoğan döneminde fizyolojik sarılık 2-4. günde başlar ve 2 hafta kadar devam edebilir.

Cevap A (Ashcraft, Pediatric Surgery, 3. Baskı, 2000, s.580, 651, 655, 665)

15.Aşağıdakilerden hangisi 3 haftalık term , iki gündür fıskırır tarzda kusan erkek bebekte ön tanıda öncelikle düşünülmelidir?

- a) Hirschsprung hastalığı
- b) İdrar yolu enfeksiyonu
- c) Gastroenterit
- d) Gastroözofageal reflü
- e) Hipertrofik Pilor Stenoza

AÇIKLAMA: Hipertrofik pilor stenoza 4:1 oranında erkek bebeklerde gözlenir. Genelde 3-6 haftalık term bebekte fıskırır tarzda , safrasız kusma ile kendini belli etmektedir.

Cevap E (Ashcraft, Pediatric Surgery, 3. Baskı, 2000, s.391-392)

16.Üç aylık erkek bebek yataktan düşme nedeniyle acile getirilmiş. Özgeçmişinde prematür doğum ve 3 hafta süreyle mekanik ventilasyon tedavisi gereksinimi olduğunu öğrenmekteyiz. FM'de uykuya meyilli, sağ dizde iyileşmekte olan bir ekimoz, sol kolda hareket kısıtlılığı mevcut. Çekilen grafisinde ekstremitelerde patoloji yok. PA akciğer grafisinde solda eski kot kırığı ve tomografisinde kronik subdural hematom saptanmış. Hangisi doğrudur?

- a) Mekanik ventilasyon desteği ve prematürite kronik subdural hematomu açıklar.
- b) Kemik hastalığı açısından hasta araştırılmalıdır.
- c) Çocuğa kötü muamele ön tanıdır.
- d) Raşitizm açısından Ca, IP, ALP düzeyine bakılmalı
- e) Bu tür travmalar %60 karaciğer ve dalak travmasıyla birliktelik gösterir. Bu nedenle bu açıdan araştırılmalıdır.

AÇIKLAMA: Vücudun farklı bölgelerinde , farklı zamanlara ait travma bulgularının bulunması çok kuvvetli ihtimalle çocuğa kötü muameleyi göstermektedir. Çocuğa kötü muamelenin neden olduğu kafa travmaları 6. ayda pik yapar.Subdural hematom "sarsılmış çocuk sendromu"na işaret eder.

Cevap C (Ashcraft, Pediatric Surgery, 3. Baskı, 2000, s.217-228)

DERMATOLOJİ

1. Aşağıdakilerden hangisi duyarlı kişilerde kontakt allerjenlerin oluşturduğu eksternal nedenli ekzematır?

- a) Numuler ekzema
- b) İrritan kontakt dermatit
- c) Staz dermatiti
- d) Atopik dermatit
- e) Allerjik kontakt dermatit

AÇIKLAMA: Numuler ekzema daha sıklıkla bacaklarda ve kollarda para büyüklüğünde lezyonlarla karakterize etiyolojisinde kuruluk, fokal infeksiyonlar ve emosyonel stresin düşünüldüğü bir dermatit formudur. **Staz dermatiti** ise venöz yetmezliğe bağlı olarak genellikle alt ekstremitelerde görülen bir ekzema formudur. **Atopik dermatit** internal nedenli ekzemalardan biri olup, tipik morfoloji ve dağılım gösterir. **İrritan kontakt dermatit** ise irritan ajanların non-allerjik mekanizmalarla oluşturduğu bir ekzema tipidir. **Allerjik kontak dermatit** ise farklı maddelere karşı gelişebilen ve immünolojik mekanizmalarla açıklanan predispoze kişilerde kontakt allerjenlerin oluşturduğu bir ekzema formudur.

Cevap E (*Odom, Andrews' Diseases of the Skin 9. baskı, 2000,s.95*)

2. Hangisi SLE tanısında kullanılan ARA kriterlerinden değildir?

- a) Oral ülserler
- b) Sifilizin serolojik terstlerinde yalancı pozitiflik
- c) Diskoid lupus eritematozus
- d) Fotosensitivite
- e) Soğuk duyarlılığı

AÇIKLAMA: Oral ülserler, sifilizin serolojik testlerinde yalancı pozitiflik, diskoid lupus eritematozus ve fotosensitivite SLE tanısında kullanılan American Rheumatsin Association (ARA) kriterlerindedir. Soğuk duyarlılığı ise bu kriterler arasında yer almamaktadır.

Cevap E (*Odom, Andrews' Diseases of the Skin, 9.baskı, 2000,s.185*)

3. Hangisi stria ile ilişkili durumlardan değildir?

- a) Lokal kortikosteroid tedavisi
- b) SLE
- c) Cushing sendromu
- d) Hamilelik
- e) Sistemik kortikosteroid tedavisi

AÇIKLAMA: Lokal veya sistemik kortikosteroid tedavisi sonucunda, hamilelik ve puberte gibi fizyolojik dönemlerde ve Cushing sendromunda stria oluşabilmektedir. SLE ile strianın herhangi bir ilişkisi yoktur.

Cevap B (*Odom, Andrews' Diseases of the Skin, 9. baskı, 2000,s.646*)

4. Hangisi deriyi ve merkezi sinir sistemini tutan genetik dermatozlardan değildir?

- a) Nörofibromatozis
- b) Sturge-Weber sendromu
- c) İktiyozis
- d) Tüberosklerozis
- e) Ataksia telenjektazi

AÇIKLAMA: Fakomatozlar olarak adlandırılan ve deri ile birlikte merkezi sinir sistemini tutan hastalıklar arasında tüberosklerozis, nörofibromatozis, Sturge-Weber sendromu ve ataksia telenjektazi sayılabilir. İktiyozis ise deri tutulumunun olduğu ancak merkezi sinir sisteminin tutulmadığı bir genetik dermatozdur.

Cevap C (*Odom, Andrews' Diseases of the Skin, 9.baskı, 2000,s.686*)

5. Aşağıdakilerden hangisi ikinci devir sifilizin belirtilerinden değildir?

- a) Şankır
- b) Kondilomata lata
- c) Saç dökülmesi
- d) Gom
- e) a+d

AÇIKLAMA: Şankır birinci devir sifiliz belirtilerindedir. Gom ise skarlar ve doku kaybı ile karakterize 3. devir sifiliz belirtilerindedir. Kondilomata lata ve saç dökülmesi 2. devir sifiliz belirtilerindedir.

Cevap E (*Odom, Andrews' Diseases of the Skin. 9. baskı, 2000,s.449*)

6. Aşağıdaki dermatozlardan hangisinde etken bir vektör aracılığı ile insanlara bulaşmaktadır?

- a) Sifiliz
- b) Verruka vulgaris
- c) Verruka plana
- d) Kutanoz layşmanyazis
- e) Herpes simpleks

AÇIKLAMA: Sayılan dermatozlardan sifiliz, verruka vulgaris, verruka plana ve herpes simplekste etken

DERMATOLOJİ

insandan insana direkt olarak bulaşmaktadır. Sadece kütanöz layşmanyazisde etken sinekler aracılığı ile bulaşmaktadır.

Cevap D (*Odom Andrews' Diseases of the Skin.9. baskı, 2000,s.527*)

7. Hangisi ürtikerin özelliklerinden değildir?

- a) Kaybolduğunda yerinde iz kalmaz
- b) Kaşıntılıdır
- c) Lezyonlar 24 saatten uzun sürer.
- d) Elementer lezyonu ürtika papül veya plağıdır.
- e) Koebner fenomeni görülebilir.

AÇIKLAMA: Ürtiker lezyonları birkaç dakika ile birkaç saat arasında değişen sürelerde kaybolur. **24 saatten uzun süren lezyonlar söz konusu ise öncelikle ürtikaryel vaskülit düşünülmelidir.**

Cevap C (*Tüzün, Dermatoloji 2.baskı, 1994, s.283*)

8. Aşağıdaki elementer lezyonlardan hangisi deri seviyesinden çökük değildir?

- a) Erozyon
- b) Fissür
- c) Ülser
- d) Skuam
- e) Atrofik skar

AÇIKLAMA: Bu elementer lezyonlardan skuam deri seviyesinden yukarıdadır.

Cevap D (*Kotoğyan, Dermatoloji, 2.baskı, 1994,s.40-43*)

9. Aşağıdakilerden deri hastalıklarından hangisinde püstül elementer lezyon olarak görülmez?

- a) Yüzeysel follikülit
- b) Akne sifilitika
- c) Akne vulgaris
- d) İmpetigo herpetiformis
- e) Pitriyazis versikolor

AÇIKLAMA: Pitriyazis versikolorlarda elementer lezyon olarak hiper veya hipopigmente maküller görülür. Diğer dermatozlarda ise püstül beklenen bir lezyondur.

Cevap E (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.88,105,169,475,484*)

10.Tırnakta Beau çizgileri aşağıdakilerden hangisinde görülmez?

- a) Püstüler psöriyazis
- b) SLE
- c) Pellegra
- d) Eritroderma
- e) Pemfigus

AÇIKLAMA: Beau çizgileri şiddetli akut hastalıkların ardından transvers olukların ortaya çıkmasıdır. Pellegra, hepatit, SLE, püstüler psöriyazis, eritroderma gibi durumlarda görülür.

Cevap E (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.535*)

11.Moeller hunter glossiti hangi hastalıkta görülür?

- a) Megaloblastik anemi
- b) Demir eksikliği anemisi
- c) Psöriyazis
- d) C vitamini eksikliği
- e) Raşitizm

AÇIKLAMA: Moeller hunter megaloblastik anemide dilde inflamatuvar kızarıklığın olmasıdır.

Cevap A (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.549*)

12.Ürtikaryen vaskülit için hangisi doğrudur?

- a) Her bir lezyonun 24 saatten fazla sürüyor olması
- b) Artrit, artralji olması
- c) Lezyonların purpura, pigmentasyon bırakarak iyileşmesi
- d) Sedimentasyon yüksekliği
- e) Hiperkomplementemi

AÇIKLAMA: Ürtikaryen vaskülitte hipokomplementemi olur.

Cevap E (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.286*)

13.Erizipelin en sık etkeni nedir?

- a) Stafilokok aureus
- b) Grup B streptokoklar
- c) Grup A streptokoklar
- d) E. Coli
- e) H. İnfluenza

AÇIKLAMA: Erizipel Grup A streptokokların yaptığı deri ve deri altına yüzeyel akut bir sellülitidir.

Cevap C (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.102*)

14.Dermatomiyozit için aşağıdakilerden hangisi spesifik değildir?

- a) Gottron belirtisi
- b) Heliotrop belirtisi
- c) CPK, Aldolaz
- d) Proksimal kaslarda güçsüzlük
- e) Telenjektazi

AÇIKLAMA: Telenjektazi Dermatomiyozit için spesifik değildir.

Cevap E (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.432*)

15.En sık görülen ilaç reaksiyonu tipi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Morbiliform
- b) Ürtiker

- c) Likenoid
- d) Büllöz
- e) Fiks ilaç erüpsiyonu

AÇIKLAMA: Morbiliform en sık ilaç reaksiyonu tipidir. Genelde simetrik, eritematöz maküller vardır.

Cevap A (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.297*)

16.Aşağıdakilerden hangisi Kawazaki Hastalığı'nın semptomu değildir?

- a) Nedeni bilinmeyen ve 5 günden fazla süren ateş
- b) Konjonktivada bilateral konjesyon
- c) Lökopeni
- d) Çilek dil
- e) Avuç içi, ayak tabanındaki kızarıklık

AÇIKLAMA: Kawazakide lökositöz, formülde sola kayma, normokrom normasiter anemi vardır.

Cevap C (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.389*)

17.Aşağıdakilerden hangisi Behçet Hastalığı'nda yapılan bir testtir?

- a) Paterji
- b) Patch
- c) Prick
- d) Strach
- e) İntraepidermal test

AÇIKLAMA: Paterji testi hastaların önkol derilerine iğne batırılarak yapılır. 24 saatte belirginleşip 48 saatte maksimum olur.

Cevap A (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.396*)

18.Aşağıdakilerden hangisi seconder Reynald nedenlerinden değildir?

- a) Kurşun zehirlenmesi
- b) Lösemi
- c) Karpal tünel sendromu
- d) Dermatomiyozi
- e) Hipertiroidi

AÇIKLAMA: Sekonder Reynald nedeni hipotiroidi, polisitemia vera, Sjögren sendromu, kriyoglobulinemi, vaskülitir.

Cevap E (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.401*)

19.Vitiligo aşağıdaki hastalıklardan hangisi ile beraber bulunmaz?

- a) Tip 1 DM
- b) Tip 2 DM
- c) Haşimato tiroidi
- d) Pernisyöz anemi
- e) Behçet hastalığı

AÇIKLAMA: Vitiligo otoimmün bir hastalıktır. Sadece otoimmün hastalıklarla beraberdir.

Cevap B (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.557*)

20.Scabies aşağıdakilerden hangi bölgeyi tutmaz?

- a) El parmak araları
- b) Yüz
- c) Genital bölge
- d) Meme başı areolası
- e) El bilekleri çevresi

AÇIKLAMA: Gale sırt, baş, yüz tutulumu nadirdir.

Cevap B (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.231*)

21.Herediter anjiyoödemde eksik olan faktör hangisidir?

- a) Kompleman 5
- b) Kompleman 3
- c) C1 esteraz inhibitörü
- d) Kompleman 7-8
- e) Kompleman 9

AÇIKLAMA: Hereditör anjiyoödemde C1 esteraz inhibitörü eksiktir.

Cevap C (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.284*)

22.Eritrazmanın etkeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) A grubu streptokoklar
- b) Staf. aureus
- c) Corynebacterium minutissimum
- d) E. Coli
- e) Pseudomonas auroginosa

AÇIKLAMA: Eritrazmanın etkeni Corynebacterium minutissimum'dur.

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

23.Aşağıdakilerden hangisi tırnak değişikliği yapmaz?

- a) Alopesia areata
- b) Liken planus
- c) Psöriyazis
- d) Kontakt dermatit
- e) Parapsöriyazis

AÇIKLAMA: Parapsöriyazisde spesifik tırnak değişikliği bulunmaz. Psöriyaziste yüksek tırnak bulunur.

Cevap E (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.407*)

24.Otuzsekiz yaşında erkek hasta DIF eklemler şişmiş, bel ağrısı, sağ diz şişliği var. Diz ve dirsek bölgesinde eritemli skuamli plaklar mevcut. En muhtemel tanınız nedir?

- a) Psöriyatik artrit
- b) Romatoid artrit
- c) SLE
- d) Gonokoksik artrit
- e) Reiter sendromu

DERMATOLOJİ

AÇIKLAMA: Psöriyatik artrit, psöriyazisin eşlik ettiği, çevresel ve/veya merkezi iskeletin inflamatuvar kronik seyirli artritidir.

Cevap A (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.327*)

25.Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde oral tutulum yoktur?

- a) Liken planus
- b) Pitriyazis rozea
- c) Psöriyazis
- d) Behçet hastalığı
- e) Pemfigus

AÇIKLAMA: Pitriyazis rozea eritematöz skuamli lezyonlarla karakterize bir hastalıktır. Oral tutulum nadirdir.

Cevap B (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.435*)

26.Tırnaklarda punktiform depresyon hangi histolojik bulgu ile beraberdir?

- a) Akantoz
- b) Parakeratoz
- c) Papillomatöz
- d) Hiperkeratoz
- e) Likenifikasyon

AÇIKLAMA: Yüksük tırnaktaki çukurcuklar, proksimal tırnak kıvrımından dışarıya distal olarak hareket eden tırnak plağının yüzeyindeki zayıf yapışma gösteren parakeratozik adacıkların deskuamasyonu sonucu oluşur.

Cevap A (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.529*)

27.Aşağıdakilerden hangisi polimorfik lezyon yapar?

- a) Duhring hastalığı
- b) Kızamık
- c) Psöriyazis
- d) Atopik dermatit
- e) Tinea pedis

AÇIKLAMA: Duhring hastalığı eritem halinde makülöz elemanlarla başlar. Bunlar daha sonra ödemli papüllere döner, zamanla veziküller meydana gelir. Veziküller kaşıntı nedeniyle yırtılır ve kırmızı kahverengi krutlarla örtülü eritemli papüller görülür.

Cevap A (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.455*)

28.Aşağıdakilerden hangisi rozasea bulgularından değildir?

- a) Papül
- b) Telenjektazi
- c) Püstül
- d) Eritem
- e) Komedon

AÇIKLAMA: Rozasea simetrik olarak yüze yerleşir. Eritem ve telenjektazi, papül, püstül görülür. Komedon ve skatris olmaz.

Cevap E (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.488*)

29.Aşağıdakilerden hangisi skatrisiyel alopesi nedenlerden değildir?

- a) Lupus eritematozus
- b) Trikotillomani
- c) Skleroderma
- d) Sarkoidoz
- e) Nekrobiyozis lipoidika diabetikorm

AÇIKLAMA: Liken planus, skatrisiyel pemfigoid, graham-little sendromu ve folikülitis keloidalide de skatrisiyel alopesi oluşur.

Cevap B (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.524*)

30.Çivi belirtisi aşağıdakilerden hangisinde görülür?

- a) Lupus vulgaris
- b) Sifiliz
- c) Lepra
- d) Leishmania
- e) Psöriyazis

AÇIKLAMA: Leishmaniada krut kaldırılınca alt yüzünde uzun çıkıntılar görülür. Buna **Hulusi Behçet'in çivi belirtisi** denir.

Cevap D (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.226*)

31.Lucio Fenomeni aşağıdaki hastalıklardan hangisinde olur?

- a) Sifiliz
- b) Deri tüberkülozu
- c) Lepra
- d) Mikozis fungoides
- e) Leishmania

AÇIKLAMA: Uzun süre tedavi görmeyen lepramatöz lepralı olgularda küçük pembe renkli deri belirtileri ortaya çıkar ve bu belirtilerin belirsiz olup ağrılıdır. Birkaç günde ülserleşir. Buna **Lucio Fenomeni** denir.

Cevap C (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.139*)

32.Birbuçuk yaşında yüzün sol tarafında sellülitli olan hastada, aynı zamanda sol kulakta ağrı ve akıntı şikayeti mevcuttur. Etiyolojik ajan olarak ilk hangi mikroorganizma düşünülür?

- a) A grubu beta hemolitik streptokoklar
- b) Staf. aureus
- c) H. influenza
- d) N. meningitis
- e) P. aeruginosa

AÇIKLAMA: 3 ay-3 yaş arası çocuklarda en sık selülit etkeni H. influenza'dır. Yüzde simetrik tutulum yapar.

Cevap C (Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.103)

33.Yeni açılmış bir bülün tabanından hazırlanan Tzanck preparatında; yuvarlak, geniş hiperkromatik nükleuslu, homojen sitoplazmalı akantolitik hücreler hangi hastalık için tipiktir?

- a) Benign familiyal kronik pemfigus
- b) Herpes gestasyonis
- c) Pemfigus vulgaris
- d) Büllöz pemfigoid
- e) Dermatitis herpetiformis

AÇIKLAMA: Pemfigus vulgariste yeni açılmış bir bülün tabanından yapılan sürüntü Giemsa veya Papanicolau boyanarak mikroskopta incelenirse tek tek ya da gruplar halinde yuvarlak, geniş hiperkromatik nükleuslu ve homojen sitoplazmalı akantolitik hücreler görülür. Bu sitolojik inceleme histopatolojinin yerine kullanılmazsa da pemfigus vulgaristeki akantolizisin gösterilmesi için tipiktir.

Cevap C (Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.355)

34.Allerjik kontakt dermatitte epidermise penetre olan antijeni alıp işleyerek T lenfositlerine sunan hücreler hangisidir?

- a) Langerhans hücreleri
- b) Makrofajlar
- c) Monositler
- d) Eozinofiller
- e) Keratinositler

AÇIKLAMA: Allerjik kontakt dermatit geç tip aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Epidermise penetre olan antijenler (haptin) Langerhans hücreleri içine alınarak işlenir ve tekrar hücre yüzeyinde HLA-DR ile birlikte belirerek bölgesel lenf nodlarında T helper lenfositlere sunulur. Sonuçta antijen tanıyıcı T hücreleri oluşur.

Cevap A (Fitzpatrick, Dermatology in General Medicine, 4.baskı, s.1532-1533)

35.Aşağıdakilerden hangisi geç konjenital sifilizin bir bulgusu değildir?

- a) Parrot'un psödoparalizisi
- b) Kılıç kını tibia
- c) Hutchinson dişleri
- d) İnterstisiyel keratit
- e) 8. sinir sağırılığı

AÇIKLAMA: Parrot'un psödoparalizisi erken konjenital sifilizde görülür. Özellikle uzun kemiklerin uç kısımlarında ortaya çıkan osteokondritis sonucu bu bölgelerde ağrı oluşur ve o ekstremitte hareket ettirilmek istenmediğinden psödoparalizi ortaya çıkar.

Cevap A (Orkin, Dermatology, 1991, s.111)

36.Aşağıdakilerden hangisi Atopik Dermatitin tanı kriterlerindeki temel bulgulardan değildir?

- a) Pruritus
- b) Tipik morfoloji ve dağılım
- c) Serum IgE yüksekliği
- d) Kronik veya kronik yineleyen dermatit
- e) Kişisel veya ailesel atopi hikayesi

AÇIKLAMA: Hanifin ve Rajka'nın tanı kriterlerine göre serum IgE yüksekliği minör bulgular arasındadır. Buna göre atopik dermatitin tanısı için en az üç temel bulguya ek olarak atopik dermatit ile ilişkili olduğu kabul edilen üç veya daha fazla minör bulgu olmalıdır.

Cevap C (Orkin, Dermatology, 1991, s.467)

37.En kötü prognoza sahip olan malign melanom tipi hangisidir?

- a) Lentigo maligna
- b) Nodüler malign melanom
- c) Lentigo maligna melanoma
- d) Yüzeysel yayılan malign melanom
- e) Akral lentiginöz malign melanom

AÇIKLAMA: Malign melanomlarda prognozu tümörün dermise invazyonu (kalınlığı) belirler. Nodüler malign melanom vertikal yayıldığından daha çabuk dermise invazyon yapar ve bu nedenle prognozu daha kötüdür.

Cevap B (Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.670)

FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON

1. Spastisite ile ilişkili olarak aşağıdaki ifadelerden hangisi doğru değildir?

- Spastisite hastanın kendine bakım işlerinin yapılmasını engellerse tedavi edilmelidir.
- Spastisite transfer aktivitelerine engel oluyorsa tedavi edilmelidir.
- Spastisite ayakta durmaya yardımcı ise tedavi edilmemelidir.
- Spastisite tedavisinde öncelikle nosiseptif ve eksteroseptif stimulus kaynakları ortadan kaldırılmaya çalışılmalıdır.
- Kas germe programını takiben spastisitede azalma birkaç gün devam eder.

AÇIKLAMA: Kas germe programını takiben spastisitede azalma birkaç değil birkaç saat devam eder. Bu nedenle "e" şıkkındaki ifade yanlıştır.

Cevap E (*Braddom, Physical Medicine and Rehabilitation, 2.baskı, 2000, s.1230-1282*)

2. Aşağıdakilerden hangisi spinal ortez kullanım amaçlarından biri değildir?

- Ağrıyı azaltma
- Mekanik olarak yükü artırma
- Travmatik yaralanma sonrası spinal immobilizasyon
- Kompresyon fraktürü tedavisi
- Belli hareketlerden kaçınmak için kinestetik hatırlatıcı

AÇIKLAMA: Spinal ortezler aksiyal yüklenmeyi azaltmak için kullanılır. Bu nedenle b şıkkındaki ifade doğru değildir. Diğer şıklardaki ifadeler spinal ortezlerin kullanım amaçları arasında yer almaktadır.

Cevap B (*O'Young, Physical Medicine and Rehabilitation Secrets, 1997, s.570-573; Diniz, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, 2000, s.153-184*)

3. Aşağıdakilerden hangisi spinal ortez kullanımının potansiyel komplikasyonlarından biri değildir?

- Yumuşak doku kontraktürleri
- Uzun süreli kullanımda kas atrofisi
- Osteopeni
- Fiziksel ve psikolojik bağımlılık
- Ortezin uçlarında segmental harekette azalma

AÇIKLAMA: Spinal ortez kullanımıyla immobilize segmentlerin uçlarında hareket artışı olur. Bu nedenle "e" şıkkındaki ifade doğru değildir. Diğer şıklardaki

ifadeler ortez kullanımının potansiyel komplikasyonlarıdır.

Cevap E (*O'Young, Physical Medicine and Rehabilitation Secrets, 1997, s.570-573*)

4. Spinal kord yaralanmasında tanımlanan klinik sendromlardan hangisi sıklıkla hiperekstansiyon yaralanmasını takiben boyunda dejeneratif değişiklikleri olan yaşlı kişilerde ortaya çıkar?

- Santral kord sendromu
- Brown-Sequard sendromu
- Anterior kord sendromu
- Kauda equina sendromu
- Konus medullaris sendromu

AÇIKLAMA: Santral kord sendromu, hiperekstansiyon yaralanmasını takiben boyunda dejeneratif değişiklikleri olan yaşlı kişilerde sık olarak görülür.

Cevap A (*Braddom, Physical Medicine and Rehabilitation, 2.baskı, 2000, s.1230-1282*)

5. Hangisi medulla spinalis yaralanması komplikasyonu değildir?

- Otonom disrefleksi
- Spastisite
- Heterotopik ossifikasyon
- Derin ven trombozu
- Deri döküntüsü

AÇIKLAMA: Medulla spinalis yaralanmalarında cilt komplikasyonu bası yaralarıdır. Diğer şıklarda yer alan durumlar sıklıkla karşılaşılan komplikasyonlardır.

Cevap E (*Hancı, Medulla Spinalis Yaralanmaları, 2000, s.370,428,455,472*)

6. İnme rehabilitasyonu uygulanan bir hastanın ambulasyonu başarmasına aşağıdakilerden hangisi engel değildir?

- Komutları izleyememe
- Ayakta durma dengesinin olmaması
- Kalça-diz ve ayak bileğinde kontraktürün olması
- Tutulan kalça, diz ve ayak bileğini istemli olarak stabilize edememe
- Tutulan alt ekstremitede yüzeysel duyu olmaması

AÇIKLAMA: Hasta komutları izleyebilmelidir (sözel ya da demonstrasyonla olabilir).

FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON

Hastanın ambulasyonu başarabilmesi için ayakta durma dengesinin olması gerekir.

Kalça, diz ve ayak bileğinde kontraktürlerin olmaması gerekir.

Tutulan kalça, diz ve ayak bileğini istemli olarak stabilize edebilmesi gerekir.

Ambulasyon için alt ekstremitede yüzeysel duyunun olması şart değildir.

Cevap E (*Kumral, Akut İskemik İnme, s.329-358*)

7. Strain nedir?

- Kas-tendon yaralanması
- Ligament yaralanması
- Künt travmaya bağlı yaralanma
- Yumuşak doku romatizması
- Stres fraktürü

AÇIKLAMA: Kontüzyon yumuşak dokuya gelen künt travma sonrası gelişen ağrı, şişlik ve renk değişikliği ile sonuçlanan yaralanma türüdür. **Sprain** eklemdaki ligament yaralanmasıdır. Bükülme veya burkulma sonrası eklemdaki aşırı gerilmeye bağlı olarak ortaya çıkan ligament yaralanmasına verilen addır. **Strain** ise kas veya tendonların aşırı derecede gerilme veya kontraksiyona bağlı olarak gelişen yaralanma biçimidir.

Cevap A (*International Olympic Committee: Sports Medicine Manual, 1990, s.290*)

8. Aşağıdakilerden hangisi sporcularda görülen aşırı kullanım sendromlarına bir örnektir?

- Hamstring strain
- İliotibial band friksiyon sendromu
- Uzun kemik fraktürü
- Ön çapraz bağ rüptürü
- Ayak bileği sprain

AÇIKLAMA: Sportif yaralanmalarda akut yaralanmalar ve aşırı kullanım yaralanmaları olmak üzere başlıca 2 temel kategori vardır: Akut yaralanmalar bir travmayı takiben oluşur. Sprain, strain ve kontraktür bu gruba girer. Aşırı kullanma sendromları ise kas ve tendon yapılarının tekrarlayan minör yüklenmelerinin birikimi sonucu oluşur. Tendonlardaki tekrarlayan friksiyonel güçler tendonda inflamasyon yaratır ve tendinit oluşuma neden olur. İliotibial band friksiyon sendromu özellikle koşu sırasında dizin tekrarlayan fleksiyon-ekstansiyonu ile İT bandın femoral kondil üzerinde sürtünmesi ve irritasyonu sonucunda ortaya çıkan bir aşırı kullanım sendromudur.

Cevap B (*Brotzman, Clinical Orthopaedic Rehabilitation, 1999, s.225; International Olympic Committee, Sports Medicine Manual, 1990, s.338; Oğuz, Tıbbi Rehabilitasyon, 1995, s.609*)

9. Ön çapraz bağ lezyonlarının postoperatif rehabilitasyonunun ilk fazında hangi egzersiz yasaklanır?

- Açık hamstring egzersizi
- Kapalı kuadriseps egzersizi
- Açık kuadriseps egzersizi
- Kalça abduktör güçlendirme egzersizi
- İzometrik kuadriseps egzersizi

AÇIKLAMA: Ön çapraz bağ operasyonlarında tendon greftleriyle ön çapraz bağın rekonstrüksiyonu gerçekleştirilmektedir. Postoperatif rehabilitasyonda amaç; bir yandan grefti korurken, bu süre içinde yeterli kas gücü, endurans, koordinasyon, EHA sağlamak ve en kısa zamanda güvenli bir şekilde spora dönüşü sağlamaktır. Açık kuadriseps egzersizleri tibianın femur üzerinde öne kaymasına neden olarak ön çapraz bağ ve greft üzerindeki stresin artmasına neden olur. Bu nedenle tamir stabil olana kadar yani yaklaşık 7-8 haftaya kadar bu tür egzersizler yasaklanır.

Cevap C (*Brotzman, Clinical Orthopaedic Rehabilitation, 1999, s.188*)

10. Koşucu dizinin rehabilitasyonunda hangi kasın güçlendirilmesi hedeflenir?

- Vastus lateralis
- Vastus medialis obliquus
- Rektus femoris
- Hamstring
- Vastus intermedius

AÇIKLAMA: Koşucu dizi patellofemoral ağrı sendromunun diğer adıdır. Bu sendrom, koşucularda dizin fleksiyonu sırasında patella ile femur arasındaki eklem kıkırdağındaki aşınmaya bağlı olarak gelişmektedir. Patellanın medial aktif stabilizatörü vastus medialis obliquus kası olduğundan rehabilitasyonda bu kasın seçici güçlendirmesi önem taşır.

Cevap B (*Brotzman, Clinical Orthopaedic Rehabilitation, 1999, s.231*)

11. Kalça artroplastisi sonrası aşağıdakilerden hangisi hastalara önerilmez?

- Yatarken ve otururken bacakların arasına yastık konmalı
- Otururken alçak sandalye kullanılmalı
- Bacak bacak üstüne atılmamalı
- Ayaktayken eğilerek yerden bir şey alınmamalı
- Opere edilen taraf üzerine yatırılmamalı

AÇIKLAMA: Kalça artroplastisi sonrasında dislokasyon riski kalça eklemine adduksiyon, eksternal rotasyon ve aşırı fleksiyonu ile artar. Bu nedenle 6 hafta süreyle bu hareketleri içeren aktiviteler yasaklanır.

Aşırı kalça fleksiyonundan kaçınmak için hastaya yüksek sandalyelerde oturması önerilir.

Cevap B (*Brotzman, Clinical Orthopaedic Rehabilitation, 1999, s.293-294*)

12.Kırık rehabilitasyonunda alçı içindeyken başlanabilen egzersiz türü hangisidir?

- a) Eklem hareket açıklığı egzersizleri
- b) İzometrik egzersizler
- c) Konsantrik egzersizler
- d) Eksantrik egzersizler
- e) İzokinetik egzersizler

AÇIKLAMA: İzometrik egzersiz, kasın boyu değişmeksizin güçlenmeyi sağlayan bir egzersiz türüdür. Eklem hareketine neden olmadığından kırık fragman üzerine en az stres getiren güçlendirme egzersizidir. Bu nedenle kas atrofisini önlemek amacıyla erken dönemden itibaren önerilebilecek bir egzersiz türüdür.

Cevap B (*Oğuz, Tıbbi Rehabilitasyon, 1995, s.519*)

13.Travmadan sonra çok kısa bir süre içinde dizde gelişen hemartrozda ilk akla gelen patoloji ne olmalıdır?

- a) Menisküs lezyonu
- b) Patellofemoral ağrı sendromu
- c) Patellar tendinit
- d) Gonartroz
- e) Ön çapraz bağ lezyonu

AÇIKLAMA: Travma sonrası dizde kısa süre içinde gelişen şişlik hemartroz düşündürür ve %75'inin nedeni ön çapraz bağ lezyonudur.

Cevap E (*Skinner, Current Diagnosis and Treatment in Orthopedics, 1995, s.129*)

14.Hangisi ayak bileği sprain'le ilgili yanlış bir ifadedir?

- a) En sık inversiyon yaralanması görülür.
- b) En sık anterior talofibuler ligament lezyonu görülür.
- c) En sık sıçrama sporlarında görülür.
- d) En sık eversiyon yaralanması görülür.
- e) En sık deltoid ligamenet lezyonu görülür.

AÇIKLAMA: Ayağın lateral stabilizasyonu daha kuvvetli olduğundan burkulmalarda en sık inversiyon yaralanması görülür.

Cevap A (*Skinner, Current Diagnosis and Treatment in Orthopedics, 1995, s.146; Brotzman, Clinical Orthopaedic Rehabilitation, 1999, s.293-294*)

15.Tedavi edici masaj hangi manevrayla başlar ve biter?

- a) Tapotman
- b) Petrisaj
- c) Friksiyon
- d) Öfleraj
- e) Vibrasyon

AÇIKLAMA: Öfleraj, sakinleştirici ve venöz-lenfatik dönüşü artırıcı etkisi ön planda olduğu için her masaj uygulamasının başlangıç ve bitiş manuplasyonudur.

Cevap D (*Beyazova, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, 1.baskı, 2000, s.845*)

16.Servikal traksiyon sırasında boyun hangi pozisyonda bulundurulmalıdır?

- a) Nötral
- b) Fleksiyon
- c) Ekstansiyon
- d) Lateral fleksiyon
- e) Rotasyon

AÇIKLAMA: Servikal traksiyon sırasında intervertebral foramen ve vertebral kanalın maksimum açıklığının sağlanması tedavi başarısını arttıracak bir faktördür. Bu nedenle maksimum açılmaya sağlayan 20-30 derecelik fleksiyon pozisyonu en çok tercih edilen pozisyonudur.

Cevap B (*Beyazova, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, 1.baskı, 2000, s.839*)

17.Altmış yaşında kadın bir olguda, sağ dizinde ağrı, ısı artışı ve şişlik yakınmaları mevcuttur. Yapılan klinik bakı, laboratuvar ve radyolojik incelemeleri sonucunda gonartroza sekonder gelişen bir sinovit tanısı konmuştur. Sağ dizde gelişmesi olası kas atrofisini önlemeye yönelik olarak hangi tip egzersizi önerirsiniz?

- a) İzokinetik egzersizleri
- b) De Lorme egzersizleri
- c) Oksfort egzersizleri
- d) İzometrik egzersizleri
- e) Progresif resistif egzersizleri

AÇIKLAMA: Kas veya eklem inflamasyon varlığında dirençli egzersizler uygulanmaz. Yüklenmenin eklem içi basıncını artırdığı, bunun da inflamasyonu ve şişliği, dolayısıyla kas ve eklem hasarını artıracak düşünülür. Yukarıdaki a, b, c ve e yanıtları bir dirence karşı yapılan egzersizlerdir. İzometrik egzersiz, eklem hareketi olmaksızın kas kasılmasının olduğu statik egzersizdir. Direnç uygulanmaksızın yapılan izometrik egzersizleri eklem içi basıncında ve kas kuvvetinde artışa yol açmaz. Rehabilitasyonun erken dönemlerinde kas atrofisini önlemek amacıyla da uygulanır.

Cevap D (Beyazova, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, 1.baskı, 2000, s.918)

18.Aşağıdaki fizik tedavi modalitelerinden hangisi derin ısıtıcıdır?

- a) Ultrason
- b) İnfraruj
- c) Parafin banyosu
- d) Girdap banyosu
- e) Hot pack (sıcak paket)

AÇIKLAMA: Fizik tedavide kullanılan ısıtıcılar doku penetrasyon derinliğine göre yüzeysel ve derin ısıtıcı olmak üzere ikiye ayrılır.

Yüzeysel ısıtıcılar; infraruj, hot pack, fluïodo terapi, girdap banyoları, parafin banyosu

Derin ısıtıcılar; ultrason, kısa dalga ve mikrodalga diatermidir.

Cevap A (Beyazova, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, 2001, s.760)

19.Hangisi bel ağrısı nedeni değildir?

- a) Lomber kanal darlığı
- b) Ankilozan hiperostoz
- c) Mal de Pott
- d) Ochronozis
- e) De Quervain hastalığı

AÇIKLAMA: De Quervain hastalığı abduktor pollicis longus ve ekstansör pollicis brevis tendonlarının, distal radius üzerinde fleksör retinakulum altından geçerken sürtünmeye bağlı gelişen stenoz ve inflamasyonla sonuçlanan ve el bileğinin radyalinde ve özellikle radyal stiloid üzerinde ağrıya yol açan bir tenosinovitidir.

Cevap E (Gümüşiş, Klinik Romatoloji, 1999, s.120, 561)

20.Hangisi spinal stenoz kökenli siyatolji ağrısının özelliğı değildir?

- a) Ağrı ayakta durmak ve yürümekle artar.
- b) Ağrı ayakta durmak ve yürümekle azalır.
- c) Ağrı oturmak ve öne eğilmekle azalır.
- d) Ağrı geriye doğru eğilmekle artar.
- e) Ağrı yokuş yukarı yürümekle azalır.

AÇIKLAMA: Lomber bölgenin ekstansiyonuna yönelik hareketleri ve pozisyonları spinal kanalda daralmaya neden olarak yakınmalarını artırır.

Cevap B (Gümüşiş, Klinik Romatoloji, 1999, s.123)

21.Belden sağ bacağına yayılan ağrı yakınması ile başvuran olguda, yapılan fizik muayenesinde sağ topuğı üzerinde yürüyemediğı ve sağ ayak dorsalinde 1. ve 2. parmak arasında hipoestezi

saptanmıştır. Olası bir disk hernisi hangi aralığına ait olabilir?

- a) L₁-L₂ intervertebral disk herniasyonu
- b) L₂-L₃ intervertebral disk herniasyonu
- c) L₃-L₄ intervertebral disk herniasyonu
- d) L₄-L₅ intervertebral disk herniasyonu
- e) L₅-S₁ intervertebral disk herniasyonu

AÇIKLAMA: L5'e ait kök tutuluşunda tibialis anterior, ayak parmağı ekstansörleri ve ekstansör hallusis longusun kas güçsüzlüğüne bağlı topuk üzerinde yürüyememe ve dış bacak ve ayak sırtından başparmağına uzanan duyu kusuru saptanır. L₄-L₅ intervertebral foramenden L₄ spinal sinir çıkar. Ancak; bu intervertebral aralığına ait bir posteriolateral disk herniasyonu genellikle bir alttaki sinir olan L₅'i etkiler.

Cevap D (Beyazova, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, 1.baskı, 2000, s.1467)

22.Omuz sıkışma sendromunda en çok etkilenen yapı hangisidir?

- a) İnfraspinatus kası
- b) Subskapularis kası
- c) Teres minör kası
- d) Supraspinatus kası
- e) Serratus anterior kası

AÇIKLAMA: İnfraspinatus, subskapularis, teres minör ve supraspinatus kasları rotator kafı oluşturur. Serratus anterior kası skapulanın medial kenarına tutunur. Humerus başı ile akromion ve akromio-korokoid bağ arasında rotator kafı oluşturan kaslar sıkışabilir. **Omuz sıkışma (impingement) sendromunda en sık supraspinatus ve subakromial bursa etkilenir.**

Cevap D (Gümüşiş, Klinik Romatoloji, 1999, s.558)

23.Aşağıdakilerden hangisi primer osteoporoz değildir?

- a) Senil osteoporoz
- b) Tip II osteoporoz
- c) Postmenopozal osteoporoz
- d) Jüvenil osteoporoz
- e) Hipertiroidi osteoporozu

AÇIKLAMA: Hipertiroidiye bağlı osteoporoz sekonder osteoporozdur.

Cevap E (Kanis, Osteoporosis, 1994, s.99)

24.De Quervain hastalığında kullanılan test hangisidir?

- a) Yergason testi
- b) Speed testi
- c) Ağrılı ark testi

- d) Finkelstein testi
e) Drop arm testi

AÇIKLAMA: Yergason ve Speed testi bisibital tendinitde, ağırlı ark testi impingement sendromu ve supraspinatus tendinitinde, drop arm (kol düşme) testi rotator kaf yırtıklarında kullanılır.

Cevap D (*Gümüşiş, Klinik Romatoloji, 1999, s.120, 561*)

25.Radiküler ağrıda sinir germe testi olarak kullanılmayan test hangisidir?

- a) Laseque testi
b) Neri testi
c) Bowstring testi
d) Düz bacak kaldırma testi
e) Adson testi

AÇIKLAMA: Adson testi servikal kot ve skalenius antikus sendromunda kullanılan bir testtir.

Cevap E (*Göksoy, Romatizmal Hastalıkların Tanı ve Tedavisi, 2002, s.278*)

26.Kas atrofisini önlemek için hangisini önermezsiniz?

- a) Progresif dirençli egzersizleri
b) Aktif dirençli egzersizleri
c) İzokinetik egzersizleri
d) Pasif egzersizleri
e) İzometrik dirençli egzersizleri

AÇIKLAMA: Kas kuvvetinde artış dirençli egzersizlerle sağlanabilir. Dirençli egzersiz; dinamik veya statik kas kasılmasına bir kuvvetle karşı konulmasıyla gerçekleştirilir. Yanıtlardan a, b, c dinamik, e statik bir kas kasılması yapar. Pasif egzersizinin amacı; eklem ve yumuşak doku hareketliliğini sağlamak, kontraktür oluşumunu engellemek, kasın elastisitesini korumak, dolaşıma yardımcı olmak ve eklem hareket açıklığını korumak ve artırmaktır. **Pasif egzersiz kas atrofisini engellemez, kas kuvveti ve dayanıklılığında artış sağlamaz.**

Cevap D (*Beyazova, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, 1.baskı, 2000, s.910-912*)

27.Gut ile ilgili olarak aşağıdaki bilgilerin hangisi doğru değildir?

- a) Uzamış hiperürisemi asemptomatik olsa bile önemli bir renal taş nedenidir.

b) Kronik gut geliştirebilecek hastaların oranı kesin değildir, hiperüriseminin kontrol edilememesi ile ilişkilidir.

c) İlk iki yılda tofus gelişmesi çok nadirdir, genellikle ilk tofusün gelişmesi için 10 yıl gereklidir.

d) Araya giren akut bir hastalık, travma, cerrahi, alkol akut atağı presipite edebilir.

e) Akut gut atağında sepsisi hatırlatacak tarzda yüksek ateş ve lökositoz gibi sistemik bulgular eşlik edebilir.

AÇIKLAMA: Hiperürisemi ve gut arasındaki ayırım önemlidir. Hiperürisemi, gut'un gelişiminde risk faktördür ve ürat konsantrasyonunun artmasıyla bu risk de artar. Öte yandan pekçok hiperürisemik kişide gut gelişmez. Kemoterapiyle ilişkili olarak aşırı üretilen ürat, renal tübüllerde ürik asit kristalleri şeklinde depolanabilir. Bu durumda akut renal yetmezlik gelişebilir. Gut'ta renal taş insidansı yıllık %1, asemptomatik hiperürisemide ise %0.3 kadardır. Ürik asit veya kalsiyum oksalat taşları olabilirler.

Atakların %90'ı monoartikülerdir, sistemik bulgular yoktur veya hafiftir. Bazı vakalarda tek bir eklem tutulumu ile birlikte yüksek ateş ve lökositoz gibi sistemik bulgular olabilir.

Cevap A (*Klippel, Rheumatology, 2.baskı, 2.cilt, 8:14.1-14*)

28.Aşağıdakilerden hangisi kemik yapım-yıkım belirteçlerinden değildir?

- a) Osteokalsin
b) Kemik spesifik alkalen fosfataz
c) Kalsiyum
d) Piridinolin
e) N telopeptid

AÇIKLAMA: Kemik yapım belirteçleri:

- Kemik spesifik alkalen fosfataz
 - Osteokalsin
 - Total alkalen fosfataz
 - Karboksiterminal propeptid tip 1
 - Aminoterminal propeptid tip 1
- Kemik yıkım belirteçleri:**
- Tartrat rezistan asit fosfataz
 - Piridinolin
 - Deoksiipiridinolin
 - Hidroksiprolin
 - Hidroksilizin glikozitleri
 - N telopeptid
 - Kemik siyaloprotein

Cevap C (*Ruddy, Kelley's Textbook of Rheumatology, 6.baskı, 2001, s.1621*)

GÖĞÜS-KALP-DAMAR CERRAHİSİ

1. Toraks travmalarında en sık görülen patoloji hangisidir?

- a) Kot fraktürleri
- b) Pnömotoraks
- c) Hemotoraks
- d) Yelken göğüs
- e) Scapula fraktürü

AÇIKLAMA: Toraks travmalarında %35-40 oranla en sık kot fraktürleri görülür.

Cevap A (*Shields, General Thoracic Surgery, 4.baskı, 1994, s.770*)

2. Toraks duvarında solunumla ters hareket eden bir bölgenin oluşmasına ne denir?

- a) Paradoks solunum
- b) Pektus carinatum
- c) Yelken göğüs
- d) Cilt altı amfizemi
- e) Kapalı pnömotoraks

AÇIKLAMA: Toraks duvarında solunumla ters hareket eden bir bölgenin oluşmasına **yelken göğüs (flail chest)** denir. **Ardışık en az 3 kostanın en az 2 yerden kırılması sonucunda oluşur.** Çocuklarda daha az görülür. Paradoks hareket sonucu solunum yetmezliği gelişebilir.

Cevap C (*Yüksel, Göğüs cerrahisi, 1.baskı, 2001, 449-50*)

3. Ekinokokkus granülozus için hangisi ara konaktır?

- a) Köpek
- b) Kurt
- c) Çakal
- d) İnsan
- e) Dino

AÇIKLAMA: Ana konak olan köpek, kurt, çakal ve dino gibi çeşitli karnivorların ince bağırsaklarında Ekinokokkus granülozusun olgun hali yaşamaktadır. Skoleks ve 3 halkadan oluşur. Son halkalarda yumurta bulunur. Yumurtalar son halka ile birlikte ana konakçının dışkıyla dışarı atılır. Yumurtalar su, pişirilmeden veya iyi yıkanmadan yenen sebze veya meyve, kollarına yumurtaları yapışmış olan köpeklerle yakın temas sonucu insanların da dahil olduğu ara konakçılar tarafından alınmaktadır.

Cevap D (*Yüksel, Göğüs Cerrahisi, 1.baskı, 2001, s.647-8*)

4. Akciğer alveollerinin yüzey gerilimini sağlayan "sürfaktan" isimli madde hangi alveoler hücrelerce sentez edilip salgılanmaktadır?

- a) Tip I pnömosit
- b) Tip II pnömosit
- c) Clara hücresi
- d) Goblet hücresi
- e) Fırça hücresi

AÇIKLAMA: Tip II pnömositler, alveoler yüzeyin %5-8'ini kaplamaktadırlar. Alveoler yüzeyin %92-95'ini kaplayan ve alveolokapiller hava-kan bariyerini oluşturan Tip I pnömositler ile karşılaştırıldıklarında, bu hücrelerden çok farklı bir biçimde, sitoplazmalarında yüzey aktif fosfolipid ("sürfaktan") olarak bilinen lamellar cisimcikler içerirler. Clara ve Goblet hücreleri alveollerde yer almazlar. Fırça hücreleri ise henüz işlevleri tam anlaşılammış, sitoplazmalarında kalın mikrofibriller içeren, salgısal özelliği olmadığı düşünülen hücrelerdir.

Cevap B (*Shields, General Thoracic Surgery, 2000, s.36*)

5. Tanısı konamamış mediastinal lenfadenopatiyle seyreden akciğer hastalıklarında tanısız amaçla, akciğer karsinomunda ise torakotomi öncesinde evreleme amacıyla kullanılan standart servikal mediastinoskopide, mediastinoskop hangi anatomik yapılar arasından ilerletilmektedir?

- a) Trakea-prevertebral fasya
- b) Trakea-retrotrakeal fasya
- c) Trakea-bukkofaringeal fasya
- d) Trakea-pretrakeal fasya
- e) Trakea-alar fasya

AÇIKLAMA: Mediastinoskopi yüksek doğruluk oranlarına sahip, aynı zamanda çok düşük morbiditeli bir invaziv tanısız yöntemdir. Genel anestezi altında, incisura jugularis üstünden yapılan birkaç cm'lik bir ciltaltı ve platizma insizyonundan sonra, pretrakeal fasyanın insizyonunu takiben, trakea ve pretrakeal fasya arasında oluşturulan tünelden mediastinoskopun ilerletilmesi ile, pretrakeal, paratrakeal, anterior subkarinal lenf bezlerinden örneklemeler yapılabilmektedir.

Cevap D (*Shields, General Thoracic Surgery, 2000, s.274-277*)

6. Standart servikal mediastinoskopi ile hangi mediastinal lenf bezlerinden örnekleme yapılamaz?

- Pretrakeal lenf bezleri
- Üst paratrakeal lenf bezleri
- Alt paratrakeal lenf bezleri
- Anterior subkarinal lenf bezleri
- Aortikopulmoner lenf bezleri

AÇIKLAMA: Aortikopulmoner bölge yerleşimliler dışında, yukarıdaki şıklarda belirtilen tüm lenf bezlerinden mediastinoskopi ile örnekleme yapılabilmektedir. Aortikopulmoner yerleşimi lenf bezlerinin örneklenmesi için, anterior mediastinotomi /mediastinoskopi veya ekstended mediastinoskopi uygulanmalıdır.

Cevap E (Shields, General Thoracic Surgery, 2000, s.274-278)

7. Bronkoskopik incelemelerle ilgili olarak aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- Trakeal obstrüksiyonlarda kullanılabilmesi rijid bronkoskopun bir avantajıdır.
- Trakeal striktürleri dilate etmek amacıyla bronkoskop kullanılacaksa rijid bronkoskop seçilmelidir.
- Masif hemoptizili bir hastada bronkoskopi yapılacaksa fleksibl fiberoptik bronkoskop tercih edilmelidir.
- Akciğerlerin üst loblarından periferik biyopsi yapılması planlanıyorsa, fleksibl fiberoptik bronkoskop tercih edilmelidir.
- Trakeobronşiyal ağaca aspire edilen yabancı cisimlerin çıkartılmasında, rijid bronkoskopi fleksibl fiberoptik bronkoskopiye oranla daha avantajlıdır.

AÇIKLAMA: Fleksibl fiberoptik bronkoskopların aspirasyon kanalları dar olduğundan, masif hemoptizili olgularda seçilmeleri hatalıdır. Böyle hastalarda hem çok geniş bir havayolu sağlayan, hem de mevcut trakeobronşiyal hemorajiyi rahatlıkla aspire etmeye elverişli olan rijid bronkoskoplar seçilmelidir.

Cevap C (Shields, General Thoracic Surgery, 2000, s.260-261)

8. Bronşektazi ile ilgili olarak aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- Selektif immünoglobulin A eksikliği, alfa-1-antitripsin eksikliği, primer hipogammaglobulinemi konjenital bronşektazi nedenleri arasındadır.
- Bronşektazili olgular bazen aylar boyu süren öksürük ve bol miktarda mukopürülan balgam ekspektorasyonu ile karakterize, sık tekrarlayan inatçı akciğer enfeksiyonları sergilerler.

c) Fiberoptik bronkoskopi, bronkografi ve yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi bronşektazi tanısında başvurulan yöntemlerdir.

d) Bronşektazi en çok sol akciğerin üst lobunda izlenmektedir.

e) Genetik nedenlere bağlı bronşektazili olgular, genellikle hastalık segmental ve unilateral olmadığından, hastalığın tekrarını önleyecek tam bir rezeksiyonun olanaksızlığından dolayı, cerrahi tedavi adayı değildirler.

AÇIKLAMA: Bronşektazinin sıklık açısından, akciğer loblarına dağılımı incelendiğinde; **en sık sol alt lobda**, daha sonra da sağ orta lob ve lingulada bulunduğu izlenmektedir. **Sol üst lob bronşektazinin en az rastlandığı lokalizasyondur.**

Cevap D (Shields, General Thoracic Surgery, 2000, s.1039-1041)

9. Ampiyemin en sık nedeni olan etiyolojik faktör aşağıdakilerden hangisidir?

- Göğüs içi cerrahi girişimler
- Akciğer enfeksiyonları
- Özofagus perforasyonu
- Spontan pnömotoraks
- Göğüs travması

AÇIKLAMA: Ampiyemin nedenleri incelendiğinde; akciğer enfeksiyonları %57, göğüs içi cerrahi girişimleri %20, göğüs travmaları %6, spontan pnömotoraks %3, özofagus perforasyonu ise %2 sıklıkta etiyolojik faktör olarak izlenmektedir. Diğer ampiyem nedenleri arasında ise, torasentez (%2) ve subdiyafragmatik enfeksiyonlar (%2) yer almaktadır.

Cevap B (Shields, General Thoracic Surgery, 2000, s.710)

10. Primer spontan pnömotoraks için aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- Hastalar genellikle genç yetişkin yaş grubundadırlar.
- Sıklıkla subplevral bleblerin rüptürü ile oluşmaktadır.
- Erkeklerde kadınlara oranla daha sık izlenmektedir.
- Hastalar sıklıkla, uzun boylu ve zayıf vücut yapısına sahiptirler.
- Minimal pnömotoraksı ortaya koyabilmek için derin inspiyumda akciğer grafisi çekilmelidir.

AÇIKLAMA: Radyolojik olarak minimal pnömotoraksı gösterebilmek için, derin ekspiyumda akciğer grafisi çekilmelidir. Derin ekspiyum yapıldığında, akciğer alanları olabildiğince küçültülmekte, relatif olarak daha fazla görüntüsü elde edilen plevral alanda, az miktardaki pnömotoraks ortaya konabilmektedir.

Cevap E (Shields, General Thoracic Surgery, 2000, s.675-684)

11.Duktus torasikus ile ilgili olarak aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- İçeriğinde yüksek oranda trigliserid bulunmaktadır.
- Cisterna şili'den başladıktan sonra, V. Kava inferior'un hiatusundan toraksa girmektedir.
- Torakal 5. vertebra düzeyine kadar, kolumna vertebralisin önünde seyretmektedir.
- Boyun sol tarafında, V. Jugularis interna ile V. Subklavia'nın birleşim yeri olan angulus venosus'da sistemik venöz dolaşım ile birleşmektedir.
- Alt ekstremiteler ve gövdenin en büyük lenfatik taşıyıcısıdır.

AÇIKLAMA: Batında cisterna şili'den başlayan duktus torasikus, aortik hiatustan toraksa girmektedir.

Cevap B (Shields, General Thoracic Surgery, 2000, s.747-756)

12.Kostal kartilajların gelişim bozukluğuna bağlı olarak ortaya çıkan ve en sık izlenen konjenital göğüs duvarı deformitesi aşağıdakilerden hangisidir?

- Fıçı göğüs
- Kunduracı göğüsü (pektus ekskavatum)
- Güvercin göğüsü (pektus karinatum)
- Yelken göğüsü
- Poland sendromu

AÇIKLAMA: Fıçı göğüs kronik obstrüktif akciğer hastalarında gelişen bir toraks şekil bozukluğu iken, yelken göğüsü genellikle künt göğüs travmalarını takiben ortaya çıkan, bir hemitoraksta 3 veya daha fazla sayıdaki kaburganın birden fazla yerinden kırılması ile oluşan göğüs duvarı stabilitesi bozukluğudur. **Poland sendromu** pektoralis major ve minor kaslarının konjenital yokluğu ve sindaktili ile karakterize nadir izlenen bir hastalıktır.

Cevap B (Shields, General Thoracic Surgery, 2000, s.535-559)

13.Mediastinal tümörlerden hangisinde kırmızı kan hücre aplazisi, hipogammaglobulinemi, veya uygunsuz antidiüretik hormon sekresyonu birlikteliği sık olarak izlenmektedir?

- Teratom
- Timoma
- Paraganglioma
- Feokramasitoma

e) Lenfoma

AÇIKLAMA: Pek çok nöromusküler, hematolojik, immün yetmezlik, kollajen doku patolojisi, dermatolojik, endokrin sendrom timomalar ile birlikte izlenebilmektedir, bunlara paratimik hastalıklar adı verilmektedir.

Cevap B (Shields, General Thoracic Surgery, 2000, s.2189)

14.Posterior mediastende kitlesi olan 45 yaşında erkek hastada aşağıdaki hangi yöntem ile biyopsi alınmaz?

- Servikal mediastinoskopi
- Video yardımcı torakoskopi (VATS)
- İnce iğne aspirasyon biyopsisi
- Posterior torakotomi
- Anterolateral torakotomi

AÇIKLAMA: Servikal mediastinoskopi, boyunda, suprasternal çentiğin birkaç cm üzerinden yapılan bir cilt insizyonu ile başlanan ve trakea çevresi bölgesinden biyopsi alınmasına imkan veren bir işlemdir. İşlem esnasında, mediastinoskop trakeanın önünde ve bir miktar her iki lateralinde bulunur. Bu nedenle mediastinoskopi ile posterior mediastene ulaşılabilmesi mümkün değildir. VATS, posterior torakotomi veya anterolateral torakotomi ile mediasteninin tüm bölgelerine ulaşmak ve biyopsi almak mümkündür. Çünkü her üç prosedürde de plevral boşluk içinde çalışılmakta ve bu açıdan benzer görüş alanı sağlamaktadırlar. İnce iğne aspirasyon biyopsisi ile posterior mediastenden biyopsi almanın tanı değeri yüksektir.

Cevap A (Shields, General Thoracic Surgery, 5.baskı, 2000, s.274)

15.Hangisi akciğer ince iğne aspirasyon biyopsisi tanısal işleminin en sık komplikasyonudur?

- Hemoptizi
- Pnömotoraks
- Hemotoraks
- Hava embolisi
- Tümör ekimi

AÇIKLAMA: Transtorasik (perkütan) ince iğne aspirasyon biyopsisinin (İİAB) malign hastalıklarda tanı değeri % 80-95 civarındadır. Benign hastalıklarda ise % 5-89 tanı konabilmekte, spesifik tanı ise sadece %10-20 olguda elde edilebilmektedir. Hava embolisi çok nadirdir. İğne traktına tümör ekilmesi 4000 olguluk bir seride 2 olguda bildirilmiştir yani % 0,1 den daha az görülür. Kanama, yani hemoptizi veya hemotoraks % 5 görülür, fakat genellikle önemsizdir. Pnömotoraksın ise teorik olarak her olguda gelişmesi beklenir. Fakat İİAB sonrası pnömotoraks gelişimi,

GÖĞÜS-KALP-DAMAR CERRAHİSİ

serilerde %8-60 olarak bildirilmektedir. Bu olgulardan % 10-20 si klinik olarak önemli kabul edilmekte ve bu olgulara tüp torakostomi gerekmektedir.

Cevap B (*Shields, General Thoracic Surgery, 5.baskı, 2000, s.1298 ve 1144*)

16.Sekonder spontan pnömotoraksın en sık sebebi hangisidir?

- a) Kistik fibrozis
- b) Tüberküloz
- c) Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
- d) Pnömoni
- e) Akciğer kist hidatik

AÇIKLAMA: Bir akciğer hastalığına sekonder gelişen ve travma sonrası olmayan pnömotoraksa **sekonder spontan pnömotoraks** denir. Kist hidatik veya tüberküloz kavitesinin plevral boşluğa rüptürü sonucu gelişebilir. Kistik fibrozis ve pnömoni sonrası da gelişebilir. Fakat **KOAH sekonder spontan pnömotoraksın en sık sebebidir.**

Cevap C (*Shields, General Thoracic Surgery, 5.baskı, 2000, s. 676*)

17.Şilotoraks etiolojisinde hangisi en az sıklıkta görülür?

- a) Travma
- b) Subklaviyan ven kateterizasyonu
- c) Malign hastalıklar
- d) Alt lob pnömonisi
- e) Doğum travması

AÇIKLAMA: Şilöz sıvının plevral boşlukta toplanması olan şilotoraks, duktus torasikusun tıkanması ve plevral boşluğa rüptüre olması sonucu gelişir. Malign hastalıklarda duktusun malign tümörün invazyonu veya basısı sonucu tıkanması veya rüptürü gelişebilir. Vertebral kolonu ilgilendiren künt veya penetran travma sonucu duktus zedelenebilir. İyatrojenik olarak subklaviyan ven kateterizasyonu esnasında veya boyun cerrahisi, patent duktus arteriyozus cerrahisi, koarktasyon cerrahisi, özofajektomi, aort anevrizması cerrahisi, mediasten tümörleri cerrahisi ve sol pnömonektomi esnasında da duktus zedelenebilir. Doğum travması ise yenidoğan döneminde şilotoraksa neden olabilir. Pnömoni ise duktusun zedelenmesine ve şilotoraksa neden olmaz.

Cevap D (*Shields, General Thoracic Surgery, 5.baskı, 2000, s. 751*)

18.Hangisi toraks travması sonucu şok sebeplerinden değildir?

- a) Hemotoraks
- b) Tansiyon pnömotoraks
- c) Hava embolisi
- d) Sol ikinci kot fraktürü

e) Perikardiyal tamponat

AÇIKLAMA: Toraks travmalı hastada şok; büyük damar yaralanması veya devam eden göğüs duvarı veya pulmoner kanamaya sekonder gelişen hemotoraks veya tansiyon pnömotoraks veya perikardiyal tamponat sonucu gelişebilir. **Hava embolisi**, bronş ile pulmoner ven arasında fistül gelişmesi sonucu sistemik dolaşıma hava geçmesidir ve sistemik ciddi embolilerle seyrederek ve şoka yol açabilir. Arter kanı köpüklüdür ve fokal veya lateralize nörolojik defisitlerle de kendini gösterebilir. Sol ikinci kot fraktürü başka komplikasyona yol açmamış ise şok sebebi olmaz.

Cevap D (*Shields, General Thoracic Surgery, 5.baskı, 2000, s. 816*)

19.Toraks travmalı hastada kesin ameliyat endikasyonu olmayan hangisidir?

- a) Masif ve devam eden hemotoraks
- b) Persistan pnömotoraks
- c) Şilotoraks
- d) Özofagus rüptürü
- e) Diafragma rüptürü

AÇIKLAMA: Torasik travmada torakotomi/cerrahi tedavi endikasyonları; major kanama, devam eden kanama, perikardiyal tamponat, göğüs duvarının masif kaybı, torasik outlet oluşumlarının travması, hava embolisi, bronş rüptürü, diafragma rüptürü, bronş stenozu (bronş rüptürü sonrası), kronik ampiyem, özofagus rüptürü, devam eden (persistan) pnömotoraks, konstrüktif perikardit ve pıhtılaşmış hemotoraks olarak özetlenebilir. Travma sonrası şilotoraks gelişebilir, fakat şilotoraksın önemli kısmı konservatif tedavi ile düzelmeyen şilotoraksda cerrahi tedavi gerekmektedir.

Cevap C (*Shields, General Thoracic Surgery, 5.baskı, s.816-831*)

20.Hangisi trakeostomi endikasyonu değildir?

- a) Yukarı hava yolu obstrüksiyonu
- b) Sekresyon temizliği ve kontrolü
- c) Uzun süren mekanik ventilasyon
- d) Mide aspirasyonundan koruma
- e) Sağ ana bronş rüptürü

AÇIKLAMA: Trakeostomi endikasyonları;

1-Yukarı hava yolu obstrüksiyonu durumunda (konjenital malformasyon, travma, larinks yaralanması, yabancı cisim ve tümörler)

2- Trakeobronşiyal sekresyon temizliği için (kafa travması, beyin ameliyatları, vb)

3-Mekanik ventilasyon için (yelken göğüs, myastenigravis, postoperatif hasta, servikal spinal kort yaralanması)

4- Trakeyaya mide içeriği aspirasyonundan koruma için (koma, reflekslerin kaybı) şeklinde özetlenebilir. Bronş rüptüründe ise, yaklaşım en erken dönemde tanısını kesinleştirip rüptürün cerrahi olarak tamiri şeklindedir.

Cevap E (*Shields, General Thoracic Surgery, 5.baskı, 2000, s. 826 ve 873-883*)

21. Hangisi dispnesi olmayan büllöz akciğerli hastada torakotomi endikasyonu değildir?

- Pnömotoraks gelişmesi
- Masif hemoptizi varlığı
- Bülün enfekte olması
- Bül çapının 1,5 cm olması
- Akciğer kanseri şüphesi

AÇIKLAMA: Büllöz akciğerde, tedavide, hasta nondispneik ise; pnömotoraks gelişmesi, bülün enfekte olması, akciğer kanseri şüphesi, ciddi hemoptizinin olması durumunda torakotomi endikasyonu vardır. Primer spontan pnömotoraksa neden olan pulmoner blepleri olan hasta büllöz akciğeri olan hasta grubuna sokulmaz ve bu hastalarda pnömotoraks torakotomi endikasyonu değildir. Primer spontan pnömotoraksli hastalarda, ancak ikinci nöks veya üçüncü pnömotoraks gelişmesi durumunda torakotomi endikasyonu vardır. Bir hemitoraksın yarısını kaplayan veya akciğeri komprese eden veya yıllar içinde büyüyen bül mevcudiyetinde hasta nondispneik olsa da koruyucu olarak cerrahi tedavi endikasyonu vardır. Bül çapının 1,5 cm olması tek başına torakotomi endikasyonu değildir. Bir hemitoraksın yarısını dolduran bül veya yukarıdaki şartları taşıyan bül varlığında dispnesi olmayan büllöz akciğerli hastada torakotomi endikasyonu vardır.

Cevap D (*Shields, General Thoracic Surgery, 5.baskı, 2000, s. 1008-1009*)

22. Soliter pulmoner nodülde, hangi durumda, lezyonun benign olma olasılığı en yüksektir?

- İkilenme zamanının (doubling time) 5 gün olması
- Kalsifikasyon içermesi
- Çapının 1 cm den küçük olması
- Altı aydır büyüme olmaması
- Hastanın 30 yaş altında olması

AÇIKLAMA: Soliter pulmoner nodül (SPN); çapı 3 cm den küçük ve akciğer parankimi içinde olan yuvarlak lezyondur. Rutin akciğer fimlerinde görülme oranı % 5 dir. Elli yaş üzerinde SPN lerin %50'si maligndir. SPN de kalsifikasyon benign lehinedir. Fakat tamamen kalsifikasyondan oluşma (konsantrik kalsifikasyon), patlamış mısır, santral çekirdek veya laminer kalsifikasyon benign hastalığı gösterir. Bu yapıdaki

kalsifikasyonlar dışındaki kalsifikasyonlar malign hastalıkla birlikte olabilir. Nitekim malign patolojilerin % 1-14 ünde kalsifikasyon olabilmektedir. Bilgisayarlı tomografide Haunsfield numarasının 200 ün üzerinde olması benign hastalığı, 20-200 arasında olması malign hastalığı gösterir. İki yıl ve daha uzun zaman değişmeyen SPN nin benign olduğu kabul edilir. Küçük çaplı lezyonların benign olma olasılığı vardır fakat çap küçüklüğü kesin bir benign kriter değildir. Hasta yaşı önemli olmakla birlikte malign olasılığı ekarte ettirmez. Tümör ikilenme zamanının 37 günden az olması veya 465 günden çok olması benignite lehinedir. **İkilenme zamanının 37 günden az olması enfeksiyöz bir patolojiyi düşündürür.**

Cevap A (*Shields, General Thoracic Surgery, 5.baskı, 2000, s. 1129-1150*)

23. Hangisi akciğer kanserinin olağan metastaz yerlerinden biri değildir?

- Beyin
- Kemik
- Dalak
- Karaciğer
- Sürrrenal gland

AÇIKLAMA: Akciğer kanserinde hematojen yolla uzak metastazın en sık görüldüğü yerler, beyin, kemik, karaciğer ve sürrrenal glanddır.

Cevap C (*Shields: General Thoracic Surgery, 5. Baskı, 2000, s. 1304-1305*)

24. Hangisi akciğer kanserinde T4 tümör, yani anrezektabl Evre IIIb bulgusu değildir?

- Toraks duvarı invazyonu
- Plevral effüzyon
- Aorta invazyonu
- Özofagus invazyonu
- Vertebra invazyonu

AÇIKLAMA: TNM sınıflamasına göre plevral effüzyon, aorta, özofagus ve vertebra invazyonu yapan tümörler T4 tümörler olarak adlandırılırlar ve Evre IIIb sınıfına dahildirler. Toraks duvarı invazyonu ise T3 tümör grubundadır ve Evre IIIa sınıfına dahildir, potansiyel olarak rezektabl tümörlerdir.

Cevap A (*Shields, General Thoracic Surgery, 5. Baskı, 2000, s. 1301*)

25. En sık görülen benign akciğer tümörü hangisidir?

- Adenom
- Hamartom
- Fibrom
- Hemanjiyom
- Leiomyom

GÖĞÜS-KALP-DAMAR CERRAHİSİ

AÇIKLAMA: Akciğerin benign tümörleri sık görülmezler, görülenlerin ise %77' si hamartomdur.

Cevap B (*Shields, General Thoracic Surgery, 5. Baskı, 2000, s. 1515*)

GÖZ HASTALIKLARI

1. Aşağıdakilerden hangisi miyojenik nedenli pitozis sebebi değildir?

- a) Miyastenia gravis
- b) Horner sendromu
- c) Myotonik distrofi
- d) Basit konjenital pitozis
- e) Blefarofimozis sendromu

AÇIKLAMA: Horner sendromu nörojenik kökenli bir pitozis sebebidir. Diğer şıklardakilerin hepsi konjenital veya edinsel olarak levator kasının miyopatisine veya nöromuskuler bileşkede sinir impulslarının iletiminde bozukluğa bağlıdır.

Cevap B (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 4.baskı, 2000,s.32*)

2. Aşağıdaki şıklardan hangisi gözyaşı drenaj sisteminin anatomik sıralamasını doğru olarak belirtmektedir?

- a) Ampulla-punktum-kanalikül-nazolakrimal kanallakrimal kese
- b) Panktum-kanalikül-ampulla-nazolakrimal kanallakrimal kese
- c) Punktum-ampulla-punktum-lakrimal kese-nazolakrimal kanal
- d) Kanalikül-ampulla-punktum-lakrimal kese-nazolakrimal kanal
- e) Ampulla-punktum-nazolakrimal kanal-kanalikül-lakrimal kese

AÇIKLAMA: Gözyaşı drenaj sistemi göz kapakları medial kenarındaki punktumlarla başlar, ampulla denen yaklaşık 2 mm'lik kısımla devam eder; ampullayı yaklaşık 8 mm uzunluğundaki horizontal kaniküller izler. Kanaliküller lakrimal fossada bulunan ve yaklaşık 10 mm uzunluğundaki lakrimal keseye bağlanır. Nazolakrimal kanal sistemin en son kısmıdır olup lakrimal kesenin devamındadır ve alt meatus'a açılır.

Cevap C (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 4.baskı, 2000, s.44*)

3. Konjenital nazolakrimal kanal tıkanıklığı düşünülen 6 aylık bir bebekte ilk tedavi yaklaşımı ne olmalıdır?

- a) Dakriosistorinostomi ameliyatı
- b) Probing (Bowman sondası uygulanması)
- c) Salin ile irrigasyon
- d) Silikon tüp entübasyonu
- e) Hidrostatik masaj

AÇIKLAMA: Konjenital nazolakrimal kanal tıkanıklığında ilk yaklaşım hidrostatik masajla nazolakrimal kanalda basıncı artırarak membranöz tıkanıklığı açmaya yönelik olmalıdır; günde 4 kez 10'ar uygulama yapılır. Probing işleminin 12-18 aydan önce yapılması tavsiye edilmektedir, çünkü spontan rekanalizasyon %95 oranda görülebilmektedir. Eğer 2 kez probing başarısız ise silikon tüp ile intübasyon, bu da başarısızsa 4 yaş civarında dakriosistorinostomi ameliyatı düşünülmelidir.

Cevap E (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 4.baskı, 2000, s.49-50*)

4. Aşağıdakilerden hangisi konjonktivite başvuran bir hastada preaurikuler ve submandibuler lenf nodlarında lenfadenopati görülmesine yol açmaz?

- a) Basit bakteriyel konjonktivit
- b) Viral konjonktivitler
- c) Klamidyal infeksiyonlar
- d) Ciddi gonokoksik konjonktivit
- e) Parianud sendromu

AÇIKLAMA: Konjonktivite başvuran hastalarda lenf nodlarının palpasyonu bir alışkanlık haline getirilmelidir. Basit bakteriyel konjonktivit lenfadenopatiye yol açmazken, diğer şıklardaki konjonktivit tiplerinde tipik olarak lenfadenopati izlenir.

Cevap A (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 4.baskı, 2000, s.58-59*)

5. Aşağıdaki mikroorganizmalardan hangisinin bakteriyel keratit etkeni olması için kornea epiteli bütünlüğünün bozulması gerekmez?

- a) Psödomonas aeruginosa
- b) Neisseria gonorrhoeae
- c) Staf. aureus
- d) Staf. epidermidis
- e) Enterobakteriler

AÇIKLAMA: Sağlam kornea epiteli varlığında korneada infeksiyon yapabilecek patojenler; Neisseria gonorrhoeae, Corynebacterium diphtheriae, Listeria sp ve Haemophilus sp'dir. Diğer şıklardaki ajanların keratit etkeni olması için mutlaka önceden kornea epiteli bütünlüğünün zedelenmiş olması gereklidir.

GÖZ HASTALIKLARI

Cevap B (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 4.baskı, 2000, s.103)

6. Aşağıdakilerden hangisi penetran keratoplasti endikasyonu değildir?
- Stromal incelleme ve desmatosel gibi ciddi yapısal bozukluklarda kornea bütünlüğünün korunması
 - Antimikrobiyal tedaviye veya antiviral tedaviye yanıt vermeyen inflamasyonlu korneal dokunun uzaklaştırılması
 - Gözün dış görünüşünün kozmetik olarak düzeltilmesi
 - Dendritik (herpetik) keratit seyrinde korneada hasarı önlemek için
 - Opak korneayı saydam kornea ile değiştirerek görmenin artırılması

AÇIKLAMA: Penetran keratoplasti endikasyonları optik (e şıkkı), tektonik (a şıkkı), terapötik (b şıkkı) ve kozmetik (c şıkkı) endikasyonlardır. Herpetik dendritik keratitin tedavisi topikal antiviral ilaçlarla yapılır.

Cevap D (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 4.baskı, 2000, s.111, 146)

7. Aşağıdaki intrauterin infeksiyonlardan hangisi en sık konjenital katarakt etkenidir?
- Toksoplazmozis
 - Herpes simpleks
 - Varisella
 - Rubella
 - Sitomegalovirus

AÇIKLAMA: Tüm şıklardaki infeksiyonlar konjenital katarakt sebebi olabilmekle beraber, **konjenital rubella olguların yaklaşık %15'inde katarakt ile ilişkilidir.**

Cevap D (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 4.baskı, 2000, s.176)

8. Glokom tedavisinde kullanılan ilaçlar gruplarından hangisi iriste pigmentasyon artışına neden olabilir?
- Karbonik anhidraz inhibitörleri
 - Beta blokerler
 - Sempatikomimetikler
 - Parasempatikomimetikler
 - Prostaglandin türevleri

AÇIKLAMA: Prostaglandin türevleri, küçük bir grup hastada kalıcı olarak iriste pigmentasyon artışına yol açabilmektedir. Diğer antiglokomatöz ajanlarda böyle bir yan etki bildirilmemiştir.

Cevap E (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 4.baskı, 2000, s.246)

9. Aşağıdaki muayene yöntemlerinden hangisi glokom tanı ve takibinde kullanılan bir muayene yöntemi değildir?

- Göz içi basıncı ölçümü (tonometri)
- Görme alanı muayenesi (perimetri)
- Göz dibi muayenesi (oftalmoskopi)
- Ön kamara açısının muayenesi (gonioskopi)
- Skleral indentasyonla periferel retina muayenesi

AÇIKLAMA: Skleral indentasyonla muayene ekvatorun önüne düşen periferel retinanın muayenesi için kullanılan bir muayene yöntemi olup özellikle retina dekolmanı olan veya dekolman riski olan hastaların muayenesinde kullanılır; glokom hastalarının tanı ve takibinde yeri yoktur.

Cevap E (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 4.baskı, 2000, s.357, s.188-204)

10. Aşağıdakilerden hangisi topikal steroid uygulamasına bağlı görülebilen bir komplikasyon değildir?

- Miyozis
- Glokom
- Arka subkapsüler katarakt
- Herpetik keratit reaktivasyonu
- Sistemik yan etkiler

AÇIKLAMA: Topikal steroid kullanımı duyarlı bireylerde glokoma, arka subkapsüler katarakta, korneal komplikasyonlara ve uzun süreli kullanımda, özellikle çocuklarda, sistemik yan etkilere yol açabilmektedir. **Miyozis tipik olarak parasempatikomimetik ilaçların bir yan etkisi olarak görülür.**

Cevap A (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 4.baskı, 2000, s.317)

11. Aşağıdakilerden hangisi retina muayenesinde kullanılan bir yöntem değildir?

- Direk oftalmoskop
- İndirek oftalmoskopi
- Ultrasonografi
- Retinoskopi (skiyaskopi)
- +90 non kontakt lensle biyomikroskopik inceleme

AÇIKLAMA: Diğer tüm şıklarda retina muayenesi yapılan cihaz ve lensler sıralanmıştır. Retinoskopi kırılma kusurunu anlamaya yarayan bir cihazdır.

Cevap D (Am.Academy of, Opht, Basic ve Clinical science course section 3 San, 1995-96, s.188)

12. Aşağıdakilerden hangisi nörojenik pitozis sebebidir?

- Okulomotor sinir paralizisi
- Trochlear sinir paralizisi
- Trigeminal sinir paralizisi

- d) Abdusens paralizisi
e) Fasiyal sinir Paralizisi

AÇIKLAMA: Üst kapak kaldırıcı kas N. oculomotorius'dan innerve olur.

Cevap A (*Kanski, clinical opht, 4.baskı, 1999, 32*)

13.Hangisi epiforaya yol açan konjenital anomalidir?

- a) Familiyal disotonomi (Riley-Day) sendromu
b) Dakriyoadenit
c) Punktum atrezisi
d) Lakrimal bez agenizisi
e) Konjenital horner sendromu

AÇIKLAMA: Punktum atrezisinde epifora olur.

Cevap C (*Kanski, Clinical opht, 4.baskı, 1999, 45*)

14.Aşağıdaki neonatal konjonktivitlerden hangisinde korneal perforasyon riski en yüksektir?

- a) Gonokoksik konjonktivit
b) Klamidya inklüzyonlu konjonktivit
c) Kimyasal konjonktivit
d) Herpetik konjonktivit
e) Viral Konjonktivit

AÇIKLAMA: Tedavi edilmezse korneal perforasyon riski gonokoksik konjonktivit'de yüksektir. Diğerlerinde konjonktival skar, pannus ve lökom gelişme riski vardır.

Cevap A (*Kanski, clinical opht, 4.baskı, 1999, 63-65*)

15.Aşağıdakilerden hangisi senil katarakt değildir?

- a) Nükleer skleroz
b) Kortikal katarakt
c) Arka supkapsüler katarakt
d) Hiperür Katarakt
e) Matür (Morgagnian) katarakt

AÇIKLAMA: Arka subkapsüler katarakt presenil kataraktır. Komplikasyon olarak **atopik dermatit'de sık görülür.** 15-30 yaşlarında sıklıkla %70 iki göz tutulumu olur.

Cevap C (*Kanski, clinical opht, s.159*)

16.Aşağıdaki kornea tabakalarından hangisi metabolik işleve sahiptir ve bozulduğunda kornea ödemi gelişir?

- a) Epitel
b) Browman zarı
c) Stroma
d) Desme zarı
e) Endotel

AÇIKLAMA: Endotel tabakası bozulduğunda kornea ödemi gelişir.

Cevap A (*Kanski, clinical opht, s.98*)

17.Aşağıdakilerden hangisi anizokori yapar?

- a) Tek taraflı optik atrofi
b) Horner sendromu
c) Bilateral optik atrofi
d) Parlak ışık
e) Loş ışık

AÇIKLAMA: Horner sendromu anizokori yapar pitozis, miyozis, enoftalmi Horner sendromunun en belirgin özelliğidir.

Cevap B (*Kanski, clinical opht, s.612*)

18.Hangi sistemik hastalıkta nekrotizan sklerit (skleromalazi perforans) gelişebilir?

- a) Hipertansiyon
b) Romatoid artrit
c) Cushing Hastalığı
d) Siroz
e) Tirotoksikoz

AÇIKLAMA: Romatoid artrit'de nekrotizan sklerit gelişir

Cevap B (*Kanski, clinical opht, s.152*)

19.Üveitli bir olguda iris nodülleri varsa ve akciğer grafisinde hiler lenfadenopati saptarsanız ve cilt testlerine karşı anerji varsa hangi hastalığı düşünürsünüz?

- a) Romatoid artrit
b) Fuchs sendromu
c) Down sendromu
d) Nörofibromatozis
e) Sarkoidoz

AÇIKLAMA: Sarkoidoz düşünülür.

Cevap A (*Kanski, clinical opht, s.274*)

20.Aşağıdakilerden hangisi paralitık şaşılıkların özelliklerinden değildir?

- a) Sekonder deviasyon primer deviasyondan büyüktür.
b) Diplopi görülebilir.
c) Kasın hareket yönüne doğru hareket kısıtlılığı vardır.
d) Kasın hareket yönünün tersine doğru hareket kısıtlılığı vardır.
e) Traksiyon testi negatiftir.

AÇIKLAMA: Kasın hareket yönünün tersine doğru hareket kısıtlılığı yoktur.

Cevap D (*Kanski, clinical opht, s.515-530*)

21.Fuchs lekeli fundus muayenesinde aşağıdaki hastalıkların hangisinde görülmektedir?

GÖZ HASTALIKLARI

- a) Hipermetropi
- b) Dejeneratif myopi
- c) Diabetik retinopati
- d) Behçet hastalığı
- e) SLE

AÇIKLAMA: Dejeneratif myopiye bağlı retinada koryo retinal atrofiler, cila çatlakları, posterior stafilom, makuler delik, lattice dejenerasyonu gibi periferik retinal dejenerasyonlar ve Fuchs lekesi görülebilir.

Cevap B (*Kanski, Clinical Ophtalmology, 3rd edition, 1997, s.402-403*)

22.Keratokonus gözün hangi bölümünde görülen bir hastalıktır?

- a) Kornea
- b) Uvea
- c) Sklera
- d) Lens
- e) Retina

AÇIKLAMA: Korneada stromal incelme, apikal protrüzyon ve düzensiz astigmatizma ile seyreden hastalık keratokonustur.

Cevap A (*Kanski, Clinical Ophtalmology, 3rd edition, 1997, s.131-132*)

23.Aşağıdakilerden hangisi bir glokom tipi değildir?

- a) Primer açık açılı glokom
- b) Dar açılı glokom
- c) Psödoeksfolyatif glokom
- d) Pigmental glokom
- e) Sensoryal glokom

AÇIKLAMA: Glokom, tüm dünyadaki körlüklerin %12'sine sebep teşkil etmektedir. 21 mmHg'nin üzerindeki göz içi basıncı ile beraber ilerleyici görme alanı defektleri, optik sinir başı değişiklikleri, retina sinir lifi harabiyeti ile karakterize bir hastalıktır.

Cevap E (*Kanski, Clinical Ophtalmology, 3rd edition, 1997, s.233,242,244*)

24.Aşağıdakilerden hangisi retinanın katlarından değildir?

- a) Bruch membranı
- b) Retina pigment epiteli
- c) Fotoreseptör
- d) İç nükleer
- e) Dış pleksiform

AÇIKLAMA: Bruch membranı koryokapillaris ile retina pigment epiteli arasında bir kat olup, bozuklukları makuler hastalıkların gelişiminde önemli etkiye sahiptir.

Cevap A (*Kanski, Clinical Ophtalmology, 3rd edition, 1997, s.382*)

25.Aköz hümör nereden salgılanır?

- a) Vitreus
- b) Zinn lifleri
- c) Kornea endoteli
- d) İris
- e) Corpus siliyare

AÇIKLAMA: Aköz hümörün %80'i corpus siliyareden aktif sekresyonla, kalan %20'si siliyer damarlardaki kan basıncı, onkotik basınç ve göz içi basıncı seviyesine bağlı olarak ultrafiltrasyon ve difüzyon mekanizmaları ile üretilir.

Cevap E (*Kanski, Clinical Ophtalmology, 3rd edition, 1997, s.234*)

26.Göze aşağı-dışa baktıran kas aşağıdakilerden hangisidir?

- a) İnferior oblik
- b) Süperior oblik
- c) İnferior rektus
- d) Lateral rektus
- e) Süperior rektus

AÇIKLAMA: Süperior oblik kasının primer hareketi intorsiyondur. Sekonder hareketleri ise depresyon ve abduksiyondur. 4. kraniyal sinir tarafından innerve edilir.

Cevap B (*Kanski, Clinical Ophtalmology, 3rd edition, 1997, s.428*)

27.Marcus Gunn pupillası hangi hastalıkta görülmektedir?

- a) Tek taraflı optik nörit
- b) Bilateral optik sinir hasarı
- c) Okülomotor sinir hasarı
- d) Edinger Westpall nükleus hasarı
- e) Alkolizm

AÇIKLAMA: Marcus Gunn pupillası kısmi optik sinir lezyonu ya da ağır retina hastalığı yüzünden ortaya çıkar. Anormal pupilla uyarıldığında her iki pupilla da daralacağına genişler. Pupillanın ışığa karşı vermiş olduğu bu paradoksla reaksiyon ışığın normal gözden çekilmesiyle oluşan pupilla dilatasyonunun anormal gözün uyarılmasıyla oluşan daralma karşısında ağır basması yüzünden olmaktadır.

Cevap A (*Kanski, Clinical Ophtalmology, 3rd edition, 1997, s.465-466*)

28.Aşağıdaki ilaçlardan hangisi konjonktivada pigmentasyon yapar?

- a) Metil prednizolon
- b) Timolol
- c) Latanoprost
- d) Fenilefrin

e) Tobramisin

AÇIKLAMA: Fenilefrin, klinikte en sık olarak kısa süreli pupilla dilatasyonunda kullanılmaktadır. Kronik kullanımı konjktival pigmentasyona neden olur. Bir prostaglandin analogu olan ve glokom tedavisinde kullanılan latanoprost ise iriste pigmentasyon artışına neden olmaktadır.

Cevap D (*Kanski, Clinical Ophtalmology, 3rd edition, 1997, s.275*)

HALK SAĞLIĞI

1. Aşağıdakilerden hangisi “224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirmesi hakkındaki Kanun”un ilkeleri arasında değildir?

- a) Eşit Hizmet
- b) Kademeli Hizmet
- c) Entegre Hizmet
- d) Vertikal Örgütlenme
- e) Öncelikli Hizmet

AÇIKLAMA: “224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” Entegre hizmet anlayışı içinde dar alanda çok yönlü hizmet modelini uygun görmektedir. Horizontal örgütlenme adı verilen bu hizmetin ilk basamağı Sağlık Ocaklarıdır. Toplumun bütün sağlık sorunları bu kurumlarda, çözüm bulunamayan sorunlar ise sevk zincirine uygun olarak ikinci basamak sağlık kurumlarında çözümlenir. Vertikal örgütlenme ise 1960 öncesi bir çok sağlık sorununun çözümünde uygulanmış geniş bölgede tek yönlü hizmet anlayışıdır. Bu anlayışın ürünü olan Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezleri bugün hala varlığını sürdürmektedir. Yasanın diğer ilkeleri:

- 1.Eşit hizmet
- 2.Sürekli hizmet,
- 3.Kademeli Hizmet
- 4.Öncelikli Hizmet
- 5.Katılımlı Hizmet
- 6.Ekip Hizmeti,
- 7.Denetlenen Hizmet,
- 8.Uygun Hizmet,
- 9.Nüfusa Göre Hizmet

Cevap D (Bertan, Güler, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ankara, 1997 s. 371-387)

2. Sekonder atak hızı ile ilgili olarak hangisi doğru değildir?

- a) Genelde bulaşıcı hastalıklar alanında kullanılan bir ölçüttür.
- b) İlk vaka görüldükten sonra, o hastalık için “en uzun ilk kuluçka dönemi” içinde görülen vaka sayısının risk altındaki hassas kişi sayısına bölünmesi ile hesaplanır.
- c) Eğer ilk vakadan sonra önlemler yeterli değilse hastalığın yayılması durmayacaktır.
- d) İlk vaka görüldükten sonra “ikinci en uzun kuluçka döneminde” ortaya çıkan vakaların primerlerden bulaştığı kabul edilir.
- e) İlk vaka görüldükten sonra, o hastalık için “en uzun ikinci kuluçka dönemi” içinde görülen

vaka sayısının risk altındaki hassas kişi sayısına bölünmesi ile hesaplanır.

AÇIKLAMA: Genelde bulaşıcı hastalıklar alanıyla kullanılan bir ölçüttür. Eğer ilk vakadan sonra önlemler yeterli değilse hastalığın yayılması durmayacaktır. İlk vaka görüldükten sonra “ikinci en uzun kuluçka döneminde” ortaya çıkan vakaların primerlerden bulaştığı kabul edilir. O hastalık için “en uzun ikinci kuluçka dönemi” içinde görülen vaka sayısının risk altındaki hassas kişi sayısına bölünmesi ile hesaplanır.

Cevap B (Tezcan, Epidemiyoloji, Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi, s. 173-207)

3. Ana sağlığı düzeyini, doğum öncesi bakımın yeterli ve doğumun sağlıklı koşullarda olup olmadığını gösteren, bir yılda ölü doğan ve canlı doğup 0-7 günlük iken ölen bebek sayısının toplam (ölü ve canlı) doğum sayısına bölünmesi ve bir “k” sabiti ile çarpılması ile elde edilen ölçüt hangisidir?

- a) Bebek ölüm hızı
- b) Erken neonatal ölüm hızı
- c) Neonatal ölüm hızı
- d) Perinatal ölüm hızı
- e) Ölü doğum hızı

AÇIKLAMA: Perinatal ölüm hızı, ana sağlığı düzeyini, doğum öncesi bakımın yeterli ve doğumun sağlıklı koşullarda olup olmadığını gösteren önemli bir göstergedir. Formülü:

$$\frac{\text{Bir toplumda bir yılda ölü doğan ve canlı doğup 0-7 günlük iken ölen bebek sayısı}}{\text{Toplam (Ölü ve Canlı) doğum sayısı}} \times k$$

Cevap D (Tezcan, Epidemiyoloji, Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi, s. 173-207)

4. Beş yaş altı orantılı ölüm hızının formülü aşağıdakilerden hangisidir.

- a) Bir takvim yılında 0-4 yaşlardaki ölüm sayısı
Aynı yıl içinde 0-4 yaş arası yıl ortası nüfusu x k
- b) Bir takvim yılında 0-4 yaşlardaki ölüm sayısı
Aynı yıl içinde toplam yıl ortası nüfusu x k
- c) Bir takvim yılında 0-4 yaşlardaki ölüm sayısı
Aynı yıl içindeki canlı doğum sayısı x k
- d) Bir takvim yılında 0-4 yaşlardaki ölüm sayısı
Aynı yıl içinde toplam ölüm sayısı x k

e) **Bir takvim yılında 0-4 yaşlardaki ölüm sayısı Aynı yıl içinde 0-1 yaş arası yıl ortası nüfusu x k**

AÇIKLAMA: Yaşa özel orantılı ölüm hızı bir takvim yılı içindeki belirli bir yaş grubundaki ölüm sayısının, aynı yıl içindeki toplam ölüm sayısına bölünmesi ve bir "k"sabiti ile çarpılması ile elde edilir. Bir toplumun genel sağlık düzeyini gösteren anlamlı bir ölçüttür. İki şekilde hesap edilir. Birincisi 5 yaşın altında, ikincisi 50 yaş üzerindedir. 5 Yaş Altı Orantılı Ölüm Hızı yüksekse genel sağlık düzeyinin ve ana-çocuk sağlığının yetersiz durumda olduğu kabul edilir.

Cevap D (*Tezcan, Epidemiyoloji, Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi, s. 173-207*)

5. **Sağlık bilimlerinde değişkenlerden birisi belli bir birim değiştiğinde, diğerinin nasıl bir değişim gösterdiğini inceleyen analiz aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Korelasyon
- b) Ki-Kare testi
- c) Regresyon
- d) İşaret testi
- e) Wilcoxon eşleştirilmiş iki örnek testi

AÇIKLAMA: İki yada daha çok değişken arasında ilişki olup olmadığını, ilişki varsa yönünü ve gücünü inceleyen korelasyon analizi ile değişkenlerden birisi bir birim değiştiğinde diğerinin nasıl bir değişim gösterdiğini inceleyen **regresyon analizi** sağlık bilimlerinde çok kullanılan istatistiksel yöntemlerdir.

Cevap C (*Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V, Biyoistatistik, 8. baskı, Hatipoğlu Yainevi, s. 48-185,1998*)

6. **Aşağıdakilerden hangisi prospektif araştırmaların elde edilen ölçütlerinden biri değildir?**

- a) Prevalans
- b) Rölatif risk
- c) Atfedilen risk
- d) Korunabilirlik hızı
- e) Doz-Cevap ilişkisi

AÇIKLAMA: Prevalans kesitsel araştırmalardan elde edilen bir ölçüttür. Prospektif araştırmalarda elde edilen ölçütler sırasıyla: "İnsidans Hızı, Rölatif Risk, Atfedilen Risk, Korunabilirlik Hızı, Doz Cevap ilişkisi"dir.

Cevap A (*Tezcan, Epidemiyoloji, Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi, s. 81-100*)

7. **Aşağıdakilerden hangisi "Güvencesiz Koşullar" nedeniyle oluşmuş bir iş kazası nedenidir?**

- a) Yetersiz ve uygun olmayan aydınlatma
- b) Makine koruyucularını olmaması

c) Kişisel koruyucuların ve makine koruyucularının nasıl kullanılacağına bilinmemesi

d) Makineler arası mesafenin uygun olmaması

e) Çalışanların iş giysilerinin uygun olmaması

AÇIKLAMA: İş kazaları nedenleri genel olarak ikiye ayrılır.

1.Güvencesiz koşullar: Yetersiz ve uygun olmayan aydınlatma, aşırı gürültü, aşırı sıcak veya soğuk, makine koruyucularının olmayışı, kişisel koruyucuların olmayışı, makineler arası mesafenin uygun olmayışı, yetersiz ve uygun olmayan havalandırma

2.Güvencesiz davranışlar: Çalışma koşullarının risklerini belirten eğitimden geçmemiş olması, kişisel ve makine koruyucularını nasıl kullanılacağını bilmemesi, mesleki deneyimin az olması, heyecanlı ve asabi olması, sensomotor aktivitenin düşük olması, bedensel özürlü ya da hastalığı olması, çalışmada aşırı fiziksel yorgunluk olması, bazı alışkanlıkları (sigara, alkol vb.) olması.

Cevap C (*TTB, İşyeri Hekimliği Ders Notları 6. Basım, Sabuncu H, iş kazaları, Yayın No: 011/01, Ankara, 2001, s. 259-275*)

8. **Aşağıdakilerden hangisi su dezenfeksiyonu için doğru değildir?**

- a) Kaynatarak su dezenfeksiyonunda su tatsızlaşır.
- b) Çok fazla kontamine olmayan su için litrede 0.2 mg serbest klor dezenfeksiyon için yeterlidir.
- c) Klor uygulandıktan hemen sonra dezenfektan etki gösterebilir.
- d) Ozon sporlu bakterilere ve virüslere karşı klor gazına göre güçlü bir bakterisit etki gösterir.
- e) Zorunlu durumlarda dezenfeksiyon için çamaşır suyu, iyot ve potasyum permanganat da kullanılabilir.

AÇIKLAMA: Klorun dezenfektan etki gösterebilmesi için uygulamadan sonra suyla en az yarım saat temas etmesi gerekir.

Cevap C (*Dirican, Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği), 1993, s. 117-179*)

9. **Aşağıdakilerden hangisi sörveyansın aşamaları arasında değildir?**

- a) Hastalıklarla ilgili veri toplanması
- b) Hastalıkların tedavisi
- c) Hastalıklarla verilerin analizi
- d) Hastalıklarla verilerin yorumlanması
- e) Hastalıklarla verilerin ilgili birimlere dağıtılması

AÇIKLAMA: Sörveyans, hastalıkların kontrolü için düzenli ve rutin olarak sürekli veri toplanması,

verilerin analizi, yorumlanması ve bu bilgilerin ilgili birimlere dağıtılması işlemine denir. Dört aşaması vardır.

1. Veri Toplanması,
2. Verilerin analizi,
3. Verilerin analizi
4. Verilerin ilgili birimlere dağıtılması.

Cevap B (*Bertan, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Güneş Kitapevi, 1997, s. 323-348*)

10. Aşağıdakilerden hangisi ana sağlığı açısından bir risk etkeni değildir?

- a) 18 yaşından önce gebelik
- b) 37 yaşında gebelik
- c) İki gebelik arasında 11 ay süre olması
- d) 5. gebelik
- e) İki gebelik arasında 36 ay süre olması.

AÇIKLAMA: Gebelik Öyküsünden Saptanan Risk Faktörleri:

1. Yaş
 - a. 35'den fazla ve multipar
 - b. 30 yaşından fazla primipar
2. Parite
 - a. 1. Doğum
 - b. Grand multipar (doğum sayısı 5 ve fazla ise)
3. Daha önce doğumları ile ilgili fena öykü verenler
 - 4 a. Postmatür ölü doğum (miadını geçmiş)
 - b. Daha önce uterus üzerinde skar, nebde bırakan operasyon geçirme (sezaryen, miyomektomi gibi)
 - c. Daha önce 3. devre komplikasyonu olanlar (kanama, plasentanın elle çıkarılması, plasentanın çıkmaması gibi)
4. Daha önce çoğul gebeliği ya da ailede çoğul gebeliği olanlar
5. Bir önceki gebelikle bu gebelik arasındaki süre

6 aydan kısa ise	risk +++
6.12	risk++
13-24 ay	risk+
24 aydan fazla ise yok	
6. Daha önceki gebeliklerde preeklampsi ya da eklampsi geçirme
7. Kronik hastalık öyküsü
8. Daha önce 4 kg'dan fazla bebek doğurma
9. Sigara içme alışkanlığı (günde 5'den fazla)
10. Ailenin sosyo ekonomik durumu kötü ise
11. Bu gebeliğin istenip istenmediği (istenmiyorsa)

Cevap E (*Bertan, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ankara 1995 S. 129,130*)

11. Aşağıdakilerden hangisi olasılıklı örnekleme yöntemlerinden biri değildir?

- a) Basit rastgele örnekleme
- b) Gelişigüzel örnekleme
- c) Küme örnekleme
- d) Sistematiik örnekleme
- e) Tabakalı rastgele örnekleme

AÇIKLAMA: Olasılıklı Örnekleme Yöntemleri:

1. Basit Rastgele Örnekleme
2. Tabakalı Rastgele Örnekleme
3. Küme Örnekleme
4. Sistematiik Örnekleme

Cevap B (*Sümbüloğlu, Biyoistatistik, 9. Baskı, Ankara Hatiboğlu Yayınevi, 2000, s. 249*)

12. Belirli bir hastalığa yakalananlar içinde ne kadarının öldüğünü, yani bu hastalığın ne kadar fatal-öldürücü olduğunu gösteren ölçüt hangisidir?

- a) "A" nedenine özel ölüm hızı
- b) Fatalite hızı
- c) Orantılı ölüm hızı
- d) İnsidans
- e) Prevalans

AÇIKLAMA: Fatalite hızı, belirli bir hastalığa yakalananlar içinde ne kadarının öldüğünü, yani bu hastalığın ne kadar fatal-öldürücü olduğunu gösteren bir ölçüttür.

Cevap B (*Tezcan, Epidemiyoloji, Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi, s. 177-178*)

13. Bir örneklemin evreni temsil etme yeteneğine sahip olabilmesi için aşağıdaki özelliklerden hangisine sahip olması gerekli değildir?

- a) Örneklem büyüklüğü yeterli olmalıdır
- b) Örneklem evrendeki dağılıma oran yönünden benzer olmalıdır.
- c) Örneklem seçiminde yan tutulmamalıdır.
- d) Örneklem seçiminde olasılıklı örnekleme yöntemlerinden konuya en uygun olanı kullanılmalıdır.
- e) Örneklem seçiminde olasılıklı örnekleme yöntemlerinden konuya en uygun olanı kullanılmalıdır.

AÇIKLAMA: Evreni temsil yeteneğine sahip bir örneğin özellikleri:

1. Örneklem büyüklüğü yeterli olmalıdır.
2. Örneklem evrendeki dağılıma eşit ve oran yönünden benzer olmalıdır.
3. Örneklem seçiminde yan tutulmamalıdır.

HALK SAĞLIĞI

4. Örneklem seçiminde olasılıklı örnekleme yöntemlerinden konuya en uygun olanı kullanılmalıdır.

Cevap E (*Özgür, Sağlık Alanında Araştırma Yöntemleri Ders Notları, Gaziantep Üniversitesi Matbaası, 1999, s. 94*)

K.B.B.

1. Aşağıdakilerden hangisi eksternal karotid arterin dallarından biri değildir?

- a) Lingual arter
- b) Oksipital arter
- c) Fasiyal arter
- d) İnfierior tiroid arter
- e) İnternal maksiller arter

AÇIKLAMA: İnfierior tiroid arter subklavyen arterden köken alan tiroservikal trunkusun bir dalıdır.

Cevap D (*Bailey-Otolaryngology Head and Neck Surgery Textbook, Cilt 1, 1993, s.21*)

2. Tiroid cerrahisi sırasında superior laringeal sinirin dış dalı kesilebilir. Bu dal aşağıdaki kasların hangisini innerve eder?

- a) Transvers interaritenoid kas
- b) Oblik interaritenoid kas
- c) Krikotiroid kas
- d) Vokal kas
- e) Tiroaritenoid kas

AÇIKLAMA: Superior laringeal sinir vokal kordu veren krikotiroid kası innerve eder. Tiroid cerrahisinde, bu sinirin kesilmesinden kaçınılmalıdır.

Cevap C (*Janfaaza, Çev.Cansız, Baş ve Boyunun Cerrahi Anatomisi, 1.baskı, 2002, s.667*)

3. Paranasal sinüs enfeksiyonlarının en sık rastlanılan komplikasyonu hangisidir?

- a) Mukosel
- b) Orbital komplikasyonlar
- c) Kavernoöz sinüs trombozu
- d) Menenjit
- e) Epidural abse

AÇIKLAMA: Sinüzitin en sık komplikasyonu orbital komplikasyonlardır ve preseptal sellülit, periorbital sellülit, orbital sellülit ve orbital abse gibi geniş bir yelpazeyi içerir. Kafa içi komplikasyonlar çok daha nadirdir ve bunlardan en sık görüleni ise menenjittir.

Cevap B (*Cummings-Otolaryngology, Head and Neck Surgery Textbook, Cilt 2, 1998, s.1107*)

4. Yetişkinlerde akut rinosinüzite sebep olan bakterilerden en sık rastlanılan hangisidir?

- a) Pnömonia

b) Anaerob bakteriler

c) S. aureus

d) P. aeroginase

e) Grup A Beta hemolitik streptokokkus

AÇIKLAMA: Streptokokkus pnömonia yetişkin akut sinüzitlerinin en sık etkenidir, bunu H. İnfluenza takip eder, S. aureus ve anerob bakteriler daha nadir görülür. Kronik sinüzitte ise anaerob bakterilerin sıklığı önemli derecede yüksektir.

Cevap A (*Cummings-Otolaryngology Head and Neck Surgery Textbook, Cilt 2, 1998, s.1116*)

5. Erken evre T1-2 N0 M0 larinks kanserlerinde standart tedavi aşağıdakilerden hangisidir?

a) Total larinjektomi

b) Kemoterapi

c) Kemoterapiyi takiben radyoterapi

d) Radyoterapi veya parsiyel larinjektomi

e) Kemoterapiyi takiben parsiyel larinjektomi

AÇIKLAMA: Günümüzde erken evre larinks kanserlerinde standart tedavi olan parsiyel larinjektomi veya radyoterapi ile yüksek oranlarda kür (2 yıllık sağkalım %90'lar civarında) sağlanmaktadır. Kemoterapinin erken evre kanserlerde yeri yoktur. İleri evre larinks kanserlerinde ise standart tedavi total larinjektomi ve adjuvan radyoterapi veya kemoradyoterapi ile organ prezervasyonudur.

Cevap D (*Bailey-Otolaryngology Head and Neck Surgery Textbook, Cilt 2, 1993, s.1320*)

6. Aşağıdakilerden hangisi parotis bezinde en sık görülen malign tümördür?

a) Adenoid kistik kanser

b) Adenokanser

c) Mukoepidermoid kanser

d) Mikst tümör

e) Skuamöz hücreli kanser

AÇIKLAMA: Mukoepidermoid kanser parotiste adenoid kistik kanser ise submandibüler bezde en sık görülen malign tümördür. En sık görülen benign tümör ise mikst tümördür (pleomorfik adenom).

Cevap C (*Bailey-Otoalryngology Head and Neck Surgery Textbook, Cilt 2, 1993, s.1120*)

7. Effüzyonlu otit media (seröz otit media) ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Hastalar çoğunlukla çocuktur; hafif işitme azlığı ve şiddetli olmayan ağrı şikayeti ile başvururlar, asemptomatik olgular da nadir değildir.
- Muayene bulgusu mat, vaskülarize ve retrakte kulak zarı görünümü ile karakterizedir.
- Kulak zarı perforasyonu ve mukoid akıntı sık rastlanılan bir bulgudur.
- Medikal tedaviye dirençli olgularda cerrahi seçenek ventilasyon tüpü tatbiki ve adenoidektomidir.
- Akustik impedansmetrede düşük basınç ve od-yogramda hafif iletim tipi işitme kaybı tanıya yardımcı bulgulardır.

AÇIKLAMA: Effüzyonlu otit medianın çok ileri evrelerinde perforasyon gelişebilir ve hastalığın adı kronik otit media adını alır. Bu nedenle effüzyonlu otit media tanımı ile kulak zarı perforasyonu ve akıntı bağdaşmaz. Diğer şıklar effüzyonlu otit media için geçerlidir.

Cevap C (*Bailey-Otolaryngology Head and Neck Surgery Textbook, Cilt 2, 1993, s.1592-95*)

8. Aşağıdakilerden hangisi kafa içi komplikasyon riski en yüksek ortak kulak hastalığıdır?

- Adeziv otit
- Büllöz mirinjit
- Kolesteatomlu kronik otit media
- Effüzyonlu otit media
- Akut otitis media

AÇIKLAMA: Adeziv otit ve effüzyonlu otitis media da klinik olarak enfeksiyon yoktur, büllöz mirinjit ve akut otitis media da antibiyotik kullanımı ile komplikasyonlar çok nadirleşmiştir. Genel olarak **kronik otitler akut otitlere göre daha çok kafa içi komplikasyona sebep olurlar**. Kolesteatom bir kronik enfeksiyon olarak çevre dokulara invaze olur, ve miks enfeksiyonlar eşlik eder, bu nedenle kafa içi komplikasyon riski daha fazladır.

Cevap C (*Cummings-Otolaryngology Head and Neck Surgery Textbook, Cilt 4, 1998, s.3065*)

9. Vestibüler nörinit ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Başdönmesi ve bulantı kusma ile karakterizedir.
- Kulakla ilgili semptom ve bulgu yoktur.
- Nistagmus vardır.
- Semptomlar şiddetli başlar ve 3-7 gün içerisinde düzelir.
- Epley manevrası ile dramatik iyileşme sağlanır.

AÇIKLAMA: Epley manevrası sadece benign pozisyonel vertigo tedavisinde kullanılan bir yöntemdir, diğer şıklar vestibüler nörinit için geçerlidir.

Cevap E (*Cummings-Otolaryngology Head and Neck Surgery Textbook, Cilt 4, 1998, s.2686-92*)

10. Evcil hayvan, toz veya yün akarları nedeniyle burun akıntısı, kaşıntı ve hapsirme şikayetleri olan bir hastadaki olası tanınız nedir?

- Perennial allerjik rinit
- Mevsimsel allerjik rinit
- Vazomotor rinit
- Atrofik rinit
- Non allerjik eozinofilik sendrom

AÇIKLAMA: Allerjik rinitin sınıflandırmasında bahsedilen allerjenlere karşı gelişen ve bütün sene semptom veren tip **perennial allerjik rinittir**. Mevsimsel allerji rinit belirli dönemlerde oluşur genellikle polenlere karşı oluşur

Cevap A (*Cummings-Otolaryngology Head and Neck Surgery Textbook, Cilt 2, 1998, s.903*)

11. En sık görülen akut tonsillit etkeni aşağıdakilerden hangisidir?

- Stafilokoklar
- Pnömokoklar
- H.influenza
- Moraksella catarrhalis
- Beta Hemolitik Streptokoklar

AÇIKLAMA: En sık görülen akut tonsillit etkeni Beta hemolitik streptokoklardır.

Cevap E (*Çelik, 2002, s.547*)

12. Aşağıdaki testlerden hangisi vestibüler sistemin değerlendirilmesinde kullanılmaz?

- Oküler dismetri testi
- Gaze testi
- Dinamik pozisyonel test
- ABR testi
- Bitermal kalorik test

AÇIKLAMA: Elektronistagmografi (ENG) nistagmusun elektrookülografi ile objektif olarak tespit edilebildiği bir test grubudur. ENG ile uygulanan testler: oküler dismetri testi, gaze testi, sinüzoidal takip testi, saccade testi, optokinetik test, dinamik pozisyonel test, bitermal kalorik testtir.

Cevap D (*Ballenger, Çev. Şenocak*)

13. Otokleroz hangi yapının hastalığıdır?

- Labirent kemik kapsül

- b) Dış kulak
- c) Timpanum
- d) Malleus
- e) İnkus

AÇIKLAMA: Otoskleroz labirent kemik kapsülün bir hastalığıdır ve vücudun başka yerlerinde ve hayvanlarda görülmez.

Cevap A (Akyıldız, 2.cilt, 2002, 447-498)

14.Nazofarenks kanserinde en sık uzak metastaz yeri neresidir?

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

AÇIKLAMA: Nazofarenks kanserinde uzak metastaz yeri en sık akciğer, ikinci sıklıkla kemiktir.

Cevap B (Ballenger, Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, 15.baskı 1996, s.329)

15.Paranazal sinüs malign tümörleri en sık nerede görülür?

- a) Anterior etmoid sinüs
- b) Maksiller sinüs
- c) Frontal sinüs
- d) Sfenoid sinüs
- e) Etmoid post sinüs

AÇIKLAMA: Nazosinüslerde malign neoplazmin en sık görüldüğü yerler %55-60 maksiller sinüs, %20-35 nazal kavite, %9-15 etmoid sinüslerdir.

Cevap B (Çelik, SYF, 2002)

16.Aşağıdakilerden hangisi benign paroksizmal vertigo için tipik değildir?

- a) Vertigo baş hareketleri ile ortaya çıkar.
- b) Rotatuvar nistagmus görülür.
- c) Vejetatif semptomlar izlenebilir.
- d) Genellikle spontan remisyon izlenir.
- e) Etiyolojisinde geniş vestibüler akuadukt rol alır.

AÇIKLAMA: BPPV da baş pozisyonu ile ortaya vertigo atakları meydana gelir. Vertigo ve nistagmus Halpike pozisyonunda ortaya çıkar. Nistagmus horizontal tipte de görülebilmeye rağmen, genellikle rotatuvar tiptedir. Baş dönmesi ve nistagmusa bulantı ve kusma gibi vejetatif semptomlar eşlik eder. BPPV'nin etiolojisinde esas olarak cupulotiazis sorumlu tutulmaktadır. Hastalığın doğal seyri yıllar sonra spontan remisyonudur.

Cevap E (Paprella, Otolaryngology and Neuro-Otology, 2.Cilt, 1991, s.1705-1706)

17.Hangisi malign tükrük bezi tümörü değildir?

- a) Mukoepidermoid tümör
- b) Silendiroma
- c) Onkositoma
- d) Asinik hücreli karsinoma
- e) Clear cell karsinoma

AÇIKLAMA: Onkositoma oksifilik adenoma olarak da adlandırılan, sıklıkla parotiste lokalize benign bir tümördür.

Cevap C (Kaya, Tükrük Bezi Hastalıkları, 1997, s.242)

18.Aşağıdakilerden hangisi periferik tipte rekürren fasyal sinir paralizi, rekürren orofasiyal ödem ve lingua plikata (fissürlü dil) triadı ile seyreden klinik antitedir?

- a) Ramsey-Hunt Sendromu
- b) Kawasaki Hastalığı
- c) Melkersson Rosenthal Sendromu
- d) İdiyopatik Bell Paralizi
- e) Mobius Sendromu

AÇIKLAMA: Rekürren orofasiyal ödem, rekürren fasyal paralizi ve lingua plicata (fissürlü dil) triadının oluşturduğu sendroma **Melkersson-Rosenthal sendromu** denir. **Ramsey-Hunt sendromu** varicella zoster virus enfeksiyonuna bağlı olarak pinna, retroaurikular bölge, yüz veya ağızda veziküller ile birlikte fasyal paralizinin olduğu herpes zoster fasyal paralizisine verilen isimdir. **Kawasaki hastalığı**, infantil akut febril mukukütanöz lenf nodu sendromu olarak da bilinir. Müköz membran, cilt, lenf nodu ve kardiyak sistem tutumu ile birlikte %30 oranında nörolojik komplikasyonlar görülür. **Aseptik menenjit ve irritabilite en sık nörolojik komplikasyonlardır.** Fasyal paralizi de görülebilir. **İdiyopatik Bell paralizi** fasyal paralizi semptom ve bulgularının bulunduğu ancak etiolojide rol oynayabilecek başka bir hastalığın olmadığı fasyal paralizilere verilen isimdir. **Mobius sendromu** konjenital fasyal sinir paralizi sebeplerindedir. İzole tek taraflı fasyal paraliziden bilateral fasyal sinir ve abduzens siniri fonksiyon kaybına kadar değişebilen geniş bir klinik ve patolojik durumu ifade eder. Lezyon en sık olarak fasyal kanalın mastoid segmentinin distal kısmındadır. Diğer kranial sinirler de tutulabilir. Bazı ekstremiteler, baş ve boyun gelişim anomalileri ile birliktelik gösterebilir.

Cevap C (Charles, Otolaryngology head and Neck Surgery, Mosby-Year Book, Cilt 4, 1993, s.3217-3229)

K.B.B.

19. Aşağıdakilerden hangisi frontal sinüzitin bir komplikasyonudur?

- a) Oroantral fistül
- b) Glomus tümörü
- c) Pott's puffy tümör
- d) Thornwalt kisti
- e) Ozena

AÇIKLAMA: Frontal sinüzitte, sinüs anterior duvarında erozyon meydana gelerek subkutanöz pü birikmesiyle frontal sinüs önünde şişlik oluşmasına **Pott's puffy tümör** denir.

Cevap C (*Ballenger, Otorhinolaryngology head and Neck Surgery, 15.baskı, 1996, s.171*)

20. Total hava yolu rezistansının %50'sini oluşturan üst solunum yollarının en dar bölgesi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Rima glottis
- b) Koanalar
- c) Anterior nazal valf
- d) Sfenoetmoidal reses
- e) Nares

AÇIKLAMA: Anterior nazal valf burun girişinin yaklaşık 1.5-2 cm arkasında yer alır ve bu bölgede hava yolunun kesit alanı 20-40 mm² dir. Burası üst hava yolunun en dar bölgesi olup toplam hava yolu rezistansının %50'sini oluşturur.

Cevap C (*Ballenger, Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, 1996, s.14*)

21. Allerjik rinit tedavisinde aşağıdakilerden hangisinin yeri yoktur?

- a) Antihistaminik ve dekonjestanlar
- b) Topikal steroidler
- c) Nedokromil sodyum
- d) Kolinerjik ajanlar
- e) Sistemik kortikosteroidler

AÇIKLAMA: Allerjik rinit tedavisinde antihistaminikler, dekonjestanlar, disodyum kromoglikat, nedokromil sodyum, topikal intranasal steroidler, sistemik steroidler ve antikolinerjik ajanlar kullanılabilir. **Kolinerjik ajanlar parasempatik stimülasyona sebep olarak glandular sekresyonu artırır ve rinorenin şiddetlenmesine yol açar.**

Cevap D (*Ballenger, Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, 1996, s.143-146*)

22. Otoskleroz otik kapsülün en sık neresinde görülür?

- a) Utrikulus
- b) Yuvarlak pencere
- c) Skala timpani
- d) Fissula ante fenestra

e) Kohlear kanal

AÇIKLAMA: Otoskleroz en sık (%80-90) **fissula ante fenestrayı**, ikinci sıklıkla ise yuvarlak pencere sınırını (%30-50) tutar. Hastaların yarısında tek bir odak vardır, kalanlarında ise iki ve daha fazla odak bulunabilir.

Cevap D (*Ballenger, Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, 1996, s.1054*)

23. Aşağıdakilerden hangisi temporal kemiğin parçalarından birisi değildir?

- a) Petroz
- b) Kuamöz
- c) Timpanik
- d) Mastoid
- e) Unsinat

AÇIKLAMA: Her iki temporal kemik kafatasının tabanında ve her iki yanında yer alır ve skuamöz, mastoid, petröz, timpanik parçalardan oluşur.

Cevap E (*Ballenger, Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, 1996, s.838-839*)

24. Kronik süperatif otitis medialı hastada bacaklı ateş ve terleme nöbetleri yanı sıra retrouriküler bölgeye basmakla ağrı saptanırsa hangi komplikasyonu düşünürsünüz?

- a) Beyin absesi
- b) Menenjit
- c) Serebellum absesi
- d) Lateral sinüs tromboflebiti
- e) Ektradural abse

AÇIKLAMA: Lateral sinüs tromboflebitinde nöbetler halinde oluşan yüksek ateş, terleme, nabız artışı görülür. Hastanın kendisini iyi hissettiği remisyon dönemleri mevcuttur. **En sık en tipik bulgusu mastoid emisser venin çıkış yeri üzerinde posterior mastoidde hassasiyettir.** Bu noktadaki inflamatuvar cevap mastoidde kızarıklığa ve ödeme sebep olabilir.

Cevap D (*Ballenger, Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, 1996, s.1040*)

25. İstirahat halinde tükrük sekresyonunda en fazla rol oynayan tükrük bezleri hangisidir?

- a) Parotis
- b) Submandibüler
- c) Sublingual
- d) Minör tükrük bezleri
- e) Eşit oranda salgı yaparlar

AÇIKLAMA: Uyarılmamış glandlarda tükrük %69 oranında submandibüler bezden salgılanır. Parotis %26, sublingual bez %5 oranında etkilidirler.

Cevap B (*Kaya, Tükrük Bezi Hastalıkları, s.27*)

26.Aşağıdakilerden hangisi tonsillektominin en sık görülen komplikasyonudur?

- a) Kanama
- b) Hava yolu obstrüksiyonu
- c) Dehidratasyon
- d) Kusma
- e) Halitosis

AÇIKLAMA: En sık tonsillektomi komplikasyonu kanamadır.

Cevap A (*Bailey, Head&Neck Surgery-Otolaryngology Byron, 1993, s.843*)

27.Tiroglossal kist ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Boynun orta hattında yerleşir.
- b) Kist foramen çekumla ilişkilidir.
- c) Doğum esnasında daima mevcuttur.
- d) Dili öne çekmekle kist hareket eder.
- e) Hyoid kemiğin korpusu ile ilişkilidir.

AÇIKLAMA: Boyun orta hattında en çok görülen lezyonlardan biri triglossal kisttir. Embriyonik orijinli olduğu halde yenidoğan döneminde görülmeleri enderdir. Tiroglossal kalıntılar, dil kökünden tiroidin piramidal lobuna kadar orta hat kitlelerini oluştururlar. Foramen çekum tiroid divertikülünün geliştiği yerdir. Tiroglossal kanal kisti ve onun kanalı, dil tabanına kadar total olarak eksize edilmelidir. Rekürrensi önlemek için hyoid kemiğin orta kısmının (korpusunun) eksizyonunun gerekli olduğu bildirilmiştir.

Cevap C (*Ballenger, Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery 15.baskı, s.211*)

28.Fungal sinüzitin en sık rastlanılan etkeni hangisidir?

- a) Histoplazma kapsülatum
- b) Candida
- c) Coccidioides immitis
- d) Sporothrix schenckii
- e) Aspergillus

AÇIKLAMA: Fungal sinüzitin en sık rastlanılan etkeni *Aspergillus*'tur.

Cevap E (*Önerci, Sinüzit, 1999*)

29.Kırkbeş yaşında bayan hasta son 4 yıldır 2-3 ayda bir tekrarlayan 1,5-2 saat süren baş dönmesi atağı tanımlıyor. Hastanın sol kulağında çınlama ve düşük frekansları tutan nörosensöriyal işitme kaybı mevcuttur. Muhtemel tanınız nedir?

- a) Otoskleroz
- b) Meniere hastalığı
- c) Vestibüler nörit
- d) Benign paroksizmal vertigo
- e) Büllöz mirinjit

AÇIKLAMA: Meniere hastalığının kliniğinde genellikle birkaç saat süren baş dönmesi, özellikle düşük frekansları tutan fluktuan nörosensöriyal işitme kaybı, tinnitus ve kulakta dolgunluk hissi mevcuttur.

Cevap B (*Paparella, Otolaryngology 2.Cilt, 1991, s.1699-1700*)

30.Aşağıdakilerden hangisi akut tonsillitin ayırıcı tanısında düşünülmez?

- a) Difteri
- b) Kızıl
- c) Su Çiçeği
- d) Vincent anjini
- e) Enfeksiyöz Mononükleozis

AÇIKLAMA: Tonsilit ayırıcı tanısında membranöz tonsillite sebep olan difteri, kızıl, enfeksiyöz monoükleoz, vincent anjini düşünülmemektedir.

Cevap C (*Çelik, KBB Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi, 2002, s.548*)

31.Aşağıdakilerden hangisi transvers tip temporal kemik fraktürlerinin özelliklerinden değildir?

- a) Temporal kemik fraktürlerinin yaklaşık %20'sini oluşturur.
- b) Genellikle oksipital ve frontal yönden gelen travmalar sonucu oluşur.
- c) Otoraji ilk göze çarpan bulgudur.
- d) İşitme kaybı sensörinöral tiptir ve kalıcıdır.
- e) Fasiyal sinir paralizisi vakaların %50'sinde görülür ve hemen ortaya çıkar.

AÇIKLAMA: Transvers tip temporal kemik fraktürlerinde otoraji kulak zarı sağlam olduğu için izlenmez. Hemotimpanum izlenir.

Cevap C (*Çakır, Otolaringoloji, Baş ve Boyun Cerrahisi, 2.baskı, 1999, s.90-94*)

NÖROŞİRÜRJİ

1. Meningesel ile ilgili hangisi doğrudur?

- İçerisinde yalnızca beyin-omurilik sıvısı (BOS) bulunur.
- İçerisinde BOS ve sinir kökleri bulunur.
- İçerisinde BOS, sinir kökleri ve spinal kord bulunur.
- Spina bifida ile birlikte olmaz.
- En sık servikal bölgede rastlanır.

AÇIKLAMA: Meningoseller, orta hat kapanma defektleri sonucunda vertebra arkularının açık kalması (spina bifida) sonucu, spinal meninklerin bir kese şeklinde, dorsal yönde şişkinlik yapması ile karakterize konjenital malformasyonlardır. Ciltte renk değişikliği, inceltme ve bazen kıllanma da görülen bu keselerin içerisinde **yalnızca BOS var ise meningesel; BOS yanı sıra sinir dokusu da var ise meningomyelomal adı verilir. Bu malformasyonlara en sık olarak lumbosakral bölgede rastlanır.**

Cevap A (Raimondi, *Pediatric Neurosurgery*, 1987, s. 424)

2. Aşağıdakilerden hangisi beyin herniasyonu belirtisi değildir?

- Midriyazis
- Hemiparezi veya hemipleji
- Afazi
- Solunum ritminin bozulması
- Bradikardi

AÇIKLAMA: Beyin herniasyonları, temel olarak 4 tipte olur: Singulat, unkal, foraminal ve transtentorial yukarı doğru herniasyonlar. **Singulat tipte**, bir hemisfer dokusu, falxın altından karşı tarafa geçer. **Klinik önemi en az olan tip budur.** Unkal herniasyonda, unkuslar tentoryum açıklığından arka çukura doğru yer değiştirirken mezensefalonu sıkıştırırlar. Foraminal herniasyonda, serebellar tonsiller foramen magnumdan servikal bölgeye sarkarak bulbusu sıkıştırır. Transtentoryal yukarı herniasyonda, serebellar doku, tentoryum açıklığından, yukarı kayarak beyin sapını sıkıştırır. Bu olaylar sırasında 3 sinir sıkışması ile midriyazis, piramidal yolların sıkışmasıyla hemiparezi veya hemipleji, beyin sapının sıkışmasıyla da bilinç bozuklukları, bradikardi ve solunum ritminde bozukluklar ortaya çıkar.

Cevap C (Rengachary, *Principles of Neurosurgery*, 1994, s. 2-9)

3. Beyindeki metastatik tümörler ile ilgili hangisi doğrudur?

- 2/3'ü birden fazla sayıdadır.
- Her zaman tektir,
- Ameliyat edilemezler, radyoterapi ve kemoterapi yapılır.
- Erkeklerde, en sık prostat ca kaynaklıdır,
- Kadınlarda, en sık serviks ca kaynaklıdır.

AÇIKLAMA: Beynin metastatik tümörleri genellikle multipldir ve tanı konduğunda 2/3 olguda birden fazla sayıdadır. Tek nodüler veya cerrahi olarak ulaşım kolay olan birden fazla kitleler ameliyat edilebilirler. Bunu radyoterapi ve primer tümörün cinsine göre kemoterapi takip edebilir. Prognozu belirleyen primer hastalığın cinsi ve yaygınlığıdır. **Erkeklerde akciğer, kadınlarda meme Ca beyne en sık metastaz yapan tümörleridir.**

Cevap A (Sawaya R: *Brain Metastasis: Steel knife or Gamma knife*, *Ann Sur Oncol* 2000, 7: 323-324)

4. Akueduktus Sylvii düzeyinde yerleşen bir tümörün hangisine yol açması en olasıdır?

- Komünikan hidrosetali
- Non-komünikan hidrosetali,
- Periferik fasiyal parezi,
- Fazi
- Diabestes insipidus

AÇIKLAMA: Beyin-omurilik sıvısı (BOS) 'un akım yönü tek yönlüdür ve esas olarak koroid pleksuslardan salgılanan bu sıvı, yan ventriküllerden foramen Monro yoluyla üçüncü ventriküle, oradan da Akueduktus Sylvii yoluyla 4. ventriküle ulaşır. Burada bulunan Luschka ve Magendi deliklerinden geçerek sisterna magna, oradan da çeşitli sisternalar ve hemisferik subaraknoid aralık içerisinde superior sagittal sinüse dökülür. Az bir miktarı spinal subaraknoid aralığa geçen BOS'un ilerlediği yollarda bir tıkanıklık olduğunda, barajlarda biriken su gibi, akım basıncının artmasına neden olur. **Hidrosetali dediğimiz bu olay, sadece emilim bozukluğu nedeniyle (araknoid granülasyonlar ve superior sagittal sinüs düzeyinde) olursa komünikan (ilişkili); yollardaki bir tıkanıklık nedeniyle oluşmuşsa da non-komünikan (ilişkisiz) hidrosetali olarak adlandırılır.** Akueduktus Sylvii seviyesindeki tıkanıklarda, yan ventriküller ve 3. ventrikül (f. Monro ile) genişleyerek triventriküler (3 ventrikül boşluğunu ilgilendiren, non-komünikan tipte) hidrosetali yapar.

Cevap B (Rengachary, *Principles of Neurosurgery*, 1994, s. 6-5)

5. İdiyopatik trigeminal nevralji'de ilk tedavi seçeneği aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Karbamazepin
- b) Baklofen
- c) Retrogasserian rodyofrekans termo koagülasyon
- d) Dandy Ameliyatı
- e) Mikrovasküler dekompresyon (Janetta Ameliyatı)

AÇIKLAMA: Trigeminal nevraljide ilk tedavi olarak 600-1600 mg/gün dozda, bir GABA agonisti olan karbamazepin kullanılır.

Cevap A (Keneth, Neurology and Neurosurgery Illustrated, 3.baskı, 1997, s.158-159)

6. Aşağıdaki herniasyonlardan hangisinde nervus okulomotorius basısı herniasyonun ilk habercisidir?

- a) Tonsiller herniasyon
- b) Unkal herniasyon
- c) Singular herniasyon
- d) Yukarı doğru transtentoriyal herniasyon
- e) Frontal lobunsella içine herniasyonu.

AÇIKLAMA: Temporal lobun medial kısmı olan uncus hipokampi'nin tentoryal açıklıktan 3. sinire basarak hernie olmasına unkal herniasyon adı verilir. 3. sinire olan bası ilk olarak sinirin periferindeki parasempatik lifleri etkileyerek o taraf pupilde dilatasyona neden olur. Bu belirti unkal herniasyonun ilk belirtisidir.

Cevap B (Keneth, Neurology and Neurosurgery Illustrated, 3.baskı, 1991, s.220)

7. Aşağıdaki kraniyosinostozlardan hangisi scafosefali'ye neden olur?

- a) Sagittal sütür sinostozis'i
- b) Koronal sütür sinostozis'i
- c) Lambdoid sütür sinostozis'i
- d) Pansinostozis
- e) Metopik sütür sinostozis'i

AÇIKLAMA: Kraniyosinostoz, kraniyal sütürlerin bir veya bir kaçının erken kapanmasıdır. Bu durumda büyüme hattına dik olarak büyüme olmaz. Sagittal sütür sinostozunda sütüre dik yönde büyüme olmaz ve kalvaryum kayık şeklini alır, buna scafosefali adı verilir.

Cevap A (Keneth, Neurology and Neurosurgery Illustrated, 3.baskı, 1991, s. 368)

8. Aşağıdaki travmatik hematomlardan hangisinde bilgisayarlı tomografide içeri doğru konveks, hiperdens bir görüntü vardır ve etiyolojisinde orta meningeal arterin travmatik kesilmesi yatar?

- a) Kronik subdural hematom
- b) Subakut subdural hematom
- c) Akut subdural hematom
- d) Subaraknoid kanama
- e) Epidural hematom

AÇIKLAMA: Epidural hematomların etiyolojisindeki en büyük neden temporal lineer kırık ile orta meningeal arterin kesilmesidir. Dura hematom ile mediale doğru itilir ve beyne olan tarafı konveks olan bir görüntü oluşur.

Cevap E (Keneth, Neurology and Neurosurgery Illustrated, 3.baskı, 1991, s. 223)

9. Aşağıdaki beyin tümörlerinden hangisi daha çok çocukluk çağında görülür ve serebellar vermisten köken alır?

- a) Astrositom
- b) Medulloblastom
- c) Ependimom
- d) Pinealoblastom
- e) Oligodendrogliom

AÇIKLAMA: Bir çocukluk çağı tümörü olan medulloblastomlar serebellar vermisin velum medullare superiorundan köken alırlar.

Cevap B (Keneth, Neurology and Neurosurgery Illustrated, 3.baskı, 1991, s.293)

10. Aşağıdaki beyin tümörlerinden hangisi beyin myelin yapan hücrelerinden köken alır?

- a) Astrositom
- b) Medulloblastom
- c) Ependimom
- d) Pinealoblastom
- e) Oligodendrogliom

AÇIKLAMA: Beyinde myelin oligodendrogliolar tarafından yapılır. Bu hücrelerin tümörleri oligodendrogliomlardır.

Cevap E (Keneth, Neurology and Neurosurgery Illustrated, 3.baskı, 1991, s. 293)

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ

1. Aşağıdakilerden hangisi kırık sonrası komplikasyonlardan değildir?

- a) Nörovasküler yaralanma
- b) Kompartman sendromu
- c) Yanlış kaynama
- d) Açık kırık
- e) Kaynamama

AÇIKLAMA: Açık kırıklar komplikasyon görülme hızları yüksek kırıklardır. Tüm kırıklarda kırığın kendisine ve tedavideki immobilizasyona bağlı olarak, kemik dansitesinde azalma, refleks sempatik distrofi, nörovasküler yaralanma, kompartman sendromu, yanlış kaynama, gecikmiş kaynama, eklem hareket kaybı gibi komplikasyonlara rastlanılabilir.

Cevap D (*Rockwood and Gren; Fractures in Adults, 4. baskı, 1996, s. 25-45*)

2. El bileği dorsumunda en sık rastlanan kitle hangisidir?

- a) Lipom
- b) Fibrom
- c) Osteoid osteoma
- d) Gangliyon
- e) Osteokondrom

AÇIKLAMA: Gangliyonlar elde en sık rastlanan yumuşak doku tümörleridir. Bir çok lokalizasyonda olabilmeleri rağmen el bileği dorsunu en sık rastlandıkları bölgedir. Osteoid osteoma bir kemik tümördür ve genellikle kitleden çok ağrıyla semptom verir. Diğerleri gangliyon kadar sık değildir.

Cevap D (*Green RD: Gren's operative had surgery, 4.baskı, 1999, s. 2171.*)

3. Phalen testi hangisinin teşhisinde kullanılır?

- a) Tenisçi dirseği
- b) Brakial pleksus felci
- c) Karpal tünel sendromu
- d) Tetik parmak
- e) Pleksör tendon kesisi

AÇIKLAMA: Karpal tünel sendromu, median sinirin elbileği düzeyindeki tuzak nöropatisidir. Durkan testi, Tinel belirtisi ve Phalen testi ön tanıda kullanılan provakatif testlerdir.

Cevap C (*Green RD: Gren's operative had surgery, 4.baskı, 1999, s. 1406*)

4. Aşağıdakilerin hangisinde divarfizim görülmez?

- a) Akondroplazi
- b) Ellis-Van Creveld sendromu
- c) Multipl epifiziyal displazi
- d) Legg-Perthes-Calve hastalığı
- e) Diastrofik displazi

AÇIKLAMA: Legg-Perthes-Calve hastalığı çocuklarda femur başının idiyopatik aseptik nekrozudur. Diğerleri kemik displazileridir ve divarfizimle seyreder.

Cevap D (*Tachdjian Mo: Pediatric orthopedics, 2.baskı, 1990, s. 943*)

5. Osteogenezis imperfekta için hangisi yanlıştır?

- a) Mavi sklera görülebilir.
- b) Diş problemleri olur.
- c) Kemikler kolay kırılır.
- d) İntramembranöz kemik yapımı normaldir.
- e) Sağırılık olabilir.

AÇIKLAMA: Osteogenezis imperfektada kollajen yapımı ve organizasyonu bozulmuştur. Dolayısıyla hem encondral hem de intramembranöz kemik yapımı bozuktur. Diğer şıklar doğrudur.

Cevap D (*Tachdjian Mo: Pediatric orthopedics, 2.baskı, 1990, s. 759*)

6. Bir parmağın travmatik amputasyonuyla karşılaşıldığında en doğru yaklaşım hangisidir?

- a) Ampute olan parçanın bol serum fizyolojik ile yıkanması
- b) Ampute olan parçanın buz içinde dondurularak mikrocerrahi merkezine sevki
- c) Ampute olan parçanın yerine tespit edilmesi
- d) Ampute olan parçanın heparinli su ile transferi
- e) Ampute olan parçanın buzlu su içinde mikrocerrahi merkezine transfer edilmesi

AÇIKLAMA: Böyle bir durumda yapılacak en doğru şey soğuk uygulayarak parçanın hemen transfer edilmesidir. Parçanın dondurulması oldukça sakıncalıdır.

Cevap E (*Green RD: Gren's operative had surgery, 4.baskı, 1999, s. 1145*)

7. Radyal stiloid üzerinde şişlik ve hassasiyet görülen orta yaşlı bir bayan hastada en olası tanınız nedir?

- a) De Quervain hastalığı
- b) Dupuytren hastalığı
- c) Radius kırığı
- d) Skafoid kırığı

e) Romatoid artrit

AÇIKLAMA: Dupuytren genelde 4. parmakta görülen, fleksiyon kontraktürüyle seyreden bir fibrotik hastalıktır. Skafoid kırığında ağrı enfiye çukurundadır. De Quervain ise abduktör pollicis longus ve ekstansör pollicis brevisin tenosinovitidir. Bu tendonlar el bileğindeki ekstansör retinakulumun birinci kompartmanını oluşturur ve tam radial stiloidin üzerinden geçer.

Cevap A (*Green RD: Gren's operative had surgery, 4.baskı, 1999, s. 2034*)

8. Dirsek çıkığında en çok hasar gören sinir hangisidir?

- a) Radial sinir
- b) Aksiller sinir
- c) Muskulokütan sinir
- d) Median sinir
- e) Ulnar sinir

AÇIKLAMA: Ulnar sinir medial epikondilin arkasında fikse olduğu için daha ciddi bir travmaya maruz kalmaktadır.

Cevap E (*Tachdjian, Pediatric orthopedics, 2.baskı, 1990, s. 3131*)

9. Spastik paralizin en ağır seyreden tipi hangisidir?

- a) Rijit tip
- b) Spastik tip
- c) Ataksik tip
- d) Atetozik tip
- e) Tremor

AÇIKLAMA: Rijit tip spastik paralizde hem agonist hem de antagonist kas gruplarında artmış kas tonusu nedeniyle spazm daha fazladır ve eklem hareketleri zorlaşmıştır.

Cevap A (*Fitzgerald, Orthopaedics, 2002, s. 1529-1546*)

10. Aşağıdakilerden hangisi skolyozun radyolojik ölçüm tekniğidir?

- a) Meyerding
- b) Mc Murray
- c) Mortis
- d) Cobb
- e) Leuenstein

AÇIKLAMA: Meyerding: Spondilolisteziste kullanılan bir değerlendirme yöntemidir. Mc Murray: Diz muayenesinde bir test. Mortis grafisi: Kalça eklemінде bir radyolojik yöntem

Cevap D (*Lonstein, Moe's Textbook of scoliosis and other spinal deformities, 1995, s. 45-86*)

11. Hangisi spastik paralizde alt ekstremitelerde sıklıkla görülen deformitelerden biri değildir?

- a) Kalçalarda fleksiyon
- b) Kalçalarda iç rotasyon + adduksiyon
- c) Dizlerde ekstansiyon
- d) Pes ekinus
- e) Pes kavus

AÇIKLAMA: Alt ekstremitede, fleksör grup adalelerde tutulum daha fazla olur. Bu nedenle dizde beklenen deformite fleksiyondur.

Cevap C (*Fitzgerald, Orthopaedics, 2002, s. 1529-1546*)

12. Aşağıdakilerden hangisi intertrokanterik kırıkların ortak özelliklerindedir?

Avasküler nekroz çok görülür.

- II. Kortikal kemik yapısı olan bir bölgedir.
- III. Spongiyöz kemik yapısı olan bir bölgedir.
- IV. Hipovolemik şok tablosuna neden olabilir.
- V. Malunion olarak koksaya vara çok görülür.

- a) I
- b) I ve II
- c) III
- d) I ve IV
- e) III, IV, V

AÇIKLAMA: Femur intertrokanterik bölgesi iyi kanlanan spongiyöz kemik yapısına sahiptir, kırıklarında fazla miktarda kan kaybı olur, yetersiz tedavi edildiğinde ise kalça bölgesindeki adalelerin etkisi ile koksaya vara gelişir.

Cevap E (*Ege, Travmatoloji, Cilt 3, 1989, 2183-2356*)

13. Femur boynu kırığı, talus kırığı, skafoid kırığının ortak özelliği aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Konservatif olarak tedavi edilirler.
- b) Kompartman sendromuna sebep olurlar.
- c) Sudeck atrofisine neden olurlar.
- d) Avasküler nekroza neden olurlar.
- e) Respiratuvar distres sendromuna neden olurlar.

AÇIKLAMA: Her üç kemikte kortikal kemik yapısına sahip olup dolaşım özellikleri nedeniyle kırıklarında avasküler nekroz sık görülür.

Cevap D (*Ege, Travmatoloji, Cilt 3, 1989, 2183-2356*)

14. Aşağıdaki ifadelerden hangisi spastik paralizi için doğru değildir?

- a) Beyin dokusunun herhangi bir nedenle hasara uğraması sonucu, motor ve mental fonksiyonların etkilendiği bir hastalıktır.
- b) Adele tonusu artar.
- c) Tendon refleksleri artar.
- d) Derin duyu fonksiyonları normaldir.
- e) Yüzeysel duyu fonksiyonları normaldir.

AÇIKLAMA: Spastik paralizi, birinci motor nöronu ilgilendiren bir hastalık olduğu için, birinci motor nörona ait fonksiyon bozuklukları tabloda görülür. Bu nedenle derin duyu bozukluğu da tabloda yer alır.

Cevap D (*Fitzgerald, Orthopaedics, 2002, s. 1529-1546*)

15. Gonartroz sebebiyle total diz protezi uygulanan bir hastada postoperatif dönemde dizin aktif ekstansiyona gelmediği görülmektedir. Muhtemel tanınız nedir?

- a) Enfeksiyon
- b) Sinovit
- c) Kuadriseps veya patellar tendon yırtığı
- d) Yanlış çimentolama tekniği
- e) Medial releasin tam yapılamamış olması

AÇIKLAMA: Artroplasti sonrası %1-2.5 arasında ekstansör mekanizmada yırtılma geliştiği bildirilmiştir. Yırtıklar kuadriseps ve patellar tendonda olabilmektedir. Diğer nedenler aktif ekstansiyona engel nedenler değildir.

Cevap C (*Ege, Diz Sorunları, 1998, s. 435*)

16. İskelet ve kas sisteminde anormal kollajen üretimi ile ilgili olan hastalık hangisidir?

- a) Skorbüt
- b) Osteomalazi
- c) Paget
- d) Osteogenezis imperfekta
- e) Raşitizm

AÇIKLAMA: Skorbüt hastalığında vitamin C eksikliğine bağlı normal olmayan kollajen üretilir ve neredeyse vücudun bütün sistemleri etkilenir.

Cevap A (*Ege, Diz Sorunları, 1998, s. 234*)

17. Aşağıdaki sinirlerden hangisi özellikle humerus diyafiz kırıklarından sonra sıklıkla zedelenir?

- a) N. ulnaris
- b) N. radialis
- c) N. medianus
- d) N. muskulokutenous
- e) N. aksillaris

AÇIKLAMA: Humerus diyafiz kırıklarından sonra en sık N. radialis felci gözlenir.

Cevap B (*Sözen, Ortopedik Travmatoloji kitabı, s. 143*)

18. Klavikula cisim kırıklıkları en sık klavikulanın hangi bölümünde meydana gelmektedir?

- a) 1/3 orta
- b) Distal klavikula
- c) Proksimal klavikula
- d) Distal+proksimal klavikula
- e) Orta ve distal klavikula

AÇIKLAMA: Klavikulanın kırıkları en sık 1/3 orta bölümde olmaktadır.

Cevap A (*Sözen, Ortopedik Travmatoloji kitabı*)

19. Aşağıdakilerden hangisi humerus üst uç kırıkları sınıflandırılmasına katılmaz?

- a) Tuberkulum majus kırığı
- b) Tuberkulum minus kırığı
- c) Cerrahi boyun kırığı
- d) Anatomik boyun kırığı
- e) Diyafiz kırığı

AÇIKLAMA: Humerus üst uç kırıkları sınıflandırılması arasında diyafiz kırığı bulunmamaktadır.

Cevap E (*Sözen, Ortopedik Travmatoloji kitabı, s. 110*)

20. Aşağıdakilerden hangisi kesin kırık belirtisidir?

- a) Hematom ve ekimoz
- b) Ağrı
- c) Duyarlılık
- d) Fonksiyon kaybı
- e) Patolojik hareket

AÇIKLAMA: Patolojik hareket bir kesin kırık belirtisidir. Normalde olmayan bir hareketin ortaya çıkmasıdır.

Cevap E (*Akalın, Ortopedik Travmatoloji kitabı, s. 9*)

21. Travmatik kalça çıkığı en sık hangi yöne doğru olmaktadır?

- a) Anterior
- b) Medial
- c) Posterior
- d) Santral
- e) Lateral

AÇIKLAMA: En sık posterior çıkık görülmektedir. Anterior çıkığa oranı 9/1 gibidir.

Cevap C (*Rockwood and Green, Fractures in Adult, vol:2, s. 1548*)

22. Aşağıdaki tanımlardan hangisi Monteggia fraktür dislokasyon için doğrudur?

- a) Tibia proksimal kırığı ile birlikte fibula başı çıkığıdır.
- b) Radius distal kırığı ile birlikte dirsek çıkığıdır.
- c) Humerus diyafiz kırığı ile birlikte omuz çıkığıdır.
- d) Ulnanın proksimal kırığı ile birlikte radius başı çıkığıdır.
- e) Femur 1/3 proksimal kırığı ile birlikte kalça eklemi çıkığıdır.

AÇIKLAMA: Bir tanım sorulmuş olup, ulnanın 1/3 proksimal kırığı ile radius başının çıkığına Monteggia kırıklı çıkığı denir.

Cevap D (*Canale, Campbell's Operative Orthopaedics, 9. Baskı, 1998,2332*)

23. Aşağıdakilerden hangisi çocuk kırıkları için doğrudur?

- Tedavileri genellikle cerrahidir.
- Remodelling kabiliyet erişkinlerden daha azdır.
- Komplikasyon olarak maluniondan daha sık nonunion görülür.
- Genellikle kırıklar çok parçalı olurlar.
- Epifiz kırıkları neticesinde açılmal deformiteler oluşabilir.

AÇIKLAMA: Çocuklarda longitudinal büyümeyi sağlayan kısım epifiz çizgisidir. Bu tabakada meydana gelen hasarlar çeşitli şekillerde varus, valgus, kısalık vs. gibi deformitelere neden olur.

Cevap E (*Canale, Campbell's Operative Orthopaedics, 9. Baskı, 1998, s. 2370*)

24. Aşağıdakilerden hangisi septik artrit yanlıştır?

- En sık kalça eklemine tutar.
- Genellikle 0-3 yaş grubunda görülür.
- Bir çok eklem hastalığı ile birlikte transisyonel sinovitten ayırıcı tanısının yapılması gerekir.
- Osteomyelite sekonder olarak gelişebilir.
- Eklem sıvısının biyokimyasal incelemelerinde protein miktarı azalır.

AÇIKLAMA: Eklem sıvısının biyokimyasal incelemesinde protein miktarı bu hastalıkta artar. Şeker miktarı ise düşer.

Cevap E (*Evarts, Surgery of the Musculoskeletal system, 2. baskı, 1990, s. 4408*)

25. Osteoid osteoma için yanlış olanı işaretleyiniz.

- Tipik olarak aspirine cevap veren ağrı vardır.
- Tedavide nidusun cerrahi olarak çıkartılması yeterlidir.
- Büyüyen çocuklarda anguler deformiteler oluşturabilir.
- Tedavi edilmediği takdirde malign değişim gösterebilir.
- Bu tümör multisentrik yerleşim gösterebilir.

AÇIKLAMA: Malign değişim göstermez.

Cevap D (*Canale, Campbell's Operative Orthopaedics, 9. baskı, 1998, s. 691*)

26. Klasik osteosarkom için doğru olanı işaretleyiniz.

- Genellikle uzun tübüler kemiklerin epifiz bölgesinden kaynaklanır.
- Oluşan preosteal reaksiyon Codman üçgeni tipindedir.
- Neoadjuvan kemoterapi uygulanmaz.
- Tedavide amputasyon uygulanır.
- İskelet sisteminde en sık diz çevresinde yerleşir.

AÇIKLAMA: En sık yerleşim yeri femur distal metafiziyle tibia proksimal metafizidir.

Cevap E (*Campanacci, Bone and Soft tissue Tumors, 1990, s. 459*)

PLASTİK VE REKONSTRÜKTİF CERRAHİ

1. Fetal yara iyileşmesinde görülmeyen yara iyileşme fazı hangisidir?

- a) Hemostaz fazı
- b) İnflamasyon fazı
- c) Proliferasyon fazı
- d) Erken remodeling fazı
- e) Geç remodeling fazı

AÇIKLAMA: Erişkinde yara iyileşmesi 5 evrede incelenebilir. Hemostaz, inflamasyon, proliferasyon, erken remodeling ve geç remodeling. Buna karşın, skar oluşumunun gözlenmediği fetal yara iyileşmesi yeniden yapılanmanın 5-7 günde tamamlandığı hızlandırılmış bir süreçtir. **Fetal yara iyileşmesinde akut inflamasyon evresi gözlenmez.**

Cevap B (*Plastic Surgery Secrets*)

2. Aşağıdakilerden hangisi bazalyom tipleri arasında değildir?

- a) Pigmente
- b) Sklerozan
- c) Süperfisyal
- d) Nodüler ülseratif
- e) Akral lentiginöz

AÇIKLAMA: En sık görülen bazalyom tipi, nodüler ülseratif karsinom olup, özellikle yüzde, küçük, saydam inci tanesi benzeri lezyonlar şeklindedir. Süperfisyal bazal hücreli karsinom tipleri, ekzema veya psöriyazis lezyonları ile karışabildiğinden klinik olarak önemlidir. **Sklerozan bazal hücreli karsinom, en sık nüks eden bazalyom tipidir.** Pigmente bazalyomlar, zaman zaman malign melanomla karışabilmelerine rağmen selim gidişleri nedeniyle ayırım yapılabilir. **Akral lentiginöz, en nadir görülen malign melanom tipi olup, sıklıkla avuç içleri ve ayak tabanında yerleşim gösterir.**

Cevap E (*Plastic Surgery Secrets*)

3. Erişkinde görülen mandibula fraktürleri en sık hangi bölge yerleşimlidir?

- a) Angulus
- b) Molar bölge
- c) Simfiz
- d) Ramus
- e) Kondil

AÇIKLAMA: Erişkinde mandibula fraktürlerinin en sık gözleendiği anatomik bölge angulus bölgesidir (%31). Bunu sırasıyla kondil (%18), molar bölge

(%15), mentum (%14), sinfiz (%8), ramus (%6) ve koronoid çıkıntı (%1) izler.

Cevap A (*Plastic Surgery Secrets*)

4. Aşağıdakilerden hangisi yara iyileşmesini etkileyen faktörlerden değildir?

- a) C vitamini
- b) A vitamini
- c) E vitamini
- d) D vitamini
- e) İnfeksiyon

AÇIKLAMA: Yara iyileşmesini etkileyen önemli faktörler arasında C vitamini, A vitamini, E vitamini, oksijen ve infeksiyon yer almaktadır.

Cevap D (*Gregory, Georgiade Plastic Maxillofacial and Reconstructive Surgery, 3.baskı, 1997 s.8*)

5. Aşağıdakilerden hangisi bası yaralarının sebepleri arasında yer almaz?

- a) Hareketlilikte azalma
- b) Duysal algılamada azalma
- c) Artmış nem
- d) İleri yaş
- e) Artmış arteriolar basınç

AÇIKLAMA: Bası yaralarının patogeneğinde iki önemli faktör basınç ve doku toleransıdır. Basınç; azalmış hareketlilik, azalmış aktivite, azalmış duysal algılama ile doku toleransı ise artmış nem, artmış sürtünme, artmış bası, beslenme bozukluğu, artmış yaş, düşük arteriolar basınç ile belirlenmektedir.

Cevap E (*Gregory, Georgiade Plastic Maxillofacial and Reconstructive Surgery, 3.baskı, 1997, s.1112*)

6. Aşağıdakilerden hangisi jinekomasti nedenlerinden değildir?

- a) Siroz
- b) Hipotiroidizm
- c) Malnütrisyon
- d) Antitüberküloz ajanlar
- e) Leydig hücreli tümör

AÇIKLAMA: Jinekomasti nedenleri patolojik ve fizyolojik olarak ikiye ayrılmaktadır. **Patolojik nedenler arasında** testosteronun azalmış üretim, Klinefelter sendromu, androjen direnci, ikincil testiküler yetmezlik, adrenal bez hastalıkları, karaciğer hastalıkları, malnütrisyon, hipertiroidizm, artmış periferik aromataz aktivitesi, ilaçlar **fizyolojik**

PLASTİK VE REKONSTRÜKTİF CERRAHI

nedenler arasında yenidoğan dönemi, adölesan dönemi, yaşlılık dönemi yer almaktadır.

Cevap B (Gregory, *Operative Plastic Surgery*, 2000, s.687)

7. Aşağıdakilerden hangisi Kseroderma Pigmentosum'lu hastalardaki erken bulgulardan değildir?

- a) Telenjektazi
- b) Keratozis
- c) Çillenme artışı
- d) Skar gelişimi
- e) Candidiasis

AÇIKLAMA: Kseroderma pigmentosumda, güneş ışını hasarına bağlı olarak, telenjektazi, keratozis, çillenme, skar gelişimi ilk izlenen bulgulardır. İleri dönemde BCC ve SCC izlenir.

Cevap E (Clinics in Plastic Surgery, Cilt 24, 1997, s.652)

8. Sagittal sütürün erken kapanması ile oluşan anomali aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Skafosefali
- b) Oksisefali
- c) Trigonosefali
- d) Akrosefali
- e) Plagiosefali

AÇIKLAMA: Sagittal sütürün erken kapanması ile oluşan klinik durum skafosefalidir.

Cevap A (Gregory, *Georgiade Plastic Maxillofacial and Reconstructive Surgery*, 3.baskı, 1997, s.275)

9. Aşağıdakilerden hangisi hemanjiyom tedavisinde kullanılan metodlardan değildir?

- a) Sistemik kortikosteroid tedavisi
- b) Cerrahi eksizyon
- c) Embolizasyon
- d) Baskı uygulaması
- e) Laser

AÇIKLAMA:Sistemik kortikosteroid uygulaması, IF- α 2a, embolizasyon, lazer ve cerrahi eksizyon hemanjiyom tedavisinde uygulanan yöntemlerdir.

Cevap D (Gregory, *Georgiade Plastic Maxillofacial and Reconstructive Surgery*, 3.baskı, 1997, s.182)

10.En sık görülen malign melanom tipi hangisidir?

- a) Akral lentiginöz
- b) Yüzeysel yayılan
- c) Nodüler
- d) Lentigo
- e) Subungual malign melanom

AÇIKLAMA: Malign melanomun 4 tipi mevcuttur.

1-Lentigo malign melanom %4-10 oranında, en sık yaşlı ve uzun yıllar güneşe maruz kalmış insanların baş-boyun bölgelerinde ortaya çıkar.

2- Akral lentiginöz en az görülen tiptir ve el-ayak tabanı, tırnak altı yerleşimi sıklığıdır.

3- Yüzeysel yayılan tip en sık görülendir ve tüm olguların %70'ini içerir.

4- Nodüler malign melanom

Cevap B (Weinzwieg, *Plastic Surgery Secrets*, 1.baskı, 1999, s.39)

11.Hangisi cilt malignitelerine predispozan bir herediter durum değildir?

- a) Bazal hücreli nevüs sendromu
- b) Albinizm
- c) Poland sendromu
- d) Porokeratozis
- e) Kseroderma pigmentosum

AÇIKLAMA: Poland sendromunda pektoralis major kası sternal tarafının yokluğu, göğüs duvarı anomalileri, pektoralis minör kası yokluğu, sindaktili ve aynı taraf kolda başka kemik-yumuşak doku anomalilerine rastlanırken, bu sendrom deri kanserlerine eğilim yaratmaz. Diğer seçeneklerde hastalıkların hepsi deri malignitelerine predispozan zemin oluşturur.

Cevap C (Aston, *Plastic Surgery*, 5.baskı, 1997, s.1026)

12.Mukozanın Bowen hastalığına ne denir?

- a) Lököplaki
- b) Eritroplaki
- c) Solar keratozis
- d) Queyrat eritroplazi
- e) Seboreik keratoz

AÇIKLAMA: Mukozanın Bowen hastalığına queyrat eritroplazi denir. En sık 5-6 dekadlarda glans peniste görülür. Bowen hastalığı skuamöz karsinom in situ demektir.

Cevap D (Aston, *Plastic Surgery*, 5.baskı, 1997, s.111)

13.Hangisi burnun yapısında yer alan bir kemik değildir?

- a) Maksilla
- b) Frontal kemik
- c) Vomer
- d) Sfenoid
- e) Ethmoid

AÇIKLAMA: Sfenoid kemik, burnun yapısında yer alan kemiklerden değildir.

Cevap D (Kuran, *Sistemik anatomi*, 3.baskı, 1993, s.442-443)

14. Edentilöz mandibulanın en sık hangi bölgesi kırılır?

- a) Angulus
- b) Kondil
- c) Ramus
- d) Parasimfiz
- e) Korpus

AÇIKLAMA: Edentilöz mandibulada en sık angulus fraktürleri görülür.

Cevap A (*Aston, Plastic Surgery, 5.baskı, 1997, s.407*)

15. Doğuştan beri boyun orta hatta yumuşak, yutkunma ile hareket eden kitle şikayeti ile getirilen 12 yaşındaki erkek çocuğun en olası tanısı hangisidir?

- a) Brankial kist
- b) Tiroglossal kist
- c) Tortikolis
- d) Tükruk bezi tümörü
- e) Tiroidde nodül

AÇIKLAMA: Tiroglossal kist, çoğunlukla hyoid kemik ventralinde ve orta hatta, 1-2 dekadlarda ortaya çıkar. Yutkunmakla hareket eder. Tiroid bezi içerisinde de bulunabilir. Erkek çocuklarda daha sık görülür.

Cevap B (*Bentz, Pediatric Plastic Surgery, 1.baskı, 1998, s.499*)

16. Alt dudakta en sık görülen malignite tipi hangisidir?

- a) Bazal hücreli karsinom
- b) Yassı epitel hücreli karsinom
- c) Malign melanom
- d) Rabdomyosarkom
- e) Leiomyosarkom

AÇIKLAMA: Üst dudakta en sık malignite bazal hücreli karsinomken, alt dudakta yassı epitel hücreli karsinomdur.

Cevap B (*Aston, Plastic Surgery, 5.baskı, 1997, s.484*)

17. Oral kavite içerisinde malignite oluşumu en sık hangi lokalizasyondadır?

- a) Dil
- b) Ağız tabanı
- c) Sert damak
- d) Yumuşak damak
- e) Tonsiller

AÇIKLAMA: Oral kavitede malignite en sık dilde karşımıza çıkar.

Cevap A (*Aston, Plastic Surgery, 5.baskı, 1997, s.442*)

18. Pelvik bölge dışında en sık bası yarası hangi lokalizasyonda oluşur?

- a) Diz
- b) Dirsek
- c) Baş
- d) Skapula
- e) Topuk

AÇIKLAMA: Bası yaralarının %90'ı pelvik bölgede oluşurken, **pelvik bölge dışında en sık topukta karşımıza çıkar.**

Cevap E (*Aston, Plastic Surgery, 5.baskı, 1997, s.1084*)

19. Parmak replantasyonlarında en sık başarısızlık sebebi nedir?

- a) Arteriyel dolaşım yetersizliği
- b) Venöz dolaşım yetersizliği
- c) Malunion
- d) İnfeksiyon
- e) Hipoglisemi

AÇIKLAMA: Replante edilen bir parmağın kaybedilmesinin en sık nedeni venöz yetersizliktir.

Cevap B (*Weinzweig, Plastic Surgery Secrets, 1.baskı, 1999, s.514*)

20. En sık görülen sinir kompresyon sendromu hangisidir?

- a) Tarsal tünel sendromu
- b) Torasik outlet sendromu
- c) Diabetik nöropati
- d) Karpal tünel sendromu
- e) Kubital tünel sendromu

AÇIKLAMA: En sık görülen sinir kompresyon sendromu karpal tünel sendromudur. Median sinirin el bileğinde sıkışması sonucu ortaya çıkar. Kadınlarda, 5-6. dekada sıktır. Elde ilk parmakta uyuşukluk, karıncalanma ve yanma şikayeti sık görülür.

Cevap D (*Aston, Plastic Surgery, 5.baskı, 1997, s.921*)

21. Ulnar sinir felci sonrası elde hangi görünüm ortaya çıkar?

- a) Ebe eli
- b) Tinnel belirtisi
- c) Allen belirtisi
- d) Maymun eli
- e) Pençe eli

AÇIKLAMA: Ulnar sinir felci sonrası elde pençe el deformitesi ortaya çıkar. Metakarpofalangial eklemler hiperektstansiyonda distal interfalangial eklemler fleksiyondadır. **Ebe eli hipokalsemiye bağlıdır.** Tinnel belirtisi sinir iyileşme sürecinin takibine yarar. Allen belirtisi ile dolaşım sorgulanır.

Cevap E (*Aston Plastic Surgery, 5.baskı 1997*)

22.Sekonder yara iyileşmesinde anahtar rolü oynayan hücre hangisidir?

- a) Eritrosit
- b) Nötrofil
- c) Miyofibroblast
- d) Makrofaj
- e) Trombosit

AÇIKLAMA: Sekonder yara iyileşmesinde tam kalınlıktaki açık bir yara, yara kontraksiyonu ve epiletizasyonla iyileşmeye terk edilir. Yaranın boyutları henüz tam anlaşılmayan bir mekanizmayla azalır. Bu esnada miyofibroblastların anahtar rolü oynadıklarına inanılır. Gabbani tarafından 1979 da tanımlanan bu hücreler, fibroblast ve düz kas hücresi arasında yapısal özellikler taşıyan bir hücredir. Fibroblastlardan derive olduklarına inanılır ve kontrakte olan yaralarda aktin-mikrofilament sistemini taşıdıkları gösterilmiştir. Yarada yaklaşık 3. günde ortaya çıkar ve 10-21. günlerde maksimal seviyededir. Kontraksiyon tamamlandığında ortadan kaybolurlar.

Cevap C (*Grabb, Plastic Surgery, 5.baskı, 1997, s.3-4*)

23.Keloid ve hipertrofik skar hakkındaki aşağıdaki bilgilerden hangisi doğru değildir?

- a) Hipertrofik skar ve keloidde fibronektin ve hyalüronik asit seviyeleri artmış olarak bulunur.
- b) Hipertrofik skar, orijinal skar boyutları içinde kalırken keloid orijinal skar sınırlarını geçer.
- c) Siyah ırkta beyazlardan 5-15 kez daha sık görülür.
- d) Kollajen sentezi hızı keloidde hipertrofik skardan 3 kere hızlı iken normal ciltten 20 kez fazladır.
- e) Hipertrofik skar ve keloidde serum proteinaz inhibitörleri ($\alpha 1$ antitripsin ve $\alpha 2$ makroglobülin) düzeyi artmıştır.

AÇIKLAMA: Kollajenaz aktivitesi keloidde normal skardan 14 kez fazladır. Bu oran hipertrofik skarlarda ise 4 kattır. Ayrıca serum proteinaz inhibitörlerinin ($\alpha 1$ antitripsin ve $\alpha 2$ makroglobülin) düzeyi azalmıştır.

Böylece keloid ve hipertrofik skarda kollajen deposiyonu artar. Ekstrasellüler matriksin biyokimyasal değerlendirilmesinde fibronektin ve hyaluronik asitin normal ciltle karşılaştırıldığında anormal skarlarda arttığı gösterilmiştir.

Cevap E (*Grab, Plastic surgery 5.baskı, 1997, s.9-10*)

24.Tam ve kısmi kalınlıktaki deri greftleri için aşağıdaki şıklardan hangisi doğrudur?

- a) Her iki tip deri grefti de ter bezleri, sebase bezler, kıl follikülleri ve kapillerler gibi adneksal yapıları içerir.
- b) Tam kalınlıktaki deri greftinde primer kontraksiyon sekonder kontraksiyondan daha azdır.
- c) Sekonder kontraksiyondan esas sorumlu olan dermis tabakasındaki elastindir.
- d) Primer kontraksiyon myofibroblast aktivitesi nedeniyle olur.
- e) Deri greftlerinin reinnervasyonu alıcı yatakta merkezden periferde doğur olur.

AÇIKLAMA: Deri greftlerinin tam yada kısmi kalınlıkta olmasını belirleyen etken içerdiği dermis tabakasının kalınlığıdır. Kısmi kalınlıkta deri greftinde dermis tabakasının bir kısmı alınırken tam kalınlıklı deri greftinde tüm dermis tabakası bulunur. Her iki deri grefti de ter bezi, sebase bezler, kıl follikülleri ve kapillerler gibi adneksal yapıları içerir. Greftin alınması esnasında, dermis tabakasındaki elastine bağlı olarak gelişen kontraksiyona primer kontraksiyon denir. Greft ne kadar çok dermis tabakası içeriyorsa o kadar çok primer kontraksiyon olur. Greftin alıcı sahaya adaptasyonundan sonra iyileşme sırasında miyofibroblast aktivitesiyle gerçekleşen kontraktüre sekonder kontraktür denir. Kısmi kalınlıktaki deri greftinde, tam kalınlıktaki deri greftine oranla daha fazla sekonder kontraktür olur. Kısmi kalınlıktaki deri grefti incelidikçe sekonder kontraksiyon artar.

Cevap A (*Grab, Plastic surgery 5.baskı, 1997, s.17-18*)

PSİKİYATRİ

1. Epilepsi tanısı ile izlenen bir hastada psikotrop ilaçlardan hangisi kesinlikle kullanılmamalıdır?

- a) Sertralin
- b) Sitalopram
- c) Klozapin
- d) Haloperidol
- e) Risperidon

AÇIKLAMA: Düşük güçlü nöroleptikler, klozapin ve trisiklik antidepressanlar epilepsi eşiğini düşürürler. Bu nedenle epileptik hastalarda kullanılması uygun değildir. Sertralin, sitalopram SSRI grubundan bir antipsikotiktir. Haloperidol yüksek güçlü, risperidon atipik antipsikotiktir. Epilepsi eşiği üzerleri üzerine önemli etkileri yoktur.

Cevap C (Öztürk, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 8.baskı, 2001, s.626)

2. Aşağıdakilerden hangisi benzodiazepin grubunda yer almayan anksiyolitik ilaçtır?

- a) Alprozolam
- b) Diazepam
- c) Klordiazepoksit
- d) Buspiron
- e) Lorazepam

AÇIKLAMA: Buspiron benzodiazepin grubunda yer almayan, serotonin sistemi üzerinden etki eden anksiyolitik bir ilaçtır. Alprozolam, diazepam, klordiazepoksit ve lorazepam benzodiazepin grubunda yer alan anksiyolitik ilaçlardır.

Cevap D (Öztürk, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 8.baskı, 2001, s.662)

3. Psikotik belirti aşağıdaki hastalıklardan hangisinde görülmez?

- a) Distimik bozukluk
- b) Şizofreni
- c) Bipolar bozukluk
- d) Sanrısız bozukluk
- e) Major depresif bozukluk

AÇIKLAMA: Distimik bozukluk en az iki yıl süren, süregelen, hafif düzeyde depresif belirtilerin olduğu bir duygudurum bozukluğudur. Psikotik belirti görünmez. Şizofreni ve sanrısız bozuklukta psikotik belirtiler ana bozukluk alanını oluşturmaktadır. Bipolar bozuklukta manik ve depresif; major depresif bozuklukta depresif epizodlar sırasında duygudurumla uyumlu psikotik belirtiler ortaya çıkabilir.

Cevap A (Öztürk, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 8.baskı, 2001, s.311)

4. Aşağıdakilerden hangisi şizofrenide görülen pozitif belirtilerden değildir?

- a) Hezeyanlar
- b) Düşüncede blok
- c) Halüsinasyonlar
- d) Afektif kısıtlılık
- e) Steotipik davranışlar

AÇIKLAMA: Hezeyanlar, halüsinasyonlar, steotipik davranışlar ve düşüncede blok şizofrenide pozitif belirtilerdendir. Afektif kısıtlılık negatif semptomlar arasında değerlendirilmektedir.

Cevap D (Harold, Synopsis of Psychiatry, 8.baskı, 1998, s.472)

5. Aşağıdakilerden hangisi DSM-IV'e göre somatoform bozukluklardan değildir?

- a) Konversiyon bozukluğu
- b) Somatizasyon bozukluğu
- c) Hipokondriyazis
- d) Vücut dismorfik bozukluğu
- e) Obsesif kompulsif bozukluk

AÇIKLAMA: DSM-IV sınıflandırma sistemine göre somatizasyon bozukluğu, hipokondriyazis, vücut dismorfik bozukluğu, konversiyon bozukluğu somatoform bozukluklar grubunda yer almaktadır. Obsesif kompulsif bozukluk DSM-IV'te anksiyete bozuklukları içerisinde yer almaktadır.

Cevap E (Harold, Synopsis of Psychiatry, 8.baskı, 1998, s.629)

6. Aşağıdaki bulgulardan hangisi manik epizod için tipiktir?

- a) Halüsinasyon
- b) Yargı bozukluğu
- c) Çağrışım hızlanması
- d) Hezeyan
- e) İçgörü bozukluğu

AÇIKLAMA: Çağrışım hızlanması manik epizodun tipik belirtisidir. Halüsinasyonlar, yargı bozukluğu, hezeyanlar ve içgörü bozukluğu diğer psikotik bozukluklarda da görülebilir.

Cevap C (Köroğlu, Psikiyatri Temel Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, 1997, s.433)

7. Antipsikotiklere bağlı gelişen ekstrapiramidal sendrom belirtilere neden olan mekanizma hangisidir?

- a) Mezo limbik dopamin reseptör blokajı
- b) Nigrostriatal dopamin reseptör blokajı
- c) Tuberoinfundibuler dopamin reseptör blokajı
- d) Serotonin reseptör blokajı
- e) Kolinerjik reseptör blokajı

AÇIKLAMA: Nigrostriatal dopamin reseptör blokajı EPS belirtilerine neden olmaktadır. Mezo limbik dopamin reseptör blokajı antipsikotik etkiden, tuberoinfundibuler dopamin reseptör blokajı prolaktin salınımından, serotonin reseptör blokajı negatif semptomlara etkiden, kolinerjik reseptör blokajı antikolinerjik yan etkilerden sorumludur.

Cevap B (*Harold, Synopsis of Psychiatry, 8.baskı, 1998, s.1024*)

8. Şizofrenide aşağıdakilerden hangisi prognozu iyi etkiler?

- a) Erken başlangıç
- b) Duygudurum semptomlarının varlığı
- c) Negatif belirtilerin varlığı
- d) Ailede şizofreni öyküsünün olması
- e) Nörolojik bulguların olması

AÇIKLAMA: Şizofrenide erken başlangıç, hastalığı başlatan stres faktörünün olmaması, sinsi ve yavaş başlangıcın, kötü sosyal desteğin, otistik davranışların, kötü premorbid sosyal, cinsel ve iş öyküsünün, negatif belirtilerin, nörolojik bulgu ve belirtilerin olması prognozu kötü etkiler. Geç yaşta başlama, başlangıçta açık stres faktörünün olması, akut başlangıç, iyi premorbid sosyal, cinsel ve iş uyumunun olması, duygudurum belirtilerinin eşlik etmesi, pozitif belirtilerin olması, ailede duygudurum bozukluğu öyküsü ve iyi destek sistemlerinin olması prognozu iyi yönde etkilemektedir.

Cevap B (*Harold Synopsis of Psychiatry, 8.baskı, 1998, s.468*)

9. Dahiliye servisinde böbrek yetmezliği tanısı ile yatan bir hastada ani başlayan bilinç değişikliği, unutkanlık, halüsinasyonlar, oryantasyon bozukluğu gelişirse düşünülecek ilk tanı ne olmalıdır?

- a) Kısa psikotik bozukluk
- b) Sanrısız bozukluk
- c) Demans
- d) Deliryum
- e) Şizofreni

AÇIKLAMA: Metabolik bir hastalığı olan hastada ani bilinç bozukluğu, bellek bozukluğu, algı bozukluğu, düşünce bozukluğu gelişmesi deliryumu düşündürmelidir.

Cevap D (*Harold, Synopsis of Psychiatry, 8.baskı, 1998, s.324*)

10. Hipokondriyazis ve somatizasyon bozukluğunun ayırıcı tanısı hakkında yanlış olan hangisidir?

- a) Somatizasyon bozukluğu hipokondriyazis'e göre daha erken yaşta başlar.
- b) Her iki bozuklukta kadın ve erkeklerde aynı sıklıkta görülür.
- c) Hipokondriyazis'te ciddi bir hastalık olduğu inancı, somatizasyon bozukluğunda ise ağrı başta olmak üzere birçok sistemle ilgili semptomlar vardır.
- d) Her iki bozuklukta da çare arama davranışı vardır.
- e) Her iki bozuklukta da komorbid olarak depresyon bulunabilir.

AÇIKLAMA: Somatizasyon bozukluğu kadınlarda erkeklere göre 5-20 kat daha fazla görülmektedir. Hipokondriyazis her yaşta başlayabilirse de çoğunlukla somatizasyon bozukluğundan daha geç yaşta başlar. Somatizasyon bozukluğunda tanımı gereği 30 yaşından önce başlayan ve birkaç yıl süren çok sayıda fiziksel yakınma öyküsü vardır.

Cevap B (*Sadock, Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7.baskı, 2000, s.1514, 1515, 1517, 1520 ve 1521*)

11. Antipsikotikler aşağıdaki yollardan hangisi üzerinden psikotik semptomları düzeltirler?

- a) Nigrostriatal
- b) Tuberoinfundibular
- c) Mezokortikolimbik
- d) Gabaerjik
- e) Kolinerjik

AÇIKLAMA: Antipsikotikler dopaminerjik yolak olarak nigrostriatal, tuberoinfundibular ve mezokortikolimbik yolları etkilerler. Nigrostriatal yolda dopamin reseptör blokaj sonucu ekstrapiramidal yan etkiler, tuberoinfundibular yolda dopamin reseptör blokaj sonucu ise prolaktin salgısının artmasına bağlı jinekomasti, galaktore ve amenore gibi yan etkiler ortaya çıkar.

Cevap C (*Sadock, Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7.baskı, 2000, s.41-42*)

12. Panik bozukluğu için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Sıklıkla agorafobi eşlik eder
- b) Spontan epizodik panik atakları vardır
- c) Fiziksel ekzersiz, emosyonel travma, kafein atağı tetikleyebilir.
- d) Beklenti anksiyetesi sıklıkla vardır.

e) Tedavide ilk seçenek psikoterapidir.

AÇIKLAMA: Tedavi ile panik bozukluğa ilişkin semptomlar ve agorafobi, çoğu hastada dramatik şekilde azalır. Farmakoterapi ve kognitif davranış terapisinin ikisi de etkilidir ve sıklıkla beraber uygulanır. Panik bozukluğu olan hastaların %91'inde agorafobi başta olmak üzere diğer psikiyatrik bozukluklar eşlik eder. **Panik bozukluğundaki panik ataklarının temel özelliği spontan panik ataklarının olması ve bu atakların epizodik olmasıdır.** Ayrıca panik bozukluğunda eksersiz, emosyonel travma, kafein alımı da panik atağı ortaya çıkarabilir.

Cevap E (Kaplan, *Synopsis of Psychiatry*, 8.baskı, 1998, s.594, 596-598, 601)

13.Hangisi psikotik semptom değildir?

- a) Tanjant düşünce
- b) Konfüzyon
- c) Ekopraksi
- d) Raydan çıkma
- e) Mamerizm

AÇIKLAMA: Konfüzyon uyarılara yanıtta yetersizliğin ve oriyantasyon bozukluğunun gözlemlendiği bilinç bozukluğu tablosudur. **Psikotik bozukluklarda bilinç açıktır.**

Cevap B (Kaplan, *Synopsis of Psychiatry*, 8.baskı, 1998, s.275)

14.Konversiyon bozukluğu için yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Kadınlarda daha sık görülür.
- b) Her yaşta başlayabilirse de 20 yaş altında daha sık başlar.
- c) Belirtiler sıklıkla bir psikososyal stres faktöründen sonra başlar.
- d) Belirtiler çoğunlukla uzun süre devam eder.
- e) Kişilik bozukluğu sıktır.

AÇIKLAMA: Konversif semptomlar sıklıkla kısa sürede geri döner. Konversiyon bozukluğu kadınlarda 2-5 kat daha fazla görülmektedir. Pasif-agresif, bağımlı, antisosyal ve histriyonik kişilik bozukluğu sıktır.

Cevap D (Kaplan, *Synopsis of Psychiatry*, 8.baskı, 1998, s.634, 635, 537)

15.Travma sonrası stres bozukluğunun özelliklerinden olmayanı işaretleyiniz.

- a) Travmatik olayın rüyalarda tekrar tekrar yaşanması
- b) Uyanırken travmatik olayı tekrar tekrar anımsama ve yaşıyor gibi olma
- c) Travmatik olayı anımsatacak mekan, durum ya da kişilerden kaçınma
- d) Bozukluğun 1 aydan kısa sürmesi

e) Duygularında kısıtlılık

AÇIKLAMA: Travma sonrası stres bozukluğunda semptomlar 1 aydan daha uzun sürer.

Cevap D (Kaplan, *Synopsis of Psychiatry*, 8.baskı, 1998, s.618-622)

16.Hangisi DSM-IV'e göre şizofreninin klinik tiplerinden değildir?

- a) Paranoid
- b) Şizoaffektif
- c) Dezorganize
- d) Farklılaşmamış
- e) Katatonik

AÇIKLAMA: Şizoaffektif bozukluk şizofrenin bir subtipi olmayıp, hem şizofrenik hem de duygudurum semptomlarının eşzamanlı bulunduğu başka bir psikotik bozukluktur. DSM-IV'e göre **paranoid tip**; dezorganize konuşma, dezorganize ya da katatonik davranış, donuk ya da uygunsuz affekt'in olmadığı bir ya da birden fazla hezeyan ya da sıklıkla işitsel halüsinasyonlarının bulunduğu subtip, **dezorganize tip**; dezorganize konuşma, dezorganize davranış ve donuk ya da uygunsuz affekt'in belirgin olarak bulunduğu, **katatonik tip**; katelepsi, dış uyarılardan etkilenmeyen aşırı motor aktivite, aşırı negativizm, postür alma, (mannerizm ve grimas gibi davranış acaipliklerinin olması) ekolali yada ekopraksi gibi semptomlardan en az ikisinin olduğu subtip, **Farklılaşmamış tip**; şizofreni tanısı alan ancak paranoid, dezorganize ve katatonik tipin tanı ölçütlerini karşılamayan şizofreni tipidir.

Cevap B (Kaplan, *Synopsis of Psychiatry*, 8.baskı, 1998, s.466-471, 509)

17.Deliryum hakkında yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Uyku uyanıklılık döngüsü bozulmuştur.
- b) Deliryum riski çocuklarda ve yaşlılarda daha yüksektir.
- c) Dikkati belirli bir konu üzerinde odaklama ve sürdürme yetisinde azalma vardır.
- d) İllüzyon ve halüsinasyon gibi algı bozuklukları sıktır.
- e) Birincil tedavi yaklaşımı psikolojik destek ve antipsikotik tedavidir.

AÇIKLAMA: Deliryum tedavisinde birincil yaklaşım **altta yatan etiyolojik faktöre yöneliktir.** Gerekiirse düşük doz yüksek potensli antipsikotikler semptomatik tedavi için verilirler. Yaşlılık deliryum açısından major risk faktörlerinden birisidir. Hastanede yatarak tedavi gören ve 65 üzeri yaşta olanların yaklaşık olarak %30-40'ında deliryum görülmektedir. Yine çocukluk çağında, demans, serebrovasküler hastalıklarda, alkol bağımlılığında, diabette, kanserli

PSIKİYATRİ

hastalarda, malnutrisyonu olanlarda deliryum riski yüksektir.

Cevap E (Kaplan, *Synopsis of Psychiatry*, 8.baskı, 1998, s.320-327)

18.Organik temeli olmayan çoğul vücut ağrıları, GiS yakınmaları, psödonörolojik semtomlar, cinsel yakınmalar gibi birçok sistemle ilgili yakınmaların olduğu, 30 yaşından önce başlayan ve kronik seyreden klinik öykü hangi bozukluğu düşündürür?

- a) Somatizasyon bozukluğu
- b) Hipokondriyazis
- c) Konversiyon bozukluğu
- d) Ağrı bozukluğu
- e) Yaygın anksiyete bozukluğu

AÇIKLAMA: Yaygın anksiyete bozukluğu anksiyete bozuklukları grubunda olup temel semptomu en az 6 ay süreyle hemen her gün ortaya çıkan, birçok olay yada etkinlik hakkında aşırı anksiyete ve endişeli beklentiler olan bir ruhsal bozukluktur. Somatizasyon bozukluğu, hipokondriyazis, konversiyon bozukluğu ve ağrı bozukluğu somatoform bozukluklardır. **Somatizasyon bozukluğu** birkaç yıllık bir dönem içinde ortaya çıkan, tedavi arayışlarıyla yada toplumsal, mesleki yada işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulma ile sonuçlanan ve 30 yaşından önce başlayan çok sayıda fiziksel yakınma öyküsü olan bozukluktur. **Hipokondriyazis**, bedensel semptomların yanlış yorumlanmasına bağlı olarak, ciddi bir hastalığı olacağı korkusunu yada ciddi bir hastalığı olduğu düşüncesi olmasıyla karakterize bozukluktur. **Konversiyon bozukluğu** istemli motor yada duyu işlevlerini etkileyen, nörolojik yada diğer bir genel tıbbi durumu düşündüren bir yada birden fazla semptom yada defisitinin bulunduğu bozukluktur. **Ağrı bozukluğunda** temel semptom ağrıdır ve bir yada daha fazla anatomik bölgede görülen ağrı klinik açıdan değerlendirmeyi gerektirecek kadar şiddetlidir.

Cevap A (Kaplan, *Synopsis of Psychiatry*, 8.baskı 1998, s.629-643)

19.Aşağıdakilerden hangisi kişilik bozukluklarının özelliklerinden değildir?

- a) Çocukluktan beri süregelmesi
- b) Belli bir toplumda geçerli sayılabilecek

ölçülerden sapsması

- c) Kişinin bilişsel yetilerinde, temel duygulanım, düşünce yapısında belirgin bozulma yapmaması
- d) Toplum içinde ve iş yaşamında belirgin bozulmaya yol açmaması
- e) Genelde ego distonik (benliğe uyumsuz) olması

AÇIKLAMA: Kişilik bozukluklarında sahip olunan özellikler genel olarak benliğe uyumludur (ego sintonik). Kişi bu özelliklerden şikayetçi değildir.

Cevap E (Öztürk, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*,7.Baskı, 1997, s. 320)

20.Distraktibilite hangi alandaki bozukluk sonucu ortaya çıkar?

- a) Bilinç
- b) Yönelim
- c) Bellek
- d) Dikkat ve konsantrasyon
- e) Algı

AÇIKLAMA: Distraktibilite dikkatini belirli bir konu üzerinde tutamama, yani küçük bir uyararla dikkatin bir konudan diğerine kayması yada dikkatin çok sık bir biçimde önemsiz yada ilgisiz dış uyaranlara çekilmesidir. **Özellikle manide görülür.**

Cevap D (Güleç, *Psikiyatri Temel Kitabı*, 1997, s.33)

21.Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Hastanın bellekteki boşluklarını gerçekte doğru olmayan, ancak hastanın inandığı imgesel yada gerçekdışı anılarla bilinçdışı doldurmasına konfabulasyon denir.
- b) Duyu işlevlerinde bozukluk olmamasına karşın nesnelere tanıyamama yada tanımlayamamaya agnozi denir.
- c) Nesnelere olduklarından büyük görme algısına makropsi denir.
- d) Hastanın ancak fısıltıyla sürdürdüğü konuşma biçimine mutizm denir
- e) Disgrafi el yazısı tarzında yazma becerisinin kaybına denir

AÇIKLAMA: Hastanın ancak fısıltıyla sürdürdüğü konuşma biçimine **afoni** denir. Mutizmden farklı olarak bir iletişim kurma çabasının olduğundan söz edilebilir. Mutizmde iletişim kesilmiştir.

Cevap D (Güleç, *Psikiyatri Temel Kitabı*, 1997, s.34-37)

RADYOLOJİ

1. Kısa vücut yapısı, ekstremitelerin özellikle distalde kısalık, dişlerde gelişim bozukluğu ve konjenital kalp hastalığı bulunan çocuğun, düz röntgen filmlerinde kostalarda kısalık, iliyak kemiklerde hipoplazi, karpal füzyon, V şeklinde epifiz görünümü gibi ek bulgular saptanırsa öncelikle hangi hastalık düşünülmelidir?

- a) Spondiloepifizeal displazi
- b) Kledokraniyal displazi
- c) Larsen sendromu
- d) Kondroektodermal displazi
- e) Piknodizastozis

AÇIKLAMA: Doğru yanıt Ellis-Van Creveld Sendromu adı ile de bilinen Kondroektodermal displazi'dir. **Spondiloepifizeal displazi**'de ise vertebra korpus yüksekliklerinin azalması proksimal femur ve pubis kemiklerinde kemikleşmede gecikme belirgin bulgulardır. **Kleidokraniyal displazi**'de kafa kemiklerinde yetersiz ossifikasyon yanında multipl wormian kemikler, klavikula gelişiminde bozukluk, simfizis pubis açıklığı gibi bulgular dikkati çeker. **Larsen Sendromu** çok sayıda eklem çıkığı ile karakterize olup, ayrıca hipertelorizm, küçük çene ve brakidaktili bulunur. **Piknodizostoziste** yaygın osteoskleroz ve medullar kavite incilmesi, distal falanklarda hipoplazi, kraniyal sütür kapanmasında gecikme, mandibula açısında silinmeyle beraber hipoplazi izlenir.

Cevap D (*Resnick, Bone and Joint Imaging, 1989, s.1039*)

2. Genellikle ikinci dekat yaş grubunda tübüler kemik epifizine yerleşim gösteren noktasal opasiteler içerebilen radyolusen lezyonda hangisi düşünülmelidir?

- a) Anevrizmal kemik kisti
- b) Fibröz displazi
- c) Kondroblastom
- d) Non-ossiye fibroma
- e) Osteoblastom

AÇIKLAMA: Doğru karşılık C dir. Ayırıcı tanıda yer alabilecek Anevrizmal kemik kisti, vertebra ve uzun kemikte metafiz yerleşimli olup, kemikte ekspansiyon sonucu "sabun köpüğü" şeklinde görünüm verir. Fibröz displazide daha çok metafiz yerleşimli olmasına karşın "buzlu cam" yoğunluğunda radyolojik dansiteye sahiptir. Non-ossiye fibroma, birinci dekatta metafizde ayırıcı yerleşimli oval radyolusen defekt olarak karşımıza çıkar.

Osteoblastom, 2 ve 3 dekatlarda görülen vertebra ve uzun kemikte diyafiz lokalizasyonunda radyolusen yada opak lezyondur.

Cevap C (*Resnick, Bone and Joint Imaging, 1989, s. 1147*)

3. Osteokondrozlardan hangisi tarsal navikuler kemiği tutar?

- a) Köhler
- b) Kienböck
- c) Perthes
- d) Osgood-Schlatter
- e) Blount

AÇIKLAMA: Doğru yanıt A'dır. Kienböck karpal lunatum kemiğinin, Perthes femur başının Osgood-Schlatter tuberositas tibia'nın, Blount proksimal tibial epizinin osteokondrozudur.

Cevap A (*Resnick, Bone and Joint Imaging, 1989, s.979*)

4. Konjenital kalça displazisi'nin radyolojik değerlendirilmesinde kullanılan ve obturator foramen üst kenarının, femur boyunda devamı ile oluşan yarım çember şeklindeki çizginin adı nedir?

- a) Hilgenreiner
- b) Perken
- c) İnklinasyon
- d) Anteversiyon
- e) Shenton

AÇIKLAMA: Doğru karşılık E seçeneğidir. Hilgenreiner çizgisi, Y kırıkdağlarının birleştirilmesiyle oluşan horizontal çizgi; Perken ise asetabulum'un dış kenarından buna indirilen dik çizgidir. İnklinasyon ve anteversiyon ise femur boynu ile korpus arasındaki yana ve öne doğru eğimler sonucunda oluşan düzlemler arasındaki açılıarı ifade etmektedir.

Cevap E (*Resnick, Bone and Joint Imaging, 1989, s. 1005*)

5. PA ve lateral toraks radyogramında anterior mediastende yer aldığı anlaşılan bir lezyonda aşağıdakilerden hangisi ayırıcı tanıda yer almaz?

- a) Timoma
- b) Teratom

RADYOLOJİ

- c) Retrosternal guatr
- d) Nörojenik tümör
- e) Lenfoma

AÇIKLAMA: Nörojenik tümörler genellikle posterior mediasten'de azalmış olarak görülür.

Cevap D (Paul, *The Essential of Roentgen Interpretation*, 3.baskı, 1972, s.953)

6. Konjenital kalp hastalıklarının hangisinde akciğer radyogramında pulmoner damarlanma azalmış olarak görülür?

- a) Patent duktus arteriozus
- b) İnterventriküler septal defekt
- c) Ebstein anomalisi
- d) Büyük arterlerin transpozisyonu
- e) İnteratrial septal defekt

AÇIKLAMA: Ebstein anomalisinde triküspit kapakçığının, sağ ventrikül içine doğru yer değiştirmesi nedeniyle, atrium geniş, ventrikül küçük kalır. Akciğere gönderilen kan miktarındaki azalma, röntgen filmine pulmoner damarlanmanın azalması şeklinde yansır.

Cevap C (Paul, *The Essential of Roentgen Interpretation*, 3.baskı, 1972, s. 984)

7. Çocuklarda akciğer grafisinde, pnömonik konsolidasyon alanında abseleşme, pnömatosel görünümü ve plevral effüzyon ile kendini gösteren infiltrasyonda öncelikle hangisi düşünülmelidir?

- a) Stafilokok pnömonisi
- b) Pulmoner burusella
- c) Boğmaca pnömonisi
- d) Kızamık pnömonisi
- e) Aspirasyon pnömonisi

AÇIKLAMA: Sayılan bulgular stafilokok pnömonisinin radyolojik özelliklerini ifade etmektedir. Burusella pnömonisi hiler adenopati ve ışınsal infiltratif alanlar şeklinde görülebileceği gibi miliyer dansitelerle de karşımıza çıkabilir. Boğmaca pnömonisinde ışınsal santral infiltrasyonlar, kalp konturlarını düzensiz gösterebilir. Kızamık pnömonisinde retiküler infiltrasyon yanında, hiler lenfadenopati beklenebilir. Aspirasyon pnömonisi, sağ alt ve orta lob gibi yerleşim tercihi, geniş konsolide alan görünümü ile radyolojik bulgularını verir.

Cevap A (Paul, *The Essential of Roentgen Interpretation*, 3.baskı, 1972, s.1086)

8. Özellikle mandibulayı tutan tümörlerden hangisinin sinonimi "Ameloblastom"dur?

- a) Fibröz displazi
- b) Anevrizmal kemik kisti

- c) Odontejenik fibroma
- d) Osteoma
- e) Adamantinoma

AÇIKLAMA: Adamantinoma (E) seçeneği doğrudur. Sorulma nedeni, tümüyle benign olan diğer hastalıklar yanında, ameloblastom'un lokal rekkürrensler gösteren malign bir tümör olarak diğer seçeneklerden ilk bakışta dikkati çekebilecek ayrıma sahiptir.

Cevap E (Paul, *The Essential of Roentgen Interpretation*, 3.baskı, 1972, s.1086)

9. Aşağıdakilerden hangisi ultrasonografinin uygulama alanı değildir?

- a) Kistik-solid ayrımı
- b) Girişimsel işlemler
- c) Karaciğer, safra yolu hastalıkları
- d) Medüller kemik lezyonları tanısı
- e) Tendon lezyonları tanısı

AÇIKLAMA: USG, kortikal kemiği penetre edemez. Bu yüzden medüller kemik lezyonları değerlendirilemez, ancak kortikal kemik değerlendirilmesi yapılabilir.

Cevap D (Craig, *Ultrasound of fracture and bone healing*, 1999, 37: 737-751)

10.Aşağıdakilerden hangisi gastrointestinal sistemin görüntülenmesinde kullanılmaz?

- a) Direkt radyografi
- b) Ultrasonografi
- c) Siyalograf
- d) Baryumlu incelemeler
- e) Bilgisayarlı tomografi

AÇIKLAMA: Siyalografi tükrük bezlerinin radyolojik incelenme yöntemidir. Bezlerin kanallarına kontrast madde verilerek seri radyografilerin alınması ile uygulanır. Diğer yöntemlerin hepsi ile gastrointestinal sistem değerlendirilebilir.

Cevap C (Suttan, *Textbook of Radiology and Imaging*, 4. Baskı, 1987, s 780-782)

11.Mamografik rutin yıllık taramaya hangi yaşta başlanmalıdır?

- a) 60 yaş
- b) 55 yaş
- c) 50 yaş
- d) 40 yaş
- e) 30 yaş

AÇIKLAMA: 40-49 yaşları arasındaki meme tümörleri yüksek büyüme potansiyeline sahip olabileceğinden yıllık tarama mamografilerine 40 yaşında başlanmalıdır.

Cevap D (Heywang-Köbrunner, *Diagnostic Breast Imaging*, 1. Baskı, 1997, s. 336)

12. Meme kanseri taramasında hangi yöntem kullanılmalıdır?

- a) Sintigrafi
- b) Ultrasonografi
- c) Mamografi
- d) Bilgisayarlı tomografi
- e) Manyetik rezonans görüntüleme

AÇIKLAMA: Mamografi tarama amaçlı tek görüntüleme yöntemidir. Yumuşak doku patolojileri ve mikrokalsifikasyon tanısında duyarlılığı çok yüksektir. Mamografik tarama mortalitede %30-70 azalmayla sonuçlanmıştır. Diğer görüntüleme yöntemlerinden ultrasonografi ve manyetik rezonans görüntüleme mamografiye yardımcı görüntüleme yöntemleridir. Sintigrafi ve bilgisayarlı tomografi yalnızca meme kanseri tanısı alan hastaların evrenmesinde kullanılabilir.

Cevap C (Heywang-Köbrunner, *Diagnostic Breast Imaging*, 1. Baskı, 1997, s. 12)

13. Yirmi yaşında kadın hastada, 15 gündür sol memede ağırlı kitle yakınması var, bu hastaya ilk yaklaşım ne olmalıdır?

- a) Mamografi
- b) Ultrasonografi
- c) Perkütan biyopsi
- d) Açık biyopsi
- e) Manyetik rezonans görüntüleme

AÇIKLAMA: 20 yaşında memenin radyasyona duyarlılığı yüksektir. Ayrıca meme fibroglandüler dokudan zengin olduğu için mamografinin tanıda duyarlılığı düşüktür. Bu yaşta meme dokusu opak görülür. Bu opak meme dokusu ile lezyon alanları sıklıkla örtülür. 20-30 yaşlarında klinik olarak palpe edilen lezyon varlığında ilk inceleme yöntemi USG olmalıdır. USG ile lezyonun varlığı, varsa kistik veya solid özellikte olduğu belirlenebilir. USG ile basit kist tanısında gereksiz biyopsi önlenecektir.

Cevap B (Heywang-Köbrunner, *Diagnostic Breast Imaging*, 1. Baskı, 1997, s. 364)

14. Aşağıdakilerden hangisi Crohn hastalığının görüntüleme bulgusu değildir?

- a) Aftöz ülserler
- b) Fistül, abse
- c) Gül dikenli görünümü
- d) Kurşun boru belirtisi
- e) Striktür

AÇIKLAMA: Kurşun boru belirtisi, geç ülseratif kolitin görüntüleme bulgusudur. Diğer bulgular Crohn hastalığının tipik bulgularıdır.

Cevap D (Suttan, *A Textbook of Radiology and Imaging*, 4. Baskı, 1987, s. 910-916)

15. Doppler ultrasonografi ile vasküler sistemde hangi değerlendirme yapılamaz?

- a) Akım yönü
- b) Damar basıncı
- c) Arter-ven ayrımı
- d) Akım hızı
- e) Akım volümü

AÇIKLAMA: Doppler USG, damar basıncı ölçümü yapamaz. Ancak damar direnci, sistolik ve diastolik hızların oranlanması ile hesaplanan rezistif ve pulsatil indeksler yoluyla belirlenebilir.

Cevap B (Rumack, *Diagnostic Ultrasound*, 2. baskı, 1997, s. 23)

16. Ayakta direkt batın grafisinde kolon obstrüksiyonu kuşkunuz var. Acil lavman opaklı kolon grafisi çekirmek istiyorsunuz. Aşağıdaki hangi direkt grafi bulgusu varlığında bu incelemeyi komplikasyon riski olmadan çektirebilirsiniz?

- a) Pnömatosis intestinalis
- b) Toksik megakolon
- c) Portal vende gaz
- d) İnce bağırsak tipi sıvı seviyelenmesi
- e) Diyafragma altında serbest hava

AÇIKLAMA: D şıkkı dışında tümü lavman opaklı kolon grafisinin kontrendike olduğu durumlardır.

Cevap D (Dahner, *Radiology Review Manual*, 4. Baskı, 1999, s. 621)

17. Aşağıdakilerden hangisi retroperitoneal hava nedeni değildir?

- a) Duodenal perforasyon
- b) Pankreasta infekte psödokist
- c) Üriner sistem infeksiyonu
- d) Karaciğer absesi
- e) Mediastinal hava diseksiyonu

AÇIKLAMA: D şıkkı dışındakiler retroperitoneal hava oluşturabilen patolojilerdir. Karaciğer periton içi yerleşimlidir. Ancak peritoneal hava oluşturabilir.

Cevap D (Dahner W. *Radiology Review Manual*, 4. Baskı, 1999, s. 616)

18. Konjenital hidronefrozu olan çocukta olası etioloji aşağıdakilerden hangisi olamaz?

- a) Multikistik displastik böbrek
- b) Veziko-üretoral reflü
- c) Posterior üretral valvler

- d) Prune Belly sendomu
e) Ektopik üreterosele

AÇIKLAMA: Multikistik displastik böbrek neonatal dönemde hidronefrozdan sonra en sık abdominal kitle nedenidir. Ayrıca infantlarda en sık kistik hastalıktır. Ancak hidronefroz nedeni değildir. Diğer şıkların hepsi konjenital hidronefroz oluşturabilir.

Cevap A (*Dahnert, Radiology Review Manual, 4. Baskı, 1999, s. 770-775*)

19.İleri derecede kifozu olan ve boyunun hiçbir şekilde hareket ettirememesi acil doktorunun dikkatini çekince hasta, 25 yıldır bu hastalığı çektiğinden, yavaş ilerleyerek sonunda iki büküm hale geldiğinden bahsetti ve "sakroileit" ve "bambu vertebra" kelimelerini kullandı. Tanınız nedir?

- a) Romatoid artrit
b) Ankilozan spondilit
c) Multiple myeloma
d) Adölesan kifoz (Ascheermann hastalığı)
e) Pott hastalığı

AÇIKLAMA: Sakroiliyak eklemleri tutan, radyografilerde spinal kolonda bambu kamışı görünümü oluşturan ve yıllar içinde vertebra hareketlerini kısıtlayarak rijiditeye sebep olan hastalık ankilozan spondilittir.

Cevap B (*Armstrong, Diagnostic Imaging, Third edition, 1994, s. 365*)

20.Acile gelişle geçici iskemik atak olduğu düşünülen hastanın sorgusunda son 6 ay içinde 3 defa aynı tarafta benzer yakınmalarının olduğu anlaşıldı. Hangisi ilk seçilecek görüntüleme yöntemidir?

- a) Koroner anjiyografi
b) Karotis renkli Dopler ultrasonografi
c) Kranioservikal MR anjiyografi
d) Kraniyal Pozitron Emisyon Tomografi (PET)
e) Kontrastlı kranioservikal bilgisayarlı tomografi

AÇIKLAMA: Geçici iskemik ataklarda en sık neden karotis bifurkasyonunu tutan aterosklerotik lezyonlardır. Bu bölgenin görüntülenmesinde en kolay, ucuz ve basit yöntem renkli Dopler ultrasonografidir.

Cevap B (*Armstrong, Diagnostic Imaging, 3.baskı, 1994, s.49*)

21.Tetkiklerinde sol karotid bifurkasyon seviyesinde lümeninde %85 darlık yapan aterosklerotik plak saptandığı için damar cerrahisi bölümüne sevk edilen ancak mevcut iskelet sistemi hastalığı

nedeniyle uygun operasyon pozisyonu verilmeyeceği anlaşıldığından opere edilemez kabul edilen hastada, hangisi en uygun yaklaşımdır?

- a) Ömür boyu antiagregan tedavi
b) Önce kifozun cerrahi tedavisi, sonra karotid end arterektomi
c) Önce fizik tedavi sonra karotid end arterektomi
d) Lezyonun perkütan transluminal anjiyoplasti (PTA) ve stent ile tedavisi
e) Ömür boyu antilipidemik tedavi

AÇIKLAMA: Semptomatik aterosklerotik karotid arter darlıklarının ortadan kaldırılması gereklidir. Çünkü medikal tedaviye rağmen bu hastaların yarıya yakını 5 yıl içinde majör inme geçirmektedirler. Çeşitli nedenlerden dolayı opere edilemeyen karotid arter aterosklerotik lezyonlarında günümüzde girişimsel radyolojide serebral koruma yapılarak balon anjiyoplasti ve stentleme tercih edilecek yoldur.

Cevap D (*Armstrong, Diagnostic Imaging, 3.baskı, 1994, s. 430*)

22.Ani başlayan şiddetli baş ağrısı, kusma ve bayılmayla acile başvuran 60 yaşında erkek hastanın kraniyal bilgisayarlı tomografisinde subaraknoid kanama saptandı. Bir sonraki doğru tanısal yaklaşım hangisidir?

- a) Lomber ponksiyon
b) Manyetik rezonans görüntüleme
c) Ertesi gün kontrol bilgisayarlı tomografi
d) Serebral anjiyografi
e) Kraniyotomi

AÇIKLAMA: Subaraknoid kanamanın nedeni %85 anevrizmadır, yöntem serebral anjiyografi olmalıdır.

Cevap D (*Armstrong, Diagnostic Imaging, 3.baskı, 1994, s. 406*)

23.Hangisi akciğer grafisinde iki taraflı hilus gölgesinde büyüme sebebi değildir?

- a) Sarkoidozis
b) Pulmoner hipertansiyon
c) Malign lenfoma
d) Türberküloz
e) Timoma

AÇIKLAMA: Timoma ön mediastende yerleşen, büyük volümlere ulaşmayan ve sistemik yayılımı hemen hiç olmayan bir tümördür. Hilus genişlemesi yapmaz, ancak diğer patolojiler bilateral hiler büyüme yapabilirler.

Cevap E (*Armstrong, Diagnostic Imaging, 3.baskı, 1994, s. 66*)

ÜROLOJİ

1. Mesane tümörleri içinde aşağıdakilerden hangisi en sık görülür?

- Adenokanser
- Intraduktal adeno kanser
- Skuamöz hücreli kanser (yassı epitel hücreli kanser)
- Transisyonel hücreli kanser (değişici epitel hücreli kanser)
- Koriyonkanser

AÇIKLAMA: Mesane tümörlerinin yaklaşık % 90'ı **değişici epitel hücreli kanserlerdir**. Geri kalan yüzdeyi ise adenokanserleri, skuamöz hücreli kanserleri ve mikst (karışık) kanserleri oluşturur.

Cevap D (*Tanagho, Smith's Gneeral Urology, 15. baskı, 2000, s. 356*)

2. Ağrısız hematürilerde ilk akla gelmesi gereken tablo aşağıdakilerden hangisidir?

- Yemek boyalarının kullanımı
- Üst solunum yolu infeksiyonları
- İdrar yolları infeksiyonları
- Üreter taşları
- Üriner sistem maligniteleri

AÇIKLAMA: Hematürileri değişik şekilde sınıflamak mümkündür. Örneğin nedenlerine göre: gerçek ve yalancı hematüriler, idrarın hangi kısmında görüldüğüne göre: insiyal, total veya terminal, beraberinde ağrı eşlik edip etmemesine göre: ağrılı veya ağrısız gibi. **Ağrılı hematürilerde en sık aklımıza gelmesi gereken tablo ürolitiazisken, ağrısız hematürilerde de üriner sistem maligniteleri daha sonra da üriner tüberküloz olmalıdır.**

Cevap E (*Anafarta, Temel Üroloji, 1998, s. 82-84*)

3. Böbrek tümörlerinden olup içeriğindeki yağ dokusu sebebiyle ultrasonografi ve/veya bilgisayarlı tomografi yardımıyla rahatlıkla izlenebilen ve radikal cerrahi girişim gerektirmeyen rahatsızlık aşağıdakilerden hangisidir?

- Böbrek adenokanserleri
- Böbrek tüberkülozu
- Basit böbrek kistleri
- Onkositomlar
- Renal anjiyomiyolipoma (hamartoma)

AÇIKLAMA: Böbrek tümörlerini benign ve malign diye iki gruba ayırmak mümkündür. **Benign böbrek**

tümörleri; renal adenomalar, onkositomalar, anjiyomiyolipomalar, lipomalar, hemanjiyomalar ve juksta glomerüler tümörlerdir. **Bunların içinde en sık görüleni renal adenomalardır.** Onkositomaların semptomsuz vakalardaki tanısı genellikle ameliyat sonrası konabilmektedir. Anjiyomiyolipomaların yapısında matür yağ dokusu, kas dokusu ve damar dokusu mevcut olup içerdikleri yağ dokusu nedeniyle gerek bilgisayarlı tomografide ve gerekse ultrasonografik kontrollerde ameliyata gerek kalmadan tanı konabilmektedir. Genelde malignleşme riski olmayan hamartomaların izlenmesi yeterlidir.

Cevap E (*Tanagho, Smith's Gneeral Urology, 15. baskı, 2000, s. 378-380*)

4. Aşağıdakilerden hangisi üretrorajisi olan bir hastada denenmemelidir?

- Direkt üriner sistem grafisi
- Üretrografi
- Üretral kateterizasyon
- Bilgisayarlı tomografi
- Ultrasonografi

AÇIKLAMA: Üretroraji eksternal üretral meatusta **kan görülmesi** hali olup, üretranın travmaya maruz kaldığının göstergesidir. Üretra yaralanmaları erkeklerde daha sık olup genellikle pelvis kemik kırılmaları veya ata biner tarzda olan düşmeler sonucunda ortaya çıkar. **Arka üretrada en sık travmaya maruz kalan bölüm membranöz üretra bölümüdür.** Tam kopmalarda prostat süperiora deplase olup periprostatik ve perivesikal alanda hematoma saptanır. Kişi genellikle işyemez, üretral meatusta kan vardır. Bu durumda üretrografi lezyonun seviyesini ve komplet olup olmadığını bize gösterir. Tedavi açısından yapılacak bir kateterizasyon lezyonu daha da büyütebileceği veya ayrışmayı inkompletten komplete çevirebileceği için **üretral kateterizasyon asla denenmemelidir. İlk yapılacak işlem suprapubik kateterizasyon olmalıdır.**

Cevap C (*Tanagho, Smith's Gneeral Urology, 15. baskı, 2000, s. 343-347*)

5. Erişkin mesane yaralanmaları en sık hangi organ yaralanmalarıyla birlikte görülür?

- Dalak
- Karaciğer
- Pankreas
- Kemik pelvis fraktürleri

ÜROLOJİ

e) Klavikula

AÇIKLAMA: Mesane erişkinde kemik pelvis içerisinde yer almasına karşın çocuklarda, kemik pelvisin tam olarak gelişimini sağlaması nedeniyle büyük bir kısmı abdominal bir organ konumundadır. Bu durum ancak 20 yaş civarında erişkin formunu yani normal yerini alır. Mesane ayrıca dolu ve boş durumda değişen hacim ve kapladığı alan nedeniyle travmalarda farklı davranışlar sergiler. Mesane travmaları yaklaşık % 15 oranında değişik ölçülerde pelvis kemikleri veya pubis fraktürleri ile birlikte dir.

Cevap D (*Anafarta, Temel Üroloji, 1998, s. 615*)

6. Obstrüktif üriner bir patolojide ağrının olmasının en önemli sebebi nedir?

- Böbrekte arteriyovenöz şantların gelişmesi
- Kanamamanın varlığı
- Üreteral sinir uçlarının aşırı duyarlılığı
- Böbrek kapsülünün gerilmesi
- Üreterin hipotonisi

AÇIKLAMA: Tipik böbrek ağrısı 12. kot altında kostovertebral açıda ve sakrospinal kasın lateralinde hissedilir. Bu ağrı subkostal alana umbilikusa ve alt karın kadrantlarına da yayılabilir. Böbrek kapsülünün ani gerilmesine yol açabilen akut üreteral obstrüksiyon veya ani ödeme yol açan akut piyelonefritlerde benzer ağrılar ortaya çıkabilir.

Cevap D (*Tanagho, Smith's Gneeral Urology, 15. baskı, 2000, s. 31-32*)

7. Üriner tüberküloz akciğer tüberkülozuna sekonder gelişir. Üriner sistemde en sık tutulma odakları aşağıdakilerden hangisidir?

- Böbrekler ve prostat
- Mesane ve üretra
- Testisler ve rate testisler
- Vesiküla seminalis ve ampulla
- Adrenaller ve üreter orta bölümleri

AÇIKLAMA: Patogenezde öncelikle önemli olan nokta kişinin daha önce tüberküloz basili ile karşılaşmış karşılaşmadığıdır. İlk defa tüberküloz basili ile karşılaşan kişide "primer odak" oluşur. Genitoüriner sistem tüberkülozu ise sekonder olarak, basilin primer odaktan kan yoluyla metastatik yayılımı sonucu gelişir. Bu durum ya eski bir enfeksiyonun reaktivasyonudur veya aktif enfeksiyon sırasında meydana gelir. **Ürogenital sistemde kan yoluyla sekonder yayılıma uğrayan ilk odak böbrek ve prostattır.** Testis ve epididimdeki tüberküloz prostattaki enfeksiyonun retrograd yayılımı, üreter ve

mesanedeki ise böbrekteki enfeksiyonun idrar akımı yoluyla yayılmasından kaynaklanmaktadır.

Cevap A (*Anafarta, Temel Üroloji, 1998, s. 540*)

8. Üropatojenler içinde en sık enfeksiyon yapan ajan hangisidir?

- Pseudomonas aurogenosa*
- Klebsiella pnomonie*
- Serratia*
- Echerchia coli*
- Proteus miriabilis*

AÇIKLAMA: Üriner sistemde enfeksiyona sebep olan mikroorganizmalar büyük sıklıkla aerobik gr (-) basiller olup barsak florası orjinidir. **E. coli enfeksiyonların çoğundan sorumludur (% 85).** Coli dışında enfeksiyona neden olan diğer gr (-) ajanlardan bazıları da proteus miriabilis, Klebsiella pnomonie ve Enterobakter saprofitikustur. Streptokok ve stafilokok gibi bazı gr (+) ajanlarla Chlamidya ve Mikoplazmalarda enfeksiyondan sorumlu olabilmektedir.

Cevap D (*Tanagho, Smith's Gneeral Urology, 15. baskı 2000, s. 237-238*)

9. Alfa fetoprotein hangi tip testis tümöründen salgılanmaz?

- Teratom
- Teratokarsinom
- Embriyonal karsinom
- Yolk sac tümör
- Seminom

AÇIKLAMA: Germ hücreli testis tümörleri seminomatöz ve nonseminomatöz diye iki grupta incelenebilir. Bazı biyokimyasal tümör markıklarının saptanması tanı ve tedavideki izlem açısından önemlidir. Bunlardan en önemlileri alfa fetoprotein (AFP). Human chorionic gonadotropin (HCG) ve LDH'dir. Bunlardan LDH ve HCG, tüm germ hücreli tümörlerde artabilirken, AFP teratom, teratokarsinom ve embriyonal karsinomda artabilir. AFP artışına seminom ve koryokarsinomlarda rastlanmaz, artması durumunda patolojik tanı şüphelidir.

Cevap E (*Tanagho, Smith's Gneeral Urology, 15. baskı 2000, s. 425*)

10. Üreyi parçalayan bakterilerin varlığında aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- Ca okzalat taşları sık oluşur.
- Magnezyum amonyum fosfat taşları sıklıkla asit idrarda oluşur.
- Ürik asid taşları oluşur.
- Sistin taşları sık oluşur.

- e) **Magnezyum amonyum fosfat taşları sıklıkla alkali idrarda oluşur.**

AÇIKLAMA: Bugün dünyada en sık rastlanan taşlar **kalsiyum okzalat ve kalsiyum okzalat-kalsiyum fosfat karışımı olan mikst taşlardır.** İkinci sırayı magnezyum amonyum fosfat taşları alır. Enfeksiyon taş kısır döngüsünde tetik mekanizması tartışmalıdır. Taşın oluşumu için üre parçalayan bakterilerin yol açtığı bir enfeksiyon ve magnezyum, amonyum, fosfat ve karbonatlardan idrarın doymuş olması gerekir. Enfeksiyon olmadıkça bu iyonlar idrarda süpersatürasyon göstermez ve taş oluşmaz. Enfeksiyon olsa bile idrar pH'sı 5.85'in üzerine çıkmadıkça ve fizyolojik sınırlar içinde olduğu sürece struviye taşı oluşmaz. Üreaz içeren bakterilerle oluşan enfeksiyon varlığında, ürenin parçalanması ile ortam bol miktarda amonyum ve bikarbonat içerir. Böylece idrar pH'sı alkali ortama kayar. Kritik nokta ürenin enzimatik yıkılımı sonucunda idrardaki amonyak oluşumudur.

Cevap E (*Anafarta, Temel Üroloji, Ankara, 1998, s. 570-571*)

11.Aşağıdakilerden hangisi böbrek anatomisi için yanlıştır?

- a) Her iki böbrekte peri ve pararenal yağ dokuları arasındaki gerota fasyası ile sarılmıştır.
b) Sağ böbrek L1-L3 sol böbrek T12-L2 vertebra hizasındadır.
c) Sağ böbrek komşuluklarında surrenal, karaciğer, duodenum, vena cava inferior ve kolon vardır.
d) Sol böbrek komşuluklarında dalak, pankreas, mide, terminal ileum ve kolon vardır.
e) Boyutları yaklaşık 12x6x3 cm'dir.

AÇIKLAMA: Sol böbrek üstte surrenal, üst dışta dalak, hilus dolaylarında pankreas kuyruğu, ön üstte mide, alta jejunum ve kolonla komşudur. Terminal ileumla komşuluğu yoktur.

Cevap D (*Anafarta, Temel Üroloji, 1998, s. 3*)

12.Aşağıdakilerden hangis ürogenital sistem muayenesiyle ilgili yanlıştır?

- a) Böbrek muayene yöntemleri Guyon, Glenard ve İsraili yöntemleridir.
b) Rektal tuşe ile prostatın boyut ve kıvamı anlaşılabilir.
c) Transilluminasyon testi ile hidrosel inguinal herniden ayrılabilir.
d) Skrotal fistül, epididimde tespih tanesi şeklinde nodüler oluşumlar genital tuberkülozu düşündürmelidir.
e) Penis muayenesinde eksternal meatusun penis dorsaline açıldığı patolojiye hipospadias denir.

AÇIKLAMA: Penis muayenesinde eksternal meatusun penis dorsaline açıldığı patolojiye **epispadias** denir. **Hipospadias** eksternal meatusun penis ventraline açıldığı patolojidir.

Cevap E (*Anafarta, Temel Üroloji, 1998, s. 341*)

13.Aşağıdakilerden hangisi üriner sistem grafisinde tespit edilebilen bulgulardan değildir?

- a) Böbrek konturları
b) Böbrek fonksiyonları
c) Üriner sistemdeki kalsifikasyon
d) Kemik patolojileri
e) Psoas gölgeleri

AÇIKLAMA: Direkt üriner sistem grafisinde böbrek fonksiyonları değerlendirilemez.

Cevap B (*Anafarta, Temel Üroloji, 1998, s. 96*)

14.Yüksek ateş, perineal ağrı ve dolgunluk, rektal tuşede hassasiyet ve ağırlı fluktuasyonda hangi patoloji düşünülmelidir?

- a) Akut prostatit
b) Prostat absesi
c) Akut pyelonefrit
d) Orşit
e) Üretrit

AÇIKLAMA: Prostat absesi sıklıkla akut bakteriyel prostatitlerin bir komplikasyonudur. **En sık E. Coli etkindir (%70).** Klinikte yüksek ateş, perineal ağrı ve dolgunluk, üretral akıntı, dizüri görülür. Rektal tuşede hassasiyet ve ağırlı fluktuasyon bulguları mevcuttur.

Cevap B (*Anafarta, Temel Üroloji, 1998, s. 477*)

15.Perineal travma hikayesi olan hastada idrar yapamama ve glob vezika durumu vardır. Yapılacak ilk girişim hangisidir?

- a) Sonda takılmalıdır.
b) Retrograd üretrografi çekilmelidir.
c) Retrograd pyelografi çekilmelidir.
d) IVP çekilmelidir.
e) Perkütan nefrostomi takılmalıdır.

AÇIKLAMA: Mevcut klinik üretra yaralanması şüphesini uyandırmaktadır. İlk yapılacak girişim asepsi-antisepsi koşulları altında retrograd üretrografi ile üretradaki yaralanmanın yer ve derecesinin tespitidir.

Cevap B (*Anafarta, Temel Üroloji, 1998, s. 623*)

16.Böbrek tümörleri ile ilgili yanlışı bulunuz?

- a) Onkositomlar tüm böbrek tümörlerinin %50'sini teşkil ederler.
b) Böbrek toplayıcı sisteminden kaynaklanan tümörler "transizyonel hücreli" tümörlerdir.

ÜROLOJİ

- c) Anjiyomyolipomlar tuberosklerozlu hastaların %50'sinden fazlasında görülür.
- d) Saf onkositomlar benign tümörlerdir.
- e) Renal hücreli karsinom renal proksimal tip epitelden kaynaklanır.

AÇIKLAMA: Onkositomlar tüm böbrek tümörlerinin %3-5'ini oluştururlar. Çoğu kez asemptomatiktir. Büyük boyutlarda tümörlerdir. Tanı ancak histopatolojik olarak konur.

Cevap A (Anafarta, Temel Üroloji, 1998, s. 681)

17. Aşağıdakilerden hangisi Wilms tümörü için yanlıştır?

- a) Çocuklarda üriner traktın en sık gözlenen tümörüdür.
- b) Aniridi, hemihipertrofi gibi anomaliler eşlik eder.
- c) Böbrek toplayıcı sistemlerden kaynaklanan bir tümördür.
- d) Tedavisi radyoterapi, kemoterapi, cerrahidir.
- e) WT-1 ve WT-2 geni tümör gelişimden sorumludur.

AÇIKLAMA: Wilms' tümörü çocuklarda üriner traktın en sık gözlenen tümörüdür. Çocuklardaki solid tümörlerin %8'ini oluşturur. Embriyonel hayatta tübül ve glomerüllerin geliştiği metanefritik blastemin anormal gelişmesi sonucu ortaya çıkar.

Cevap C (Anafarta, Temel Üroloji, 1998, s. 696)

18. Aşağıdakilerden hangisi prostat Ca da prognostik faktörlerden değildir?

- a) PSA
- b) Histolojik grade
- c) Regional lenf nodu tutulumu
- d) Üretral obstrüksiyonun derecesi
- e) Kemik tutulumu

AÇIKLAMA: Prostat Ca da prognostik faktörler histolojik evre, klinik evre, tümör volümü, ekstraprostatik yayılım, PSA, PAP gibi serum belirleyicilerdir.

Cevap D (Anafarta, Temel Üroloji, 1998, s. 734)

19. Aşağıdakilerden hangisi BPH cerrahi tedavi yöntemlerinden değildir?

- a) Transüretral stent yerleştirilmesi
- b) Transüretral rezeksiyon
- c) Açık prostatektomi
- d) Üretrotomi interna
- e) Transüretral balon dilatasyon

AÇIKLAMA: BPH cerrahi tedavi yöntemleri; Transüretral rezeksiyon, Açık prostatektomi, Transüretral

prostat elektrovaporizasyonu, Transüretral iğne ablasyonu, Yüksek şiddetli odaklanmış ultrason, Hipertermi-Termoterapi, Transüretral prostat insizyonu, Lazer prostatektomi, Transüretral stent yerleştirilmesi, Transüretral balon dilatasyonudur.

Cevap D (Anafarta, Temel Üroloji, 1998, s. 850-853)

20. Testis tümörü için yanlışı bulunuz.

- a) Tedavi kemo-radyoterapi ve cerrahidir.
- b) β -hCG ve α -FP takipte önemlidir.
- c) Bu iki tümör markırı (β -hCG ve α -FP) testis tümörünün tüm tiplerinde yüksektir.
- d) Seminomatöz ve nonseminomatöz olarak ikiye ayrılırlar.
- e) Retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu bir tedavi yöntemidir.

AÇIKLAMA: α -fetoprotein saf seminom ve kory-okarsinomlarda yükselmez.

Cevap C (Anafarta, Temel Üroloji, 1998, s. 753)

21. Unilateral üreteral obstrüksiyon (UUO) ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Obstrüksiyon sonrasında gelişen hemodinamik değişiklikler 3 fazlıdır.
- b) UUO'da 24 saat sonra böbrekte yüzeyel kortikal dokularda kan akımı azalırken jukstamedüller glomerüllerde kan akımı artar.
- c) UUO sonrası böbrekte gelişen fibrozisde TGF- β önemli rol oynar.
- d) Hemodinamik değişikliklerin 1. fazında renal kan akımı ve üreteral basınç afferent arteriyoller dilatasyona bağlı olarak yüksek seyredir.
- e) Soliter böbrekte obstrüksiyon geliştiğinde 1. fazda görülen renal kan akımı artışı, standart UUO modelinde 1. fazda görülen renal kan akımı artışından fazladır.

AÇIKLAMA: UUO sonrasında gelişen hemodinamik değişiklikler 3 fazlıdır. 1. faz üreteral basınç ve renal kan akımındaki artış ile karakterizedir. Bu faz 1-1,5 saat sürer. 2 fazda renal kan akımında ilerleyen bir azalmayla birlikte üreteral basınçta da azalma olur.

UUO'dan 24 saat sonra yüzeyel kortikal dokularda perfüzyon azalırken jukstamedüller glomerüllerde kan akımı artar. Yapılan çalışmalarda UUO'dan 24 saat sonra efektif renal plazma akımının normalin % 55'ne kadar azaldığı gösterilmiştir.

Deneysel çalışmalarda glomerülonefritlerde uygulanan TGF- β antikorları veya antagonistlerinin böbrekteki fibrozisi azalttığı gösterilmiştir. Böylece TGF- β 'nin böbrekte fibrozis oluşumunda etkili olduğu gösterilmiştir.

1. fazda afferent arteriyollerde vazodilatasyon oluşur. 2. fazda ise bunu efferent arteriyollerde

vazokonstrüksiyon izler. 3. fazra ise her iki arteriyeler yapıda vazokonstrüksiyon gelişir.

Soliter böbrekte obstrüksiyon geliştiğinde UJO'daki hemodinamik değişiklikler gelişmez. Soliter böbrekteki obstrüksiyondan sonraki 90 dakika ile 7 saat arasındaki renal kan akımı aynı süredeki UJO'daki renal kan akımından anlamlı derecede daha düşüktür.

Cevap E (Walsh, Campbell's Urology 7. baskı, 1998, 347-385)

22.Parsiyel üreteral obstrüksiyon ile ilişkili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Hidronefroz gelişir.
- b) İntrapelvik basınç sürekli olarak yüksek seyreder.
- c) Parsiyel obstrüksiyonda 1 hafta sonra dahi renal kan akımı değişmemiştir.
- d) Parsiyel obstrüksiyondan 5 hafta sonra renal kan akımı azalır.
- e) Parsiyel obstrüksiyondan 5 hafta sonra kontrateral böbrekte kan akımı artar.

AÇIKLAMA: a. Ryan ve Fitzpatrick yapmış oldukları deneysel çalışma ile parsiyel obstrüksiyon gelişen tüm renal üretritlerde hidronefroz geliştiğini göstermişlerdir.

b. İntrapelvik basınç obstrüksiyonun hemen başlangıcında yükselse de 14 günde normal sınırlara kadar geriler.

c. Parsiyel obstrüksiyondan 1 hafta sonra renal kan akımında değişiklik olmaz.

d. Parsiyel obstrüksiyonda renal kan akımı 5. haftada azalırken diğer böbrekte %40 oranında artmaktadır.

Cevap B (Walsh, Campbell's Urology 7. baskı, 1998, 347-385)

23.Renal transplantasyon ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Preoperatuvar cross-match ile hiperakut rejeksiyona neden olan antikorlar değerlendirilir.
- b) Kadaverik donasyon için alt yaş sınırı 18 aydır.
- c) Greft arterinde veya veninde kingleşme, sutur hattında stenoz, trombozis en sık görülen vasküler problemlerdir.
- d) Vasküler problemler daha çok sol böbrek greftinde ortaya çıkar.
- e) Transplantasyon uygulanan olgularda en sık karşılaşılan malignite cilt kanseridir.

AÇIKLAMA: a. Hiperakut rejeksiyon renal vasküler anastomozun yapılmasından hemen sonra acil olarak oluşur. Bu reaksiyon, alıcının dolaşımındaki antikorları ile greft lenfositlerine karşı oluşur. Alıcıdaki bu antikorlar ise gebelik, kan transfüzyonu veya yakın geçmişte başarısız bir transplantasyon nedeniyle gelişir.

b. Kadaverik donasyon için alt yaş sınırı 18 aydır. Bunun nedeni ise anatomik yapıların küçük olması nedeniyle teknik problem oluşmasıdır. Donasyon için üst sınır ise 55 yaştır.

c. Vasküler problemlerden en sık karşılaşılanları vasküler yapılarda kingleşme, anastomoz hattında stenoz ve trombozistir.

d. Bu vasküler problemler sağ böbrek greftinde daha uzun olmasıdır.

e. Transplantasyon uygulanan hastalarda immünsüpresyon nedeniyle malignite riski artmıştır. **En sık görüleni cilt kanseridir (%39)**. Bunun dışında lenfoma (%12), Kaposi sarkomu (%4), serviks karsinomu (%4), renal tümörler (%4), ve vulva ve perine kanserleri (%3) görülür.

Cevap D (Walsh, Campbell's Urology 7. baskı, 1998, 505-530)