

# Türkiye Klinikleri

## MEDİTEST Dergisi

### TÜRKİYE KLİNİKLERİ MEDİTEST DERGİSİ

#### Hekimler Birliği Vakfı Adına Sahibi

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL

(Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji BD Başkanı)

#### Türkiye Klinikleri Tıp Dergileri

##### Editörler Kurulu

Prof.Dr.Adnan GÜVENER (Başkan)

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

Prof.Dr.Tansu ARASIL, Prof.Dr.Leyla ATMACA,

Prof.Dr.F. Işık BÖKESÖY, Prof.Dr.Selçuk BÖLÜKBAŞI,

Prof.Dr.Abdülkadir ÇEVİK, Prof.Dr.Ayşegül DEMİRHAN ERDEMİR,

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

Prof.Dr.Selim EREKUL, Prof.Dr.İ. Hakkı GÖKHUN,

Prof.Dr.Nimet Ünay GÜNDOĞAN, Prof.Dr.Haldun GÜNER,

Prof.Dr.Mehmet Ali GÜRER, Prof.Dr.Orhan GÜVEN,

Prof.Dr.Enver HASANOĞLU, Prof.Dr.A.Atilla HINCAL,

Prof.Dr.Erkan İBİŞ, Prof.Dr.Uğur KANDİLCİ,

Prof.Dr.Gülşay KINIKLI, Prof.Dr.Bahattin KORUCU,

Prof.Dr.Zeynep MISIRLIĞIL, Prof.Dr.Nermin MUTLUER,

Prof.Dr.İlker ÖKTEN, Prof.Dr.Ülken ÖRS,

Prof.Tbp.Tuğa.Yalçın ÖZKAPTAN, Prof.Tbp.Alb.Yücel PAK,

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

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

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

(İsimler Alfabetik Sıralanmıştır.)

#### Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.\*

##### Genel Müdür

Dr.Mehmet AKGÜL

##### Genel Yayın Koordinatörü

Dr.Sinan KORUKLUOĞLU

##### Müessese Müdürü

Recep ÇELEN

##### Reklam Koordinatörü

Dr.Deniz AKAGÜNDÜZ

##### Reklam Koordinatör Asistanı

Nuray SOYDEMİR

##### Kitabevleri Koordinatörü

Dr.İbrahim ERSOY

##### Kongre Koordinatörü

Muharrem ÇAPACIOĞLU

##### Muhasebe

Murat ÇİFTER

##### Dizgi Operatörleri

Kader KAYABAŞ, Mehtap DAYI

##### Yazı Takip Sekreterliği

Gülbin ÖZTEKİN TÜRKMEN, Ayfer USTAOĞLU

##### Abone ve Halkla İlişkiler Sekreteri

Habibe ATAY

##### Özel Kalem

Sema BİLASA

##### Ankara Kitabevi

Kazım ERCAN, Hakkı KAHVECİ

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

**Yönetim Merkezi:** Talatpaşa Bulvarı No:102

06230 Hamamönü/ANKARA

Tel : (0312) 309 36 66 pbx.

Faks : (0312) 312 67 41

E-mail : t.klinik@superonline.com

**Kitabevi:** Tuna Cad. 11/10 Kızılay/ANKARA

Tel: (0312) 435 43 50

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

**Abone Ücretleri ve Koşulları:** Bir yıllık abone ücreti (2000 için) posta ücretleri ve KDV dahil:

**Şahıs :** 9.000.000 TL

**Kurum :** 18.000.000 TL

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

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

#### Reklam konusunda tüm görüşmeler;

Reklam Koordinatörü : Dr.Deniz Akagündüz

Tel : (0312) 309 36 66 pbx.

Faks: (0312) 312 67 41

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

ISSN: 1300-0276

**Baskı:** Türkiye Klinikleri, ANKARA

Türkiye Klinikleri  
**MEDİTEST Dergisi**

---

Cilt 9

Sayı 5

Haziran-Temmuz 2000

---

*Tıp eğitimi, tıp fakültelerinde bitmez; ancak başlar.*  
*W.H.Welch*

## İÇİNDEKİLER

233	262
Nöroşirürji	Üroloji
237	269
Göz Hastalıkları	Çocuk Cerrahisi
240	273
Kulak-Burun-Boğaz	Toraks-Kalp-Damar Cerrahisi
243	277
Dermatoloji	Radyoloji
249	282
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	Anesteziyoloji ve Reanimasyon
254	286
Ortopedi ve Travmatoloji	Halk Sağlığı
258	
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	

ISSN: 1300-0276

**C i l t : 9 • S a y ı : 5 • H a z i r a n - T e m m u z 2 0 0 0**

# Türkiye Klinikleri

## MEDİTEST Dergisi

### EDİTÖR

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL (Ankara)

### YAYIN SEKRETERİ

Dr.İbrahim ERSOY (Ankara)

### SORU HAZIRLAMA KOMİSYON ÜYELERİ

Dr.Adnan ABACI (Erciyes)  
Yrd.Doç.Dr.Zehra ABDULKADİROĞLU (Selçuk)  
Prof.Dr.M.Alpaslan ACAR (Çukurova)  
Doç.Dr.Turan ACICAN (Ankara)  
Yrd.Doç.Dr.Mustafa Kemal ADALI (Trakya)  
Doç.Dr.Erdal AĞAR (Ondokuz Mayıs)  
Dr.Rengin AHISKALI (Marmara)  
Prof.Dr.Erol AKAN (Çukurova)  
Yrd.Doç.Dr.Ahmet AKAR (GATA)  
Doç.Dr.Eyüp S. AKARSU (Ankara)  
Prof.Dr.Çağatay AKÇALI (Çukurova)  
Doç.Dr.Fatih AKÇAY (Atatürk)  
Doç.Dr.Fehmi AKÇİÇEK (Ege)  
Uz.Dr.Sedat AKDENİZ (Dicle)  
Prof.Dr.Ahmet AKER (Cumhuriyet)  
Prof.Dr.Handan AKER (Cumhuriyet)  
Doç.Dr.Azem AKILLI (Ege)  
Prof.Dr.Mustafa AKIN (Ege)  
Prof.Dr.Asım AKİN (Ankara)  
Prof.Dr.Alpaslan AKMANDİL (İstanbul)  
Yrd.Doç.Dr.Hülya AKSOY (Atatürk)  
Yrd.Doç.Dr.Yılmaz AKSOY (Atatürk)  
Prof.Dr.T.Aslan AKSU (Akdeniz)  
Doç.Dr.Z.Aslı AKTAN (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Şebnem AKTAN (Pamukkale)  
Doç.Dr.Davut AKTAŞ (İnönü)  
Prof.Dr.Serdar AKYAR (Ankara)  
Doç.Dr.Mahir AKYILDIZ (Ege)  
Prof.Dr.Cemalettin AKYÜREK (Selçuk)  
Doç.Dr.Bülent ALAĞÖL (Trakya)  
Yrd.Doç.Dr.Ayşin ALAĞÖL (Trakya)  
Yrd.Doç.Tbp.Kd.Bnb.Ali ALBAY (GATA)  
Doç.Dr.Behnan ALPER (Çukurova)  
Prof.Dr.Doğanay ALPER (Ankara)  
Doç.Dr.Sibel ALPER (Ege)  
Prof.Dr.Muhlise ALVUR (Ondokuz Mayıs)  
Prof.Dr.Özdem ANĞ (İstanbul)  
Yrd.Doç.Dr.Memnune ARANDAÇ (Cumhuriyet)  
Prof.Dr.Gülseren ARAS (Ankara)  
Prof.Dr.Ertekin ARASIL (Ankara)  
Doç.Dr.Serap ARBAK (Marmara)  
Yrd.Doç.Dr.İlknur ARI (Uludağ)  
Doç.Dr.Mustafa ARICA (Dicle)  
Yrd.Doç.Dr.Sema ARICI (Cumhuriyet)  
Doç.Tbp.Kd.Bnb.Fikret ARPACI (GATA)  
Prof.Dr.Nazım ARSLAN (GATA)  
Prof.Dr.Suat ARTVİNLİ (Akdeniz)  
Dr.Emin ASAN (Dicle)  
Doç.Dr.Diler ASLAN (Pamukkale)  
Yrd.Doç.Dr.Neslihan ASTAM (Atatürk)  
Doç.Dr.Meral AŞÇIOĞLU (Erciyes)  
Prof.Dr.Özcan AŞÇIOĞLU (Erciyes)  
Doç.Dr.Özcan ATAHAN (Pamukkale)  
Yrd.Doç.Dr.Çiğdem ATAİZİ ÇELİKEL (Marmara)

Uz.Dr.Sevda ATALAY (Osmangazi)  
Doç.Dr.Yıldız ATAMER (Dicle)  
Doç.Dr.Haluk ATAĞÖL (Ankara)  
Doç.Dr.Ali AVANOĞLU (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Semih AYAN (Cumhuriyet)  
Yrd.Doç.Dr.Zafer AYBEK (Pamukkale)  
Prof.Dr.Sevgen AYDAR (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Nazan AYDIN (Atatürk)  
Prof.Dr.Belkis AYDINEL (Dicle)  
Prof.Dr.Olcay AYDINTUĞ (Ankara)  
Prof.Dr.İ.Hakkı AYHAN (Ankara)  
Doç.Dr.Sema AYTEKİN (Dicle)  
Doç.Dr.Mustafa AYYILDIZ (Ondokuz Mayıs)  
Prof.Dr.Funda BABACAN (Marmara)  
Prof.Dr.Mete BABACAN (Atatürk)  
Dr.Cenk BABAYİĞİT (Dicle)  
Doç.Dr.Sait BAĞCI (GATA)  
Yrd.Doç.Dr.Faruk BAĞIRICI (Ondokuz Mayıs)  
Doç.Dr.Meral BAKA (Ege)  
Prof.Dr.Ebubekir BAKAN (Atatürk)  
Doç.Dr.Mustafa Zahir BAKICI (Cumhuriyet)  
Doç.Dr.Sevtap BAKIR (Cumhuriyet)  
Prof.Dr.Zeki BAKIR (Atatürk)  
Doç.Dr.Çiğdem BAL (İstanbul)  
Prof.Dr.Erol BALIK (Ege)  
Dr.Abdülkerim Kasım BALTACI (Selçuk)  
Prof.Dr.Ramiz BANOĞLU (Atatürk)  
Doç.Dr.Nadir BARINDIK (GATA)  
Doç.Dz.Tbp.Kd.Bnb.A.Celal BAŞUSTAOĞLU (GATA)  
Prof.Dr.Salih BATTAL (GATA)  
Doç.Dr.Sevim BAVBEK (Ankara)  
Doç.Dr.Can BAYKAL (İstanbul)  
Prof.Dr.Tülin BAYKAL (Cumhuriyet)  
Prof.Dr.Mehmet BAYKARA (Akdeniz)  
Uzm.Tbp.Kd.Yzb.Orhan BAYLAN (GATA)  
Dr.Hasan BAYRAM (Dicle)  
Doç.Tbp.Kd.Bnb.Mehmet BAYSALLAR (GATA)  
Yrd.Doç.Dr.Cem Şeref BEDİZ (Selçuk)  
Prof.Dr.Yaşar BEDÜK (Ankara)  
Prof.Dr.Rahmiye BERKİTEN (İstanbul)  
Doç.Dr.Bülent BEŞİRBELLİOĞLU (GATA)  
Prof.Dr.Sait BİLGİÇ (Ondokuz Mayıs)  
Prof.Dr.Ayhan BİLİR (İstanbul)  
Prof.Dr.Banu Ç. BİLKAY (Ege)  
Prof.Dr.Önel BİLKAY (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Ayşe BİNGÖL (Ankara)  
Yrd.Doç.Dr.Levent Sinan BİR (Pamukkale)  
Prof.Dr.T.Arda BÖKESÖY (Ankara)  
Doç.Dr.Adem BOYACI (Erciyes)  
Doç.Dr.Hacer BOZDEMİR (Çukurova)  
Doç.Dr.Nafiz BOZDEMİR (Çukurova)  
Doç.Dr.Gülhal BOZKIR (Çukurova)  
Yrd.Doç.Dr.Ekin BOZKURT (Adnan Menderes)  
Prof.Dr.Yusuf BUDAK (Dicle)

Yrd.Doç.Dr.Nail BULAKBAŞI (GATA)  
Yrd.Doç.Dr.H.Eray BULUT (Cumhuriyet)  
Doç.Dr.Zeynep BURAK (Ege)  
Prof.Dr.Münir BÜKE (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.A.Çağrı BÜKE (Ege)  
Dr.Canhan BÜTÜNER (Cumhuriyet)  
L. CAN (Ege)  
Doç.Dr.Ercan CANBAY (Cumhuriyet)  
Prof.Dr.Yurdağül CANBERK (İstanbul)  
Doç.Dr.Naime CAN ORUÇ (Dicle)  
Prof.Dr.Sema CANTEZ (İstanbul)  
Doç.Tbp.Yb.Bülent CELASUN (GATA)  
Prof.Dr.M.İpek CİNGİ (Osmangazi)  
Yrd.Doç.Dr.Okan COŞAR (GATA)  
Prof.Dr.Hasan CÜCE (Selçuk)  
Prof.Dr.Güven ÇAĞATAY (Ege)  
Prof.Dr.Nail ÇAĞLAR (Ankara)  
Yrd.Doç.Tbp.Bnb.Kayser ÇAĞLAR (GATA)  
Doç.Dr.Erol ÇAKIR (Trakya)  
Prof.Dr.Mehmet ÇAKMAK (İstanbul)  
Yrd.Doç.Dr.Okan ÇALİYURT (Trakya)  
Doç.Dr.Metin ÇAPAR (Selçuk)  
Doç.Dr.Filiz ÇAY ŞENLER (Ankara)  
Yrd.Doç.Dr.Fatma ÇELİK (Dicle)  
Prof.Dr.Fahrettin ÇELİK (Ondokuz Mayıs)  
Yrd.Doç.Dr.Çetin ÇELİK (Selçuk)  
Yrd.Doç.Dr.Nilgün ÇERİKCİOĞLU (Marmara)  
Prof.Dr.Ağah ÇERTUĞ (Ege)  
Prof.Dr.M.Turan ÇETİN (Çukurova)  
Yrd.Doç.Dr.Celalettin ÇETİN (GATA)  
Prof.Dr.Öge ÇETİNKAYA (Cumhuriyet)  
Yrd.Doç.Tbp.Yzb.Süleyman CEYLAN (GATA)  
Prof.Dr.Nusret ÇİFTÇİ (Ondokuz Mayıs)  
Uzm.Dr.Aykut ÇİLLİ (Akdeniz)  
Doç.Dr.Mehmet ÇİMEN (Cumhuriyet)  
Doç.Dr.Mahmut ÇOKER (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Yaşar ÇOKESER (İnönü)  
Doç.Dr.Bekir ÇOKSEVİM (Erciyes)  
Doç.Dr.Mehmet ÇOLAKOĞLU (Selçuk)  
Prof.Dr.Tolga E. DAĞLI (Marmara)  
Yrd.Doç.Dr.Hülya DALGİÇ (Selçuk)  
Prof.Dr.Şenol DANE (Atatürk)  
Doç.Dr.Şükran DARCAN (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Dursun DEDE (Atatürk)  
Doç.Dr.Esen DEMİR (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Hüseyin DEMİR (Erciyes)  
Doç.Dr.Orhan DEMİR (Selçuk)  
Prof.Dr.Ergün DEMİRALP (GATA)  
Yrd.Doç.Dr.Sema DEMİRÇİN-KARAGÖZ (Akdeniz)  
Doç.Dr.Azam DEMİREL (Atatürk)  
Doç.Dr.Emine DEMİREL YILMAZ (Ankara)  
Prof.Dr.Orhan DEMİRELİ (Selçuk)  
Doç.Dr.Serdar DEMİRGÖREN (Ege)  
Doç.Dr.Ahmet DEMİRKAZIK (Ankara)

Yrd.Doç.Dr.Meltem DEMİRİRAN (*Çukurova*)  
Prof.Tbp.Tuğra.Ertan DEMİRTAŞ (*GATA*)  
Prof.Dr.Şengül DERBENTLİ (*İstanbul*)  
Prof.Dr.Fahri DERE (*Çukurova*)  
Yrd.Doç.Dr.Ayşe DİCLE TURHANOĞLU (*Dicle*)  
Uzm.Tbp.Tgm.Hasan DİN (*GATA*)  
Prof.Dr.Dilek DİNÇOL (*Ankara*)  
Prof.Dr.Günçay DİNÇOL (*İstanbul*)  
Prof.Dr.Fuat DİNİZ (*İstanbul*)  
Prof.Dr.Fethi DOĞAN (*Ege*)  
Prof.Dr.Necdet DOĞAN (*Selçuk*)  
Doç.Dz.Tbp.Yb.L. DOĞANCI (*GATA*)  
Prof.Dr.İsmet DÖKMECİ (*Trakya*)  
Dr.Nuri DÖNMEZEL (*Osmangazi*)  
Prof.Dr.Yusuf DUMAN (*Ege*)  
Prof.Dr.Selçuk DUMAN (*Selçuk*)  
Doç.Dr.Behice DURGUN YÜCEL (*Çukurova*)  
Doç.Dr.Reyhan EĞİLMEZ (*Cumhuriyet*)  
Yrd.Doç.Dr.Şahane ELAĞÖZ (*Cumhuriyet*)  
Dr.Mehmet EMİRZEOĞLU (*Ondokuz Mayıs*)  
Prof.Dr.Güner ERBAY (*Ankara*)  
Prof.Dr.Sezer ERBOZ (*Ege*)  
Prof.Dr.Birsel ERDEM (*Ankara*)  
Prof.Dr.Ergün ERDEM (*Pamukkale*)  
Doç.Dr.Serdar ERDEM (*Ege*)  
Yrd.Doç.Dr.Teoman ERDEM (*Atatürk*)  
Prof.Dr.İrfan ERDEMLİ (*Atatürk*)  
Prof.Dr.Ata ERDENER (*Ege*)  
Prof.Dr.Fatma ERDİNÇ (*İstanbul*)  
Yrd.Doç.Dr.Levent ERDİNÇ (*Dicle*)  
Prof.Tbp.Kd.Alb.D. ERDURAN (*GATA*)  
Yrd.Doç.Dr.Suat EREN (*Atatürk*)  
Doç.Dr.Aydın ERENMEMİŞOĞLU (*Erciyes*)  
Prof.Dr.Neyhan ERGENE (*Selçuk*)  
Yrd.Doç.Dr.Gürkan ERKULA (*Pamukkale*)  
Doç.Dr.M.Özcan ERSOY (*İnönü*)  
Doç.Dr.Ekin ERTEM (*Ege*)  
Prof.Dr.Mine ERTEM YURTSEVEN (*Ege*)  
Prof.Dr.Ümit ERTÜRK (*Ege*)  
Dr.Namık Kemal ERYOL (*Erciyes*)  
Prof.Dr.Akgün EVİNÇ (*Ege*)  
Doç.Dr.Can Polat EYİĞÜN (*GATA*)  
Prof.Dr.Celal GENÇ (*GATA*)  
Yrd.Doç.Dr.Osman GENÇ (*Pamukkale*)  
Yrd.Doç.Dr.Bülent O. GENÇ (*Selçuk*)  
Dr.Devran GERÇEKER (*Ankara*)  
Doç.Dr.Hakkı GÖKBEL (*Selçuk*)  
Yrd.Doç.Dr.Gökhan GÖKÇE (*Cumhuriyet*)  
Doç.Dr.Erdem GÖKER (*Ege*)  
Yrd.Doç.Dr.H.Murat GÖKSEL (*Cumhuriyet*)  
Yrd.Doç.Dr.Uğur GÖNLÜGÜR (*Cumhuriyet*)  
Doç.Dr.Levent GÖRENEK (*GATA*)  
Prof.Dr.Adnan GÖRGÜLÜ (*Trakya*)  
Doç.Dr.Ali Metin GÖRGÜNER (*Atatürk*)  
Yrd.Doç.Dr.Hüseyin GÖRKEMLİ (*Selçuk*)  
Doç.Dr.Şefik GÖRKEY (*Marmara*)  
Prof.Dr.Fahrettin GÖZE (*Cumhuriyet*)  
Yrd.Doç.Dr.Fatih GÜÇER (*Trakya*)  
Prof.Dr.Şendoğan GÜLEN (*Trakya*)  
Prof.Dr.Adem GÜLER (*Ege*)  
Prof.Dr.Gülşen GÜLLÜLÜ (*Atatürk*)  
Doç.Dr.Mustafa GÜLŞEN (*GATA*)  
Prof.Dr.E. Yener GÜLTEKİN (*Cumhuriyet*)  
Prof.Dr.Gürbüz GÜMÜŞDİŞ (*Ege*)  
Yrd.Doç.Dr.İ.Gürsel GÜNAYDIN (*Selçuk*)  
Prof.Dr.İşıl GÜNDAY (*Trakya*)  
Prof.Dr.Kemal GÜNDÜZ (*Selçuk*)  
Uzm.Dr.Ethem GÜNEREN (*Ondokuz Mayıs*)  
Yrd.Doç.Vet.Hek.Yb.Çakır GÜNEY (*GATA*)  
Doç.Dr.Çiğdem GÜNGÖR (*Ankara*)  
Prof.Dr.Salim GÜNGÖR (*Selçuk*)  
Prof.Dr.Cahit GÜNHAN (*Ege*)

Yrd.Doç.Dr.Filiz GÜNSEREN (*Akdeniz*)  
Prof.Dr.Ali Rıza GÜR (*GATA*)  
Doç.Dr.Asuman GÜRAKSIN (*Atatürk*)  
Doç.Dr.Oya GÜRBÜZ (*Marmara*)  
Doç.Dr.Hakan GÜRDAL (*Ankara*)  
Yrd.Doç.Dr.Fuat GÜRKAN (*Dicle*)  
Prof.Dr.Bülent GÜRLER (*İstanbul*)  
Prof.Dr.Nezahat GÜRLER (*İstanbul*)  
Prof.Dr.Erdoğan GÜRSOY (*Cumhuriyet*)  
Doç.Dr.Sara HABİF (*Ege*)  
Prof.Dr.Sebahattin HACİYAKUPOĞLU (*Çukurova*)  
Prof.Dr.Yahya HAKGÜDENER (*Cumhuriyet*)  
Prof.Dr.Nuran İ. HARİRİ (*Ege*)  
Prof.Dr.Kenan HAŞPOLAT (*Dicle*)  
Prof.Dr.Ersoy İŞİK (*GATA*)  
Doç.Dr.Recep İŞİK (*Dicle*)  
Doç.Dr.Nihal İÇTEN (*Ondokuz Mayıs*)  
Prof.Dr.Nurhan İLHAN (*Selçuk*)  
Prof.Dr.Candan JOHANSSON (*Marmara*)  
Doç.Dr.Yasemin KABASAKAL (*Ege*)  
Prof.Dr.Oktay KADAYIFÇI (*Çukurova*)  
Doç.Dr.Hakan Hadi KADIOĞLU (*Atatürk*)  
Prof.Dr.Serpil KALKAN (*Selçuk*)  
Prof.Dr.Beki KAN (*Marmara*)  
Yrd.Doç.Dr.Lütfiye KANIT (*Ege*)  
Doç.Dr.Murat KAPKAÇ (*Ege*)  
Doç.Dr.Abdurrahman KAPLAN (*Dicle*)  
Prof.Dr.Hasan KAPLAN (*Ege*)  
Yrd.Doç.Dr.C.Sinan KARA (*Ege*)  
Yrd.Doç.Dr.Aydın KARAARSLAN (*Ankara*)  
Prof.Dr.Necmettin KARAEREN (*GATA*)  
Doç.Dr.Hayrettin KARAEREN (*GATA*)  
Doç.Dr.Güngör KARAGÜZEL (*Akdeniz*)  
Prof.Dr.Güney KARAKOTAL (*Ege*)  
Yrd.Doç.Dr.Deniz KARAKAYA (*Ondokuz Mayıs*)  
Doç.Dr.Serdar KARAKÖSE (*Selçuk*)  
Yrd.Doç.Dr.Ali KARAKUZU (*Atatürk*)  
Yrd.Doç.Dr.Göksun KARAMAN (*Adnan Menderes*)  
Doç.Dr.Yahya KARAMAN (*Erciyes*)  
Doç.Dr.Beyhan KARAMANLIOĞLU (*Trakya*)  
Prof.Dr.Onur KARAN (*Ankara*)  
Yrd.Doç.Dr.Nurettin KARAOĞLAN (*Atatürk*)  
Doç.Dr.Melda KARAVUŞ (*Marmara*)  
Doç.Dr.Kaan KAVAKLI (*Ege*)  
Prof.Dr.Mehmet KAYA (*Çukurova*)  
Uz.Dr.Handan KAYA (*Marmara*)  
Yrd.Doç.Dr.Tijen KAYA TEMİZ (*Cumhuriyet*)  
Yrd.Doç.Dr.Hasan KAYNAR (*Atatürk*)  
Prof.Dr.Sabri KEMAHİ (*Ankara*)  
Doç.Dr.Mustafa KENDİRÇİ (*Erciyes*)  
Prof.Dr.Rıza KESER (*Ankara*)  
Doç.Dr.Ayşeğül KETENCİ (*İstanbul*)  
Doç.Dr.B.Alper KILIÇ (*Pamukkale*)  
Yrd.Doç.Dr.Mehmet KILIÇ (*Selçuk*)  
Yrd.Doç.Dr.Cumhur KILINÇER (*Trakya*)  
Prof.Dr.Gülşen KINIKLI (*Ankara*)  
Doç.Dr.Mehmet KIRNAP (*Erciyes*)  
Doç.Dr.Mehmet KIYAN (*Ankara*)  
Prof.Dr.Kenan KOCABAY (*Abant İzzet Baysal*)  
Prof.Dr.Hikmet KOÇAK (*Atatürk*)  
Doç.Dr.Ayşeğül KOÇBEKER (*Selçuk*)  
Prof.Dr.Emel KOPTAGEL (*Cumhuriyet*)  
Doç.Dr.Cem KOPUZ (*Ondokuz Mayıs*)  
Doç.Dr.Adnan KORKMAZ (*Ondokuz Mayıs*)  
Doç.Dr.Mustafa KORKUT (*Ege*)  
Prof.Dr.Sezen KOŞAY (*Ege*)  
Prof.Dr.Sabahat KOT (*Atatürk*)  
Doç.Dr.Esin KOTILOĞLU (*Marmara*)  
Prof.Dr.Ali KOYUNCU (*Ege*)  
Yrd.Doç.Tbp.Bnb.Şeref KÖMÜRCÜ (*GATA*)  
Doç.Dr.Kamil KUMANLIOĞLU (*Ege*)  
Doç.Dr.Zafer KURUGÖL (*Ege*)

Doç.Dz.Tbp.Yb.Zafer KURUMLU (*GATA*)  
Prof.Dr.Fatma KUTAY (*Ege*)  
Prof.Dr.Mustafa KÜÇÜKAYDIN (*Erciyes*)  
Prof.Dr.Selçuk KÜÇÜKOĞLU (*Uludağ*)  
Prof.Dr.Hakan KÜLTÜRSAY (*Ege*)  
Prof.Dr.Nilgün KÜLTÜRSAY (*Ege*)  
Doç.Dr.Akn LEVENT (*Atatürk*)  
Prof.Dr.Bekir Aydın LEVENT (*Çukurova*)  
Prof.Dr.Latife MAMIKOĞLU (*Akdeniz*)  
Doç.Dr.Aliye MANDIRACIOĞLU (*Ege*)  
Prof.Dr.Cafer MARANGOZ (*Ondokuz Mayıs*)  
Dr.Abdullah MARANGOZ (*Ondokuz Mayıs*)  
Prof.Dr.Mustafa MELİKOĞLU (*Akdeniz*)  
Prof.Dr.Mehmet MELLİ (*Ankara*)  
Yrd.Doç.Dr.Dilek MEMİŞ (*Trakya*)  
Prof.Dr.Hamdi R. MEMİŞOĞLU (*Çukurova*)  
Prof.Dr.Gülriş MENTEŞ (*Ege*)  
Doç.Dr.Ufuk Ö. METE (*Çukurova*)  
Prof.Dr.Nuriye METE (*Dicle*)  
Doç.Dr.N. Arzu MİRİCİ (*Atatürk*)  
Doç.Hv.Tbp.Kd.Bnb.Haydar MÖHÜR (*GATA*)  
Dr.Dilşad MUNGAN (*Ankara*)  
Doç.Dr.M.İşıl MUTAF (*Ege*)  
Doç.Dr.M.Hamdi MUZ (*Fırat*)  
Prof.Dr.İstemi NALBANTGİL (*Ege*)  
Doç.Dr.Meliha NALÇACI (*İstanbul*)  
Yrd.Doç.Dr.Kemal NAS (*Dicle*)  
Prof.Dr.Yusuf NERGİZ (*Dicle*)  
Prof.Dr.Mehmet Uğur NEŞŞAR (*Pamukkale*)  
Prof.Dr.Necla NİŞLİ (*Ege*)  
Prof.Dr.Numan NUMANOĞLU (*Ankara*)  
Doç.Dr.Nurettin OĞUZ (*Akdeniz*)  
Doç.Dr.Özkan OĞUZ (*Çukurova*)  
Yrd.Doç.Dr.Fahrettin OKSEL (*Ege*)  
Prof.Dr.Nezih OKTAR (*Ege*)  
Prof.Dr.Ahmet OKTAY (*Marmara*)  
Doç.Dr.Adnan OKUR (*Atatürk*)  
Prof.Dr.Güray OKYAR (*Atatürk*)  
Prof.Dr.İşık OLCAY (*Çukurova*)  
Doç.Dr.Ongun ONARAN (*Ankara*)  
Doç.Dr.Bilge ONARLIOĞLU (*Cumhuriyet*)  
Prof.Dr.Ergün ONUR (*Ankara Menderes*)  
Doç.Dr.Handan ONUR (*Ankara*)  
Prof.Dr.Ertan ONURSAL (*İstanbul*)  
Prof.Dr.Halit OSMANOĞLU (*Ege*)  
Prof.Dr.Ali OTLU (*İnönü*)  
Doç.Dr.Hasan OZAN (*GATA*)  
Prof.Dr.İhsan ÖGE (*Ondokuz Mayıs*)  
Yrd.Doç.Dr.Candan ÖĞÜŞ (*Akdeniz*)  
Prof.Dr.Atilla ÖKTEN (*İstanbul*)  
Prof.Dr.Ümit ÖLMEZ (*Ankara*)  
Prof.Dr.Kenan ÖMÜRLÜ (*Ankara*)  
Prof.Dr.Semih ÖNCEL (*İnönü*)  
Prof.Dr.M.Remzi ÖNDER (*Ege*)  
Doç.Dr.Arif ÖNDER (*Ondokuz Mayıs*)  
Doç.Dr.Betigül ÖNGEN (*İstanbul*)  
Yrd.Doç.Dr.Ufuk ÖVER (*Marmara*)  
Prof.Dr.İzzet ÖVÜL (*Ege*)  
Prof.Dr.Güzin ÖZARMAĞAN (*İstanbul*)  
Prof.Dr.Orhan ÖZBAL (*Ege*)  
Prof.Dr.Mustafa Rıza ÖZBEK (*Ankara*)  
P.Kur.Alb.Sirri ÖZBEK (*GATA*)  
Yrd.Doç.Dr.İsa ÖZBEY (*Atatürk*)  
Doç.Dr.Cemal ÖZCAN (*İnönü*)  
Prof.Dr.Kadri ÖZCAN (*Çukurova*)  
Doç.Dr.Zehra ÖZCAN (*Ege*)  
Prof.Dr.Emin ÖZDEDELİ (*Ege*)  
Doç.Dr.Fezal ÖZDEMİR (*Ege*)  
Doç.Dr.Özlem ÖZDEMİR (*Ankara*)  
Prof.Dr.Şevki ÖZDEMİR (*Atatürk*)  
Doç.Dr.Tülay ÖZDEMİR (*Akdeniz*)  
Doç.Tbp.Yb.Ahmet ÖZET (*GATA*)

Doç.Tbp.Yb.İ.Y. ÖZGÖK (GATA)  
Yrd.Doç.Dr.Hülya ÖZGÜR (Çukurova)  
Prof.Dr.Olcay ÖZKAN (Akdeniz)  
Doç.Dr.Mustafa ÖZKAN (GATA)  
Doç.Dr.Esen ÖZKAYA BAYAZIT (İstanbul)  
Prof.Dr.Hayal ÖZKILIÇ (Ege)  
Prof.Dr.Ferda ÖZKINAY (Ege)  
Prof.Dr.Cihangir ÖZKINAY (Ege)  
Doç.Dr.Dilek ÖZMEN (Ege)  
Doç.Dr.Geylani ÖZOK (Ege)  
Doç.Dr.Murat ÖZSAN (Ankara)  
Doç.Dr.Sıtkı ÖZTAŞ (Atatürk)  
Yrd.Doç.Dr.Cemile ÖZTİN ÖĞÜN (Selçuk)  
Dr.A. Yasemin ÖZTOP (Cumhuriyet)  
Doç.Dr.Orhan ÖZTURAN (İnönü)  
Prof.Dr.Günseli ÖZTÜRK (Ege)  
Uzm.Dr.Hatice ÖZYILDIZ GÜZ (Ondokuz Mayıs)  
Prof.Dr.Özden PALAOĞLU (Ankara)  
Doç.Dr.Ali PAMİR (Ankara)  
Doç.Dr.Gülğün PAMİR (Ankara)  
Prof.Dr.İsmet PAMİR (Atatürk)  
Prof.Dr.Zafer PALAOĞLU (Trakya)  
Prof.Dr.Aytül PARLAR (Ege)  
Doç.Dr.Sıtkı PERÇİN (Cumhuriyet)  
Doç.Dr.Efşin PINAR (Ankara)  
Prof.Dr.Şakire PÖĞÜN (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Özkan POLAT (Atatürk)  
Doç.Dr.Sait POLAT (Çukurova)  
Doç.Dr.Ömer POYRAZ (Cumhuriyet)  
Doç.Dr.Aziz POLAT (Pamukkale)  
Prof.Dr.Mehmet PUL (Trakya)  
Prof.Dr.Cemil RAKUNT (Ondokuz Mayıs)  
Prof.Dr.Fatih REEL (Çukurova)  
Doç.Dr.Mustafa R. SAATÇİ (Ankara)  
Doç.Dr.Cemal SAG (GATA)  
Yrd.Doç.Dr.Leyla SAĞLAM (Atatürk)  
Prof.Dr.Selahattin SANAL (Ege)  
Doç.Dr.Ahmet SANIÇ (Ondokuz Mayıs)  
Prof.Dr.Ayşegül Jale SARAÇ (Dicle)  
Uzm.Tbp.Kd.Yzb.M.Ali SARAÇLI (GATA)  
Doç.Dr.Rıfkiye SARICA (İstanbul)  
Doç.Dr.Binnur SARIHAN (Ondokuz Mayıs)  
Yrd.Doç.Dr.Ali SARIKAYA (Trakya)  
Prof.Dr.Yusuf SARIOĞLU (Cumhuriyet)  
Prof.Dr.Sevgi SARYAL (Ankara)  
Doç.Dr.İsmail SAVAŞ (Ankara)  
Hv.Yer.Kd.Alb.Metin SAVAŞÇI (GATA)  
Doç.Dr.Levent SAYDAM (İnönü)  
Prof.Dr.Dilek SELÇUKİ (İstanbul)  
Prof.Dr.Ergin SENCER (İstanbul)

Prof.Dr.Demir SERTER (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Levent SEVİNÇOK (Adnan Menderes)  
Doç.Dr.Zehra SEYFİKLİ (Cumhuriyet)  
Dr.CebraİL SINIR (Dicle)  
Doç.Dr.Betül Ayşe SİN (Ankara)  
Doç.Dr.Muzaffer SİNDEL (Akdeniz)  
Prof.Dr.Suna SOLMAZ (Çukurova)  
Yrd.Doç.Dr.A.Serdar SOYKAN (Cumhuriyet)  
Doç.Dr.Necdet SOYKAN (Ege)  
Prof.Dr.Refik SOYLU (Selçuk)  
Prof.Dr.Ayla SÖNMEZDAĞ (Ege)  
Prof.Dr.Güner SÖYLETİR (Marmara)  
Doç.Dr.Eser Y. SÖZMEN (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Hasan SUNAR (Trakya)  
Yrd.Doç.Dr.Selma SÜER GÖKMEN (Trakya)  
Yrd.Doç.Dr.Ayşe Saide ŞAHİN (Selçuk)  
Yrd.Doç.Dr.Bünyamin ŞAHİN (Ondokuz Mayıs)  
Yrd.Doç.Dr.Murathan ŞAHİN (Ondokuz Mayıs)  
Prof.Dr.A.Haydar ŞAHİNOĞLU (Ondokuz Mayıs)  
Doç.Dr.Neslihan ŞENDÜR (Adnan Menderes)  
Doç.Dr.Kazım ŞENEL (Atatürk)  
Yrd.Doç.Dr.Özden ŞENER (Ankara)  
Yrd.Doç.Dr.Abdurrahman ŞENYİĞİT (Dicle)  
Prof.Dr.Kurtuluş ŞUTMAN (GATA)  
Prof.Dr.Üner TAN (Atatürk)  
Prof.Dr.Remziye TANAÇ (Ege)  
Doç.Dr.Tijen TANYALÇIN (Ege)  
Doç.Tbp.Bnb.Mehmet TANYÜKSEL (GATA)  
Doç.Dr.Özgül TAP (Çukurova)  
Doç.Dr.Niyazi TAŞÇI (Ondokuz Mayıs)  
Doç.Tbp.Kd.Bnb.H.Bülent TAŞTAN (GATA)  
Dr.Alper TEKELİ (Ankara)  
Prof.Dr.Sedat TELLALOĞLU (İstanbul)  
Yrd.Doç.Dr.Mustafa TERCAN (İnönü)  
Prof.Dr.Ahmet TEREK (Ege)  
Doç.Dr.Süleyman TETİK (Ondokuz Mayıs)  
Doç.Dr.Yaman TOKAT (Ege)  
Prof.Dr.Nizamettin TOPRAK (Dicle)  
Prof.Dr.Hasan Fehmi TÖRE (GATA)  
Prof.Dr.Nurdan TÖZÜN (Marmara)  
Doç.Dr.Bilal TRAK (Akdeniz)  
Yrd.Doç.Dr.Tuncer TUĞ (Fırat)  
Prof.Dr.İşık TUĞLULAR (Ege)  
Prof.Dr.Emel TÜMBAY (Ege)  
Doç.Dr.Levent TUNCAY (Pamukkale)  
Yrd.Doç.Dr.Tahir TURAN (Pamukkale)  
Doç.Dr.Nevbahar TURGAN (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Günfer TURGUT (Pamukkale)  
Prof.Dr.Aylâ TÜR (Ondokuz Mayıs)

Prof.Dr.Cüneyt TÜRKÖĞLU (Ege)  
Prof.Dr.Sarenur TÜTÜNÇÜOĞLU (Ege)  
Doç.Dr.İbrahim ULMAN (Ege)  
Doç.Dr.Ali Uğur URAL (GATA)  
Prof.Dr.Sebahattin USLU (Atatürk)  
Prof.Dr.Ufuk UTKU (Trakya)  
Yrd.Doç.Dr.Ahmet UYGUN (GATA)  
Yrd.Doç.Dr.H.Can UYGURER (GATA)  
Doç.Dr.Ayşegül UYSAL (Ege)  
Doç.Dr.Hüseyin UYSAL (Selçuk)  
Doç.Dr.Sibel ÜLKER (Ege)  
Doç.Dr.İdil ÜNAL (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Yahya ÜNLÜ (Atatürk)  
Yrd.Doç.Dr.Mehmet ÜNLÜ (Cumhuriyet)  
Yrd.Doç.Dr.Gülhan ÜNLÜ (Cumhuriyet)  
Prof.Dr.F.Emre ÜSTÜN (Ondokuz Mayıs)  
Doç.Dr.Yılmaz ÜTKÜR (Dicle)  
Doç.Dr.Erkan VARDARELİ (Osmangazi)  
Doç.Dr.Füsün G. VAROL (Trakya)  
Doç.Dz.Tbp.Alb.Abdülgaffar VURAL (GATA)  
Yrd.Doç.Dr.Ayşegül YAĞCI (Marmara)  
Doç.Dr.Birkan YAKAN (Erciyes)  
Prof.Dr.Şinasi YALÇIN (Fırat)  
Prof.Dr.Rifat YALIN (Marmara)  
Prof.Dr.Özdemir YARARBAŞ (Ege)  
Prof.Dr.Turgut YARDIM (Trakya)  
Prof.Dr.Yıldız YEĞENOĞLU (İstanbul)  
Prof.Dr.Enis YETKİN (Ege)  
Dr.Şahin YILDIRIM (Cumhuriyet)  
Dr.M.Kemal YILDIRIM (Cumhuriyet)  
Dr.Engin YILDIRIM (Osmangazi)  
Yrd.Doç.Dr.Esin YILDIZ (Cumhuriyet)  
Dr.Tekin YILDIZ (Dicle)  
Prof.Dr.Rasih YILMAZ (Ege)  
Prof.Dr.Mustafa YILMAZ (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Yener YÖRÜK (Trakya)  
Doç.Dr.Ahmet H. YÜCEL (Çukurova)  
Yrd.Doç.Dr.Fatma YÜCEL (Cumhuriyet)  
Prof.Dr.Nezih YÜCEMEN (Ankara)  
Doç.Dr.Betigül YÜRÜTEN (Selçuk)  
Prof.Dr.Mehmet ZİLELİ (Ege)  
Doç.Dr.Orhan ZİYLAN (İstanbul)  
Doç.Dr.Gürkan ZORLU (Akdeniz)

- İsimler Soyadı sırasına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

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

# ÜROLOJİ

1. Perkütan ponksiyon ile ölçülen normal renal pelvik basınç nedir?
- 1.0 mmHg
  - 2.5 mmHg
  - 6.5 mmHg
  - 10.5 mmHg
  - 15.0 mmHg

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

Pelvik basınç perkütan yolla ölçüldüğünde 6.5 mmHg dir.

2. Üriner tüberkülozda en sık rastlanan semptom hangisidir?
- İdrar tutamama
  - Sık idrara gitme
  - Makroskopik hematüri
  - Böğür ağrısı
  - İştahsızlık

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

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

3. Kronik piyelonefrit tanısı için en iyi yöntem hangisidir?
- IVP
  - Bilgisayarlı tomografi
  - DMSA renal sintigrafi
  - Ultrasonografi
  - Indium 111 sintigrafi

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

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

4. Üriner sistem taşlarından en opak olanı hangisidir?
- Kalsiyum-fosfat
  - Magnezyum-amonyum-fosfat
  - Ürik asit
  - Sistin
  - Ksantin

Cevap A (Tanagho, Smith's General Urology, 13.baskı, s.275)

Ürik asit taşları non-opaktır. Sistin, ksantin ve magnezyum-amonyum-fosfat taşları semi-opaktır. Ancak içeriğinde kalsiyum bulunan taşlar en opak olanlardır.

5. Böbrek tümörlerinin birincil tedavisi hangisidir?
- Radyoterapi
  - Radikal nefrektomi
  - Hormonal manüplasyon
  - Kemoterapi
  - İmmünoterapi

Cevap B (Tanagho, McAninch, Smith's General Urology, 13.baskı, s.367)

Böbrek tümörleri kemoterapi, radyoterapi ve hormonoterapiye rezistandır. İmmünoterapinin etkinliği de kısıtlıdır. Günümüzde özellikle lokalize böbrek tümörlerindeki en etkin ve birincil tedavi radikal nefrektomidir.

6. Veziko-üreteral reflü (VUR)'nün kesin tanısı aşağıdaki tanı yöntemlerinden hangisi ile konur?
- Sistoskopi
  - İntravenöz ürografi (İVÜ)
  - Sintigrafi
  - Anamnez ve fizik muayene
  - İşeme sistografisi

Cevap E (Tanagho, McAninch, Smith's General Urology, 13.baskı, s.188-189)

VUR'un tanısında sistoskopi, radyonüklid incelemelerden faydalanılabilir. İVÜ'de VUR'u düşündürecek bulgular saptanabilir. Ancak kesin tanı işeme sistografisi ile konur.

7. Azospermik bir hastanın serum FSH düzeyinin normal olması halinde yapılması gereken nedir?
- Skrotal Ultrasonografi (USG)
  - Transrektal USG
  - Spermiogram
  - Testis biyopsisi
  - Sistoskopi

Cevap D (Tanagho, Smith's, General Urology, 13.baskı, s.678)

Azospermi ejakülatta hiç sperm olmamasıdır. Bunun sebebi ya ana germ hücrelerinde hiç yapılamaması veya yapılan sperm hücrelerinin sperm kanallarındaki tıkanıklıklar nedeniyle ejakülata geçmemesidir. Bu nedenle öncelikle testis biyopsisi ile ana hücrelerde üretilimin olup olmadığı kontrol edilmelidir.

8. Kronik diürezin üretere primer etkisi nedir?
- Değişikliğe yol açmaz
  - Elongasyon
  - Dilatasyon
  - Atrofi
  - Fibrozis

Cevap C (*Campbell's Urology, 6.baskı, s.111-141*)

Kronik diürez üreterde dilatasyona yol açar, dilatasyon üreterin elongasyonu ve çap artışı ile birlikte. Eğer diürez kronikleşirse üreter kasında hipertrofi oluşur.

**9. 1 aylık bir erkek çocuğun fizik muayenesinde sağ testis skrotumda palpe edilemiyor. Birincil tedavi yaklaşımınız ne olmalıdır?**

- a) Cerrahi olarak testisin skrotuma indirilmesi
- b) LH analoglarının verilmesi
- c) 1 yaşına kadar beklenilmesi
- d) FSH + LH analoglarının verilmesi
- e) Hiçbiri

Cevap C (*Tanagho, Smith's General Urology, 13.baskı, s.619*)

Kriptorşidik testislerin genel olarak büyük bir kısmının doğumu takiben ilk 1 yıl içinde normal skrotal konumlarına indikleri belirtilmektedir. Bu nedenle skrotumu boş olan çocuklarda herhangi bir tedavi vermeden 1 yaşına dek beklenilmesi önerilir.

**10.İleri evre prostat kanserinde (evre D2=kemik, akciğer, lenf nodları tutulumu) komplet androjen blokajı yapmak için aşağıdakilerden hangisi kullanılır?**

- a) Östrojenler
- b) Orşiektomi
- c) LH-RH agonistleri + flutamid
- d) Flutamid + megestrol asetat
- e) Flutamid + cyproterone asetat

Cevap C (*Tanagho, Smith's General Urology, 13.baskı, 1992, s.378-412*)

Flutamid, megestrol asetat ve siproteron asetat dihidrotosteronun reseptöre bağlanmasını engeller. Bunlardan biri orşiektomi veya LH-RH agonistleri ile kombine edilirse komplet androjen blokajı sağlanır.

**11.Hipospadiasla ilgili yanlış olanı işaretleyiniz?**

- a) Eksternal üretral meatusun ventraline açılır.
- b) Chordee adı verilen ventral kurvatur her hipospadias olgusuna eşlik eder.
- c) Hipospadias interseksin bir formu olarak kabul edilmektedir.
- d) İnmemiş testis ve inguinal herni en sık görülen asosiyel anomalilerdir.
- e) Ailesel yatkınlık söz konusudur.

Cevap B (*Duckett, Adult and Pediatric Urology, 2.baskı, s.2103-2140*)

Anterior hipospadista chordee nadir görülür.

**12.Sistizm yakınmasıyla gelen kadın hastalarda üriner enfeksiyonun en sık etkeni aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) E.coli
- b) Pseudomonas
- c) Proteus

**d) Klebsiella**

**e) S.aureus**

Cevap A (*Yaman, Üroloji, 1.baskı, s.216*)

Akut sistit hemen tümüyle kadınlara özgü bir hastalıktır. Üretranın kısa olması, bakteri kolonizasyonunun yoğun olduğu bölgelere yakın olması (vagen, rektum gibi) kadınları bu enfeksiyona karşı duyarlı kılar. Enfeksiyon ajanı %75 E.coli'dir. Daha az oranda gram pozitif bakteriler görülür.

**13.Ksantogranülamatöz pyelonefritte en sık hangi mikroorganizma izole edilir?**

- a) E.coli
- b) P.aeruginosa
- c) S.feacalis
- d) P.mirabilis
- e) S.aureus

Cevap D (*Campbell's Urology, 1992, s.765-766*)

Her ne kadar ksantogranülamatöz pyelonefritte E.coli de sık olarak izole edilse de Proteus suşları daha sıklıkla görülür.

**14.Aşağıdaki benign böbrek tümörlerinden hangisinde sıklıkla hipertansiyon bulunur?**

- a) Angiomyolipoma
- b) Fibroma
- c) Hemangioma
- d) Jukstaklomeruler tm.
- e) Lipoma

Cevap D (*Campbell's Urology, 6. baskı, 1992, s.1061-62*)

Bu tümörler renin salgıladıkları için hipertansiyona sebep olurlar.

**15.İnsanda embriyolojik gelişme esnasında cinsel farklılaşma kaçınıcı haftadan sonra başlar?**

- a) 4.
- b) 8.
- c) 10.
- d) 16.
- e) 20.

Cevap C (*Campbell's Urology, 6. baskı, 1992, s.1327-28*)

Embryonel gelişim esnasında 10. haftaya kadar genital farklılaşma olmadığından kadın erkek ayrımı yapılamaz. Bu haftadan sonra genital tüberkül farklılaşır.

**16.Hipospadias onarımı için en uygun yaş hangisidir?**

- a) İlk 3 ay
- b) 6-18 ay arası
- c) 2-5 yaş arası
- d) 5-8 yaş arası
- e) 8-12 yaş arası



## ÜROLOJİ

Cevap B (*Campbell's Urology*, 6. baskı, 1992, s.1912)

Operasyonun emosyonel etkilerinin minimale indirmek ve separasyon anksiyetesini azaltmak amacı ile en uygun dönem 6 ila 18 ay arasındır. İlk 3 ay anestezi açısından risklidir.

**17.En yaygın görülen böbrek taşı hangisidir?**

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

Cevap A (*Campbell's Urology*, 6. baskı, 1992, s.2111-12)

Dünyanın tüm yörelerinde en yaygın görülen taş tipi kalsiyum oksalattır.

**18.Aşağıdaki antihipertansif ilaçlardan hangisi taş teşekkülüne sebep olabilmektedir?**

- a) Hidroklorotiazid
- b) Kaptopril
- c) Triamteren
- d) Propranolol
- e) Prokardia

Cevap C (*Campbell's Urology*, 6. baskı, 1992, s.2135)

Triamteren, idrarda çökerek pür triamteren veya kalsiyumla birlikte mikst taşta sebep olur.

**19.Testis tümörleri en çok hangi organa hematogen metastaz yapar?**

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

Cevap B (*Campbell's Urology*, 6. baskı, 1992, s.1230)

Testis tümörleri hematogen yolla en sık akciğer metastazı yapar. Bunun dışında yine aynı yolla daha az oranda olmak üzere karaciğer, beyin ve kemiklere yayılabilir.

**20.Hangi Ürogenital organ tümöründe biyopsi bir tanı yöntemi olarak kullanılmaz?**

- a) Prostat Karsinomu
- b) Mesane Karsinomu
- c) Testiküler Karsinom
- d) Penil Karsinom
- e) Uretra Karsinomu

Cevap C (*İnci, O: Ürogenital Tümörler*, 1995, s.162)

Testis tümörlerinde biyopsi yapılmaz.

**21.Spermatik kord torsiyonu tanısında en spesifik yöntem aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Renkli Doppler Ultrasonografi
- b) Testiküler sintigrafi
- c) Scrotal Thermografi

**d) Bilgisayarlı Tomografi**

**e) Fizik Muayene ile Phren bulgusunun pozitif olması**

Cevap B (*Yaman, L.S ve ark.Temel Üroloji*, 1998, s.490)

Spermatik kord torsiyonunda testiküler sintigrafinin spesifitesi % 100, sensitivitesi % 98 olup tanıda en spesifik yöntem olarak bildirilmektedir.

**22.Aşağıdakilerden hangisi paraneoplastik sendromlar ile görülebilen bir tümördür?**

- a) Renal Adenokarsinom
- b) Wilms tümörü
- c) Prostat Adenokarsinom
- d) Mesane transizyonel karsinomu
- e) Seminoma

Cevap A (*İnci, O Ürogenital Tümörler*, 1995 s.13)

Paraneoplastik Sendromlar. Böbrek tümörlerinin prognozunda önemli parametre olarak değerlendirilen bir grup bulgudur. Olguların %30'da görülür. Sedimantasyon hızı (%60), Hiperkalsemi (%8), Anemi (%33), Polisitemi (%2-6), Ateş (%26), Nöropati (%4), Kilo kaybı (%27) gibi özgün olan ve olmayan bazı bulgulardır.

**23.Aşağıdaki konjenital anomali ve hastalıkların hangisinde malignensi insidansında artış görülebilir?**

- a) At nalı böbrek
- b) Medullar sünger böbrek
- c) Mobil (retraktil) testis
- d) Posterior uretral valv
- e) Konjenital hidrosel

Cevap A (*Yaman,L.S ve ark. Üroloji 1.baskı*, 1990 s.422)

Bu antite füzyon anomalilerin en sık görüleni olduğu gibi bütün üriner anomalilerin insidans yönünden en ileri gelenlerindedir. Wilms tümörü insidansının bu hastalıkla beraber arttığı belirtilmiştir. Hatta genel anlamda böbrek tümörlerinin normale göre bu hastalarda 62 kez daha fazla görüldüğü bildirilmektedir.

**24.Retroperitoneal Fibrozis (Ormond Hastalığı) primer olarak aşağıdaki organlardan hangisini etkiler?**

- a) Surrenal glandlar
- b) Böbrek
- c) Üreterler
- d) Pankreas
- e) Dalak

Cevap C (*Yaman, L.S ve ark. Üroloji 1. baskı*, 1990 s.128)

Sonradan periureteritis fibröz, peri-üreteritis palstika, kr. periüreterit, sklerozan retroperitoneal granuloma ve fibröz retroperitonit ismi de verilmiştir Beyaz tahta sertliğinde bir doku retroperitoneal yapıları kaplamıştır. Yani Üreterler, Aorta, V. cava ve Psoas adalesi fibröz kılıfla sarılmıştır. Böbrek pedikülünden pelvik üretere kadar olan bölge atakedir. Üreterin ilk 1/3 üst kısmını

zarf gibi sardıktan sonra orta bölüme doğru uzanır. Damarları da sarmasına rağmen arterler daha sert ve kalın duvarlı olduğu için arter dolaşımı bozulmaz. Halbuki üreterden idrar geçişini engelleyerek hidronefroza, venöz obstrüksiyonla da alt extremitelerde ödeme sebep olur. Hastalığın ileri devrelerinde üreterin pogramatik oklüzyonuna bağlı olarak hidronefroz teşekkül eder. Komplet obstrüksiyona bağlı anüri gelişebilir.

**25.İnfant ve çocuklarda en sık görülen testis tümörü için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?**

- a) Testisin stromal kaynaklı tm.'üdür.
- b) Puberta precoc'a neden olurlar.
- c) İnmemiş testislerde en sık görülen tm.'dür.
- d) Alfa-fetoprotein % 50-75 oranda artmıştır.
- e) Beta-HCG yapımı sıklıkla artmıştır.

Cevap D (Yaman, Üroloji, 1.baskı 1990 s.387; İnci, Ürogenital Tümörler, 1.baskı 1995, s.142-161; Anafarta, Temel Üroloji, 1998 s.349-753)

Yolk Salk Tm.'ler infant ve çocuklarda en sık görülen tm.'lerdir.

Germinal Hücreli Tm.'ler: 1. Seminom 2. Spermasitik Seminom 3. Embriyonel Karsinom 4. Yolk Salk Tm. 5. Poliembriyoma 6. Koriokarsinom 7. Teratom

Seks Kord/Stromal Tm.'ler: 1. Leyding Hücreli Tm. 2. Sertoli Hücreli Tm. 3. Granüloza Hücreli Tm.

Alfa-Fetoprotein ve HCG'nin Biyokimyasal Özellikleri

	Alfa-Fetoprotein	Beta-HCG
Seminom	-	+ (%7-15)
Teratom	-	-
Embriyonel karsinom	+	+
Koriokarsinom	-	+
Yolk Salk Tm.	+	-
Teratokarsinom (Mix Tm.)	+	+

Kriptoşidik testislerde testiküler malignite riski normale oranla 20-40 misli daha fazladır. İntraabdominal testisler tüm kriptomşidik testislerin sadece % 10-15'ini oluşturuyorsa da malignite gelişenlerin hemen hemen yarısından sorumludur. İntraabdominal testisin malign dejenerasyon geçirme şansı inguinal testise göre 4 kat fazladır. Bilateral abdominal testisin birinde tm. oluşursa, diğerinde oluşma riski % 30'dur. Bu hastalarda en sık görülen tm. Seminomadır. Alfa-fetoprotein yolk-salk tm.'lerde % 75 oranında yükselir.

**26.Ateşli bir idrar yolu enfeksiyonu geçiren 10 yaşındaki bir çocukta "Vezikoureteral Reflü" düşünülmüştür. İnfeksiyon tedavisini takiben tanıya yönelik en değerli tetkik aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Ultrasonografi
- b) Voiding-Sistouretragrafi
- c) İntravenöz Urografi
- d) DÜSG
- e) Sistoskopi

Cevap B (Anafarta, Temel Üroloji, 1998, s.300-302-303-304-308)

İdrar Yolu enfeksiyonu geçiren (Ateşli-Ateşsiz) her çocukta ilk enfeksiyon tedavi edildikten sonra yapılacak ilk radyolojik tetkik Voiding-Sistouretragrafi olmalıdır.

Sistoskopi reflülü çocuklarda kullanılan sınırlı bir tetkik yöntemidir. En önemli indikasyonu sekonder reflü nedenlerinden ifravezikal obstrüksiyonları teşhis etmek, özellikle erkek çocuklardaki posterior uretal valvin tanı ve tedavisidir.

Ultrasonografi ; İdrar Yolu enfeksiyonu geçiren çocuklarda hastaya herhangi bir zarar vermeden yapılacak ilk tetkik USG'dir. VUR tanısında değeri sınırlıdır.

Akut dönemde yapılacak bir üriner sistem ultrasonografisi genel olarak üriner sisteme ait bilgiler verebilir. Ancak VUR araştırması, akut pyelonefrit tedavisinden 3-4 hafta sonra Voiding-Sistouretrografisi çekilerek yapılır.s.-(308)

**27.Prostatizm yakınmaları olan 60 yaşında 5 değişik hastada aşağıdaki bulgular tespit edilmiştir?**

- 1) İki kez ölçülen PSA değeri 2 ve 2.5 ng/ml. olarak saptandı.
- 2) Transrektal USG'de (TRUS) periferik zonda iki adet hipoekoik alan saptandı.
- 3) Tuşe rektalde prostat lastik kıvamda ve sulkusu silik olarak saptandı.
- 4) TRUS'de prostat hacmi 60cc. olarak saptandı.
- 5) Tuşe rektalde prostatın tahta sertliğinde olduğu saptandı.

**Yukarıdaki hastalardan hangileri BPH'dan çok prostat kanseri lehine bulgular taşımaktadır.**

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

Cevap B (İnci, Ürogenital Tümörler, 1995 s.119; Yaman, Üroloji, 1.baskı, 1990, s.319-323-377; İnci, Ürolojide Tanı Yöntemleri, 1996, s.64)

Prostat Spesifik Antijen (PSA): Normal serum düzeyleri 0-4 ng/ml'dir.

PSA: 0-4 ng/ml ise, Normal

4-10 ng/ml ise, şüpheli

10-20 ng/ml ise, Biyopsi endikasyonu

20 ng/ml Üzerinde ise, Tümör olarak kabul edilmektedir.

Periferik zon prostatın en büyük bölümüdür ve prostat kanserinin gelişim yeridir.

Prostat kansinimleri sıklıkla periferik zondan (% 70-75) çıkmakla birlikte iç bezden, periüretral bölgeden (%5), geçiş zonundan (%20-25) veya santral zondan (%5-10) çıkabilmektedir. Prostat Karsinomu erken dönemde hiperekojen yüksek frekanslı probda

## ÜROLOJİ

hipoekoik, son yayınlara göre değişen ekojenitelerde kitleler şeklinde görülmektedir.

BPH'de en önemli fizik muayene prostat bezinin digital muayenesidir. Rektal muayenede büyümüş ve düzgün bir prostat bulunur. Orta hattaki sulkus silinmiştir. Prostat lastik kıvamındadır.

Prostat Ca'da kemik yada tahta sertliğindeki tuşe rektal bulgusu prostat kanseri için patognomiktir.

### 28.En sık görülen prostatit sendromu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Non-Bakteriyel Prostatit
- b) Akut Bakteriyel Prostatit
- c) Prostatodini
- d) Granülomatöz Prostatit
- e) Kr. Bakteriyel Prostatit

Cevap A (Yaman, Üroloji, 1. baskı 1990 s.231)

Tüm prostatit sendromları arasında en sık görülenidir.

### 29.Mesane Tümörlerinin immünoterapisinde aşağıdakilerden hangisi kullanılır?

- a) İnfravezikal Thio-Tepa
- b) Parenteral Doxorubicin
- c) İnfravezikal Mitomycin-C
- d) Parenteral Vinblastin
- e) İntravezikal BCG

Cevap E (Yaman, Üroloji, 1.baskı 1990, s.369)

Kemoterapi 2 şekilde uygulanır:

1. İnfravezikal KT: bu amaçla Thio-Tepa, Doxorubicin,(Adriamycin), Mitomycin-C, Epodyl.

2. Sistemik KT: Cisplatin, Cytosan, Metotrexate, Adriamycin, Mytomycin-C,5-Fluorourasil, Vinblastin, Bleomycin, Vinkristin

İmmünoterapi: Yalnızca İnfravezikal BCG uygulanmaktadır.

### 30.Atnalı böbrek ile ilgili yanlış olan ifadeyi işaretleyiniz?

- a) Füzyon anomalileri içinde en sık görülenidir.
- b) Böbreklerin rotasyonu ve yukarı doğru göçleri normal olmakla birlikte alt polen istmus ile birleşirler.
- c) Tanı intravenöz pyelografi ile kolayca konabilir.
- d) Tedavi komplikasyon ve ek patolojilere bağlı sorun olmadıkça gerekli değildir.
- e) Atnalı böbrek ile birlikte displazi ve neoplazi görülme oranı normalden daha yüksektir.

Cevap B (Temel Üroloji, 1998, s.324)

Böbreklerde hem rotasyon ve hemde yukarı migrasyon tamamlanamamaktadır.

### 31.Aşağıdakilerden hangisi mesanenin pasif olarak dolumu sırasında basınç ve hacim ilişkisini değerlendiren incelemidir?

- a) Üroflovetri

- b) Profilometri
- c) Sistometri
- d) Kavernozetri
- e) Basınç-akım çalışması

Cevap C (Temel Üroloji, 1998. s.375)

Üroflovetri; İdrar akım hızını ölçer, proflovetri üretral basıncı, kavernozetri impotans tanısında venoz kaçağı, ve basınç akım çalışması infravesikal obstrüksiyon olup olmadığını değerlendiren testlerdir. Sitometri ise mesanenin dolumu sırasında mesane içi basınç değişikliklerini gösterir.

### 32.Üreter duplikasyonu ile ilgili yanlış olan ifadeyi işaretleyiniz?

- a) Genellikle çift toplayıcı sistem ile birlikte bulunur.
- b) Komplet veya inkomplet olabilir. Komplet olanlarda her iki üreter de mesaneye ayrı ayrı orifislerle açılır.
- c) Üst üreter toplam parankim kalınlığının 1/3'ünü drene ederken geri kalan 2/3'lük kısım alt alt üreter tarafından drene edilir.
- d) Komplet üreter duplikasyonu müller kanalından iki ayrı üreter tomurcuğu çıkması ile oluşur.
- e) Üst üreter mesanede daha alt lokalizasyona açılırken alt üreter daha üst lokalizasyonda sonlanır.

Cevap D (Temel Üroloji, 1998, s.328)

Üreter tomurcuqları müller kanalından değil Wolf kanalından gelişirler.

### 33.İntraabdominal basınç artışına bağlı oluşan idrar kaçırma yakınması aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Enüresiz nokturna
- b) Enüresiz diürna
- c) Urge inkontinans
- d) Dolma-taşma (Paradox) inkontinans
- e) Stress inkontinans

Cevap E (Temel Üroloji, 1998, s.432)

Stres inkontinans parsiyel bir inkontinansdır. Ani intraabdominal basınç artışları; ıkınma, şiddetli öksürük veya gülme gibi durumlarda idrar kaçırma olmasıdır.

### 34.Testis Tümörleri ile ilgili yanlış olan ifadeyi işaretleyiniz.

- a) İnmemiş testis olgularında testis tümörü görülme oranı normalden daha yüksektir.
- b) Metastatik testis tümörleri kemoterapiye oldukça iyi yanıt verirler.
- c) Alfa-fetoprotein (AFP) daha çok embriyoner karsinomlarda yükselir.
- d) Beta-Human koryonik gonadotropin (BHCG) sınıtyotroblastik hücrelerden salgılanmaktadır. Bu yüzden yalnızca koryokarsinomlarda yükselir.
- e) Testis tümörlerinde tanı amacıyla skrotal biyopsi kontrendikedir.

Cevap D (*Temel Üroloji, 1998, s.753*)

βHCG koryokarsinomlardan başka embriyoner kanser ve seminomlarda da yüksek bulunabilir.

**35. Mesane tümörleri ile ilgili yanlış olan ifadeyi işaretleyiniz.**

- a) Sigara mesane tümörünün en önemli etyolojik faktörlerindedir.
- b) Büyük çoğunluğu değişici epitel kanseridir.
- c) İlk tanıda ortalama %80'i yüzeysel tümör şeklindedir
- d) Tanıda en değerli yöntem transrektal ultrasonografidir.
- e) Yüzeysel tümörlerin tedavisinde ilk tercih edilen yöntem Transüretral rezeksiyon (TUR)'dur.

Cevap D (*Temel Üroloji, 1998, s.715*)

Mesane tümörlerinin tanısında en değerli yöntem sistoskopi ve biyopsidir.

**36. İmpotansa neden olan faktörler içinde en sık karşılaşılan organik patoloji aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Venöz-Sinüzodial
- b) Arteriyel
- c) Nörojenik
- d) Hormonal
- e) Kemoterapötik ilaçlar

Cevap A (*Temel Üroloji, 1998, s.1056*)

Venöz-sinüzodial bozukluk, impotans nedenleri arasında ilk sırada yer alan ve özellikle 40 yaş altında hastaların oluşturduğu bir gruptur.

**37. İnfertilite ile ilgili yanlış olan ifadeyi işaretleyiniz?**

- a) Aspermi; dışarı hiç ejakülat çıkmamasıdır.
- b) Azoospermi; Ejakülat içinde hiç germinal hücre olmamasıdır.
- c) Oligozospermi; Sperm hücre sayısının 20 milyon/ml'den az olmasıdır.
- d) Astenoospermi; Normal motilitedeki spermelerin % 60'dan az olmasıdır.
- e) Teratozoospermi; Ejakülatındaki spermelerin ölü olmasıdır

Cevap E (*Temel Üroloji, 1998, s.988*)

Teratozoospermi morfolojisi bozuk olan sperm sayısının WHO kriterlerine göre % 40, Kruger kriterlerine göre ise % 4'den daha fazla olmasıdır. Ejakülatındaki spermelerin ölü olmasına nekrozoospermi denir.

**38. Bening Prostat Hiperplazisi (BPH) prostatın hangi bölgesinden gelişir?**

- a) Santral zon
- b) Transizyonel zon
- c) Fibromüsküler stroma
- d) Periferik zon
- e) Preprostatik sfinkter

Cevap B (*Temel Üroloji, 1998, s.729*)

BPH prostatın transizyonel zonundan gelişir. Prostat kanserlerinin çoğu ise periferik zondan gelişmektedir

**39. Prostatit belirtilerinin varlığına rağmen üriner enfeksiyonun bulunmadığı, enfeksiyon ajanlarının tespit edilemediği ve tipik olarak normal prostat sekresyonu bulunan klinik bir tablodur. İfadesi hangi antiteyi tanımlar?**

- a) Seminal vesikülit
- b) Kronik üretrit
- c) Prostadini
- d) Abakteriyel prostatit
- e) Nongonokoksik üretrit

Cevap C (*Temel Üroloji, 1998, s.480*)

Prostadini daha çok genç ve orta yaşlarda görülür. Abakteriyel prostatitle karışabilir. Ancak abakteriyel prostatitte prostat sekresyonunda iltihabi hücre artışı mevcuttur.

**40. İnmemiş testisle ilgili ifadelerden hangisi yanlıştır?**

- a) İnmemiş testiste malignite riski normal popülasyondan yüksektir.
- b) Testis ne kadar uzun süre inmemiş pozisyonda kalırsa seminifer tübül hasarı o ölçüde artar.
- c) İnmemiş testis tedavisi için en uygun zaman 3 ila 5 yaş arasındadır.
- d) İnmemiş testisle beraber % 90 oranında inguinal herni bulunur.
- e) İnmemiş testiste vazal ve epididimal anomalilere de rastlanabilir.

Cevap C (*Walsh, Campbell's Urology, 7.baskı, 1998 s.831,2172-2192*)

İnmemiş testiste tedavi 1-1.5 yaş arasında bitirilmelidir.

**41. Ürogenital sistem tüberkülozu komplikasyonlarından üreteral striktürün en sık geliştiği lokalizasyon aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Üreteropelvik bileşke
- b) Üst üreter
- c) Orta üreter
- d) Üreterin iliyak damarları çaprazladığı bölge
- e) Üreterovezikal bileşke

Cevap E (*Walsh, Campbell's Urology, 7.baskı, 1998 s.831*)

Üriner Tbc. de üreteral striktürün en sık olduğu bölge üreterovezikal bileşkedir.

## ÜROLOJİ

42. Üriner enfeksiyon tanısı konulan çocuklarda eşlik eden üriner sistem anomalisi saptanma oranı ne kadardır?

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

Cevap E (Walsh, Campbell's Urology, 7.baskı, 1998 s.1624)

Üriner enfeksiyon saptanan çocuklarda % 50 oranında altta yatan konjenital anomali bulunmaktadır.

43. Vezikoüreteral reflü ile ilgili olan ifadelerden hangisi yanlıştır?

- a) Normal popülasyonda reflü insidansı % 1 ile %18.5 arasındadır.
- b) Reflüsü olan çocukların kardeşlerinde reflü insidansı normal popülasyondaki ile yanlıştır.
- c) Birinci ve ikinci derece vezikoüreteral reflünün tedavisinde öncelikle cerrahi tedavi düşünülmez.
- d) Sekonder vezikoüreteral reflü mesane çıkış obstrüksiyonu gibi mesane içi basıncının arttığı durumlarda görülebilir.
- e) Reflüsü olmayan normal bireylerin incelenmesinde ureter çapı ve submukozal üreteral tünel uzunluğu oranı 1/5 olarak bulunmuştur

Cevap B (Walsh, Campbell's Urology, 7.baskı, 1998 s.1860-1862)

Vezikoüreteral reflülü çocukların kardeşlerinde reflü saptanması oranı % 45'e kadar yükselebilen oranlarda bildirilmektedir.

44. Ekstrakorporeal şok dalgaları ile böbrek taşlarının kırılması için kesin kontrendikasyon oluşturan durum aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Çocuk hasta
- b) Soliter böbrek
- c) Çift toplayıcı sistem
- d) Gebelik
- e) Struvite taşı (enfeksiyon taşı)

Cevap D (Walsh, Campbell's Urology, 7.baskı, 1998 s.2739-2740)

Gebelik düşüğe yol açma ve fetus anomalileri açısından kontrendikasyon oluşturmaktadır.

45. Aşağıdakilerden hangisi rekürren taş oluşumu için bir risk faktörü değildir?

- a) Çocuk hasta
- b) Üriner sistem anomalisi
- c) Metabolik hastalıklar
- d) Ailede taş öyküsü
- e) Bayan hasta

Cevap E (Temel Üroloji, 1.baskı s.588)

Rekürren taş oluşumu için risk faktörleri orta yaşta erkekler, çocuk, üriner enfeksiyon, üriner sistem anomalisi, sistin, ürik asit ve struvit taşları, intestinal bozukluklar, osteoporoz, patolojik kemik kırıkları, gut ve diğer metabolik hastalıklar

46. Prostat kanserinde primer lenfatik drenaj aşağıdaki bölgelerden hangisindedir?

- a) İnguinal lenf nodları
- b) Para-aortik lenf nodları
- c) Obturator lenf nodları
- d) İliyak lenf nodları
- e) Sakral lenf nodları

Cevap C (Smith's Urology, 14. baskı, s.412)

Diğer bölgeler sekonder lenfatik drenaj teşkil eder.

# ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON

1. Hangi hastalar aspirasyon riskine predizpozan değildir?

- a) Çocuklar
- b) Obes hastalar
- c) Gebeler
- d) Hiatus hernili hastalar
- e) Ensefalopati

Cevap A (Esener, Klinik Anestezi)

Obes hastalarda karın içi basıncı yüksek ve özefagus anatomisi normal olmadığından, gebelerde mide boşalması gecikir ve karın içi basıncı gene yüksektir. Hiatus hernili hastalarda organik bozukluk nedeniyle Kardiya sfinkteri gevşektir. Ensefalopatili hastalarda ise hava yolu refleksleri baskılanmış olduğu için koruyucu değildir. Bu nedele bu grup hastalar aspirasyon riskine predizpozandır. Çocuklarda ise bu durumlar söz konusu değildir.

2. Tiopental'in farmakinetiği hakkında yanlış olan hangisidir?

- a) %80 oranında albumine bağlanır.
- b) Hiperventilasyon plazma serbest tiopental seviyesini artırır.
- c) Eliminasyon yarı ömrü 3-12 saattir
- d) Vücut ısısında tamamen iyonize olur
- e) Karaciğerde metabolize olur

Cevap D (Esener, Klinik Anestezi)

Malnütrisyon ve hipoalbumini hallerinde doz azaltılır. pH'ın yükselmesi yani alkalozda proteine bağlanma azalır. Tiopentalin merkezi sinir sistemine ulaşım etki edebilmesi yağda eriliğine ve non iyonize olmasına bağlıdır. Tiopental vücut ısısında %61 oranında non iyonize haldedir.

3. Antikolinesteraz ilaçlardan hangisi kan beyin bariyerini geçer?

- a) 4-Aminopiridin
- b) Pridostigmin
- c) Neostigmin
- d) Fizostigmin
- e) Edrofonium

Cevap D (Esener, Klinik Anestezi)

Fizostigmin de kuarterner amonyum grubu olmadığı için lipide eriyebilirlik özelliği kazanır. Bu nedenle kan beyin bariyerini geçer.

4. Aşağıdaki non-depolarizan kas gevşeticilerden hangisi psödokolinesteraz ile yıkılır?

- a) Vekuronyum
- b) Rokuronyum

- c) Pankuronyum
- d) Mivakuryum
- e) Atrakuryum

Cevap D (Esener, Klinik Anestezi)

Mivakuryum haricindeki ilaçlar karaciğerde ve Hoffman eliminasyonu yoluyla yıkıldıkları için Mivakuryumun metabolizması bunlardan farklıdır.

5. Aşağıdaki lokal anestetik ilaçlardan kardiyovasküler toksik etkileri en yüksek olan ilaç hangisidir?

- a) Lidokain
- b) Tetrakoin
- c) Bupivakain
- d) Prilokain
- e) Mepivakain

Cevap C (Esener, Klinik Anestezi)

Bupivakain özellikle akut solunumsal asidozda en fazla kardiyovasküler toksik etkiye sahiptir. Diğerlerinden daha potent kardiyak sodyum kanal blokleri olması bu etkiyi yaratır.

6. Preoperatif vizitte hastanın 1 yıldan beri kortizol kullandığı tespit ediliyorsa anestezi açısından yapılması şart olan hangisidir?

- a) Ameliyat ertelenir
- b) Kortizol kesilir, ameliyat yapılır
- c) Hastanın kan şekeri ölçülür
- d) Serum kortizol seviyesi ölçülür
- e) Perioperatif devrede kortizol verilir

Cevap E (Esener, Klinik Anestezi)

Kortizol mutlaka verilmelidir. Zira hastalarda sürrenal yetersizliği gelişmesine bağlı olarak hipotansiyon oluşma riski çok yüksektir.

7. Süksinilkolinin komplikasyonu olmayan hangisidir?

- a) Uzayan apne
- b) Bradikardi
- c) Hiperpotasemi
- d) Yenidoğan depresyon
- e) Postoperatif miyalji

Cevap D (Esener, Klinik Anestezi)

Plasentayı geçmediği için sezaryen ile doğan bebeklerde yeni doğan depresyonu yapmaz.

8. İnhalasyon anesteziklerinin alınımını arttırmayan hangisidir?

- a) Dakika ventilasyonun yüksek olması
- b) Solunan anestezi konsantrasyonunun yüksek olması,
- c) Kangazı partitasyon katsayısının yüksek olması,
- d) MAK (Minium Alveolar Konsantrasyon) değerinin yüksek olması
- e) Kalp debisinin yüksek olması

Cevap D (Esener, Klinik Anestezi)

MAK, anestezinin gücünü gösteren bir değerdir.

9. Anafilaksi veya anafilaktoid reaksiyonlarda aşağıdakilerden hangisinin yeri yoktur?

- a) Epinefrin
- b) % 100 oksijen verilmesi
- c) Aminofilin
- d) Kortikosteroid
- e) Difenhidramin

Cevap D (Morgan, Mikhail, Clinical Anesthesiology, 2.baskı, 1996, s.761)

Kortikosteroidler profilaksi tedavisinde yeri vardır.

10. Aşağıdakilerden hangisi alveolar ventilasyonun yeterliliğini ölçmek için kullanılır?

- a) PaO<sub>2</sub>
- b) A-aDO<sub>2</sub>
- c) VD/VT
- d) Oksihemoglobin disosiyasyon eğrisi
- e) Miks venöz PO<sub>2</sub>

Cevap C (Miller, Anesthesia, 2.baskı, s.1138)

11. Genel anestezi uygulaması sırasında aşağıdakilerden hangisi hipoksemi oluşturan mekanizmalardan değildir?

- a) Hipoventilasyon
- b) Hiperventilasyon
- c) Fonksiyonel residüel kapasitede artma
- d) Supine pozisyonu
- e) Artmış hava yolu basıncı

Cevap C (Miller, Anesthesia, 2.baskı, s.1147)

12. Aşağıdakilerden hangisi depolarizan bloğun özelliği değildir?

- a) Kaslarda fasikülasyonlar
- b) Post tetanik kuvvetlenme
- c) Oluşan bloğun d-tübokürarin tarafından antagonize edilmesi
- d) Antikolinesterazlarla bloğun etkisinin artması
- e) TOF da uyarılara alınan 4'lü yanıtın hepsi birbirine eşittir.

Cevap C (Miller, Anesthesia, 2.baskı, s.923)

13. Aşağıdakilerden hangisi preeklampsi ile beraber görülür?

- a) Hipovolemi
- b) Hipernatremi
- c) Düşük hematokrit
- d) Hiperkalemi
- e) Hipotansiyon

Cevap A (Barash, Clinical Anaesthesia, 1989, s.1229)

14. Aşağıdaki lokal anesteziklerden hangisi sempatik sinir uçlarından salgılanan norepinefrinin post-ganglionik emilimini engelleyerek adrenerjik bulgular oluşmasına yol açar?

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

Cevap A (Miller, Basics of Anesthesia, 1994, s.81)

15. Uygulanma yerine göre en yüksek plazma lokal anestezi konsantrasyonu oluşan regional anestezi tekniği aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Aksiller pleksus bloğu
- b) Kaudal blok
- c) İnterkostal blok
- d) Epidural blok
- e) İnterskalen blok

Cevap C (Miller, Basics of Anesthesia, 1994, s.79)

16. Ağız içerisinde dil ve faringeal yapıların görünümüne göre yapılan Class III olarak sınıflandırılan bir hasta için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Hem uvula hem de yumuşak damak görülür.
- b) Yalnızca yumuşak damak görülür.
- c) Yalnızca uvula görülür.
- d) Ne uvula nede yumuşak damak görülür.
- e) Yalnızca epiglott görülür

Cevap C (Miller, Basics of Anesthesia, 1994, s.146)

17. Aşağıdaki ifadelerden yanlış olanı işaretleyiniz?

- a) Epidural aralık içerisinde bağ dokusu bulunur.
- b) Duramaterden ligamentum flavuma uzanan bağ dokusu bandı (plika-mediana dorsalis) posterior epidural aralığı ikiye ayırır.
- c) Epidural aralığın lateral kısmını vertebra laminaları oluşturur.
- d) Serebrospinal sıvı araknoid zar ile dura-mater arasında bulunur.
- e) Supra-spinoz ligamentler spinoz çıkıntılarının uçları arasındaki bağlantıyı sağlar.

Cevap D (Miller, Basics of Anesthesia, 1994, s.163-4)

18.EKG monitörizasyonun amaçları yönünden yanlış olanı işaretleyiniz?

- a) EKG monitörizasyonunun amaçlarından birisi kardiyak disritmileri saptamaktır.
- b) Kardiyak disritmiler en iyi DII ile saptanır.
- c) İnferiyor miyokard iskemisi DII'de ST segmenti elevasyonu olarak gözükür.
- d) Sol ventrikülün anterior ve lateral duvarındaki miyokard iskemisi V5 derivasyonunda en iyi izlenir.
- e) Kalp hızı sıklıkla EKG trasesinden hesaplanır.

Cevap C (Miller, Basics of Anesthesia, 1994, s.202)

19.Aşağıdaki kriterlerden hangisi Sistemik İnflamatuvar cevap sendromu kriteri değildir?

- a) Vücut ısısının  $> 38^{\circ}\text{C}$  veya  $< 36^{\circ}\text{C}$  olması
- b) Kalp hızının  $> 90/\text{dk}$  olması
- c) Solunum sayısının  $> 20/\text{dk}$  olması
- d) Lökositoz  $> 1200/\text{mm}^3$  veya lökopeni  $< 4000/\text{mm}^3$  olması
- e) Sistolik arter basıncının  $< 90 \text{ mmHg}$  olması

Cevap E (Morgan, Mikhail, Clinical Anesthesiology, 2.baskı, 1996, s.826)

20.Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Lokal anestezi maddenin lipide eriyirliği anestezi potensini etkiler
- b) Lokal anestezi plasentayı geçirir
- c) Lokal anestezi sinir membranını stabilize ederek etki ederler
- d) Lokal anestezi solüsyonunun serbest baz kısmı doku penetrasyonunu sağlar.
- e) Lokal anestezi solüsyonunun katyonik (iyonize) kısmı farmakolojik olarak aktif değildir.

Cevap E (Morgan, Mikhail, Clinical Anesthesiology, 2.baskı, 1996, s.193, 196)

21.Aşağıdakilerden hangisi non-depolarizan kas gevşetici değildir?

- a) Atrakurium
- b) Vekuronyum
- c) Süksinilkolin
- d) Pankuronyum
- e) Rokuronyum

Cevap C (Morgan, Mikhail, Clinical Anesthesiology, 2.baskı, 1996, s.151)

22.Aşağıdaki hangi sinir lifleri nosiseptif (ağrı) uyarıyı iletir?

- a) Ab
- b) Aa
- c) Ag
- d) B
- e) C

Cevap E (Morgan, Mikhail, Clinical Anesthesiology, 2.baskı, 1996, s.275)

23.Antikolinergik zehirlenmede kullanılan antidot hangisidir?

- a) Fizostigmin
- b) Atropin
- c) Flumazeril
- d) Naloksan
- e) Protamin

Cevap A (Intensive Care Medicine, 2.cilt, s.1468)

24.Hangisi DIC'in labrotuvar bulgusu değildir?

- a) Kanama zamanı uzamış
- b) Pıhtılaşma zamanı uzamış
- c) Platelet azalmış
- d) PT uzamış
- e) PTT azalmış

Cevap E (Şahinoğlu, Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri, s.805)

25.Yüksek kafa içi basıncını düşürmek için aşağıdakilerden hangisi yapılmaz?

- a) Baş 30 derece yükseltilir.
- b) Hasta entübe edilerek hipoventile edilir.
- c) Hipertonik solüsyonlar ve diüretikler verilir.
- d) Barbitürat verilir.
- e) Eksternal ventrikülostomi yapılır.

Cevap B (Şahinoğlu, Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri, s.382)

26.Pilor stenozu olan bebekte pH: 7.5,  $\text{PCO}_2$ : 46 mmHg,  $\text{HCO}_3^-$ : 35 mmol/Lt., BE: +12 mol/Lt. bulunmuştur. Tanı nedir?

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

Cevap A (Şahinoğlu, Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri, s.50)



27. Aşağıdaki benzodiazepinlerden hangisi en fazla antenograd amnezi yapar?

- a) Diazepam
- b) Flurazepam
- c) Lorazepam
- d) Midazolam
- e) Nitrazepam

Cevap D (*Pediatric Anesthesia*, 3.baskı, 1994, s.32)

28. Aşağıdaki lokal anestetiklerden proteine en çok bağlanan hangisidir?

- a) Procaine
- b) Tetracaine
- c) Mepivacaine
- d) Bupivacaine
- e) Lidocaine

Cevap D (*Barash, Clinical Anesthesia*, 1991, s.191)

29. İnhalasyon Anestetiklerden hangisi inorganik yapıdadır?

- a) Desflorane
- b) Sevoflorane
- c) Enflorane
- d) Nitroz oksid
- e) Halotan

Cevap D (*Morgan, Clinical Anesthesiology*, 2.baskı, 1996, s.115)

30. Klinikte kullanılan kas gevşeticilerden hangisi hofmann eliminasyonu ile enzimatik bir reaksiyon olmadan kendi kendini yıkar?

- a) Pancuronyum
- b) Atracuryum
- c) Vecuronyum
- d) Mivacuryum
- e) Suksinilkolin

Cevap B (*Morgan, Clinical Anesthesiology*, 2.baskı, 1996, s.159-160)

31. Aşağıdaki opioidlerden en potent analjezi sağlayan ajan hangisidir?

- a) Carfentanil
- b) Lofentanil
- c) Fentanyl
- d) Meperidin
- e) Sufentanil

Cevap A (*Miller, Anesthesia Ronald*, 4.baskı, 1994, s.293)

32. Aşağıdaki intravenöz anestetiklerden hangisinin analjezik etkisi yoktur?

- a) Propofol
- b) Thiopental
- c) Ketamin
- d) Alfentanil
- e) Fentanyl

Cevap B (*Miller, Anesthesia Ronald*, 4.baskı, 1994, s.229, 247)

33. Aşağıdaki sendromlardan hangisinde entübasyon güçlüğü olabilir?

- a) Treacher-Collins snd.
- b) Dandy-walker snd.
- c) Snup snd.
- d) Kalmann snd.
- e) Budd-chiari snd.

Cevap A (*Esener, Klinik Enestezi*, 1991, s.184)

34. EEG'de derin anesteziyi gösteren ritm aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Teta
- b) Delta
- c) Alfa
- d) Beta
- e) Gama

Cevap B (*Barash, Clinical Anesthesia*, 1991, s.239)

35. Epidural anestezi komplikasyonu olarak gelişen baş ağrısında aşağıdaki ilaçlardan hangisini kullanırsınız?

- a) Salisilat
- b) N.S.A.I.D
- c) Morfin
- d) Asetaminofen
- e) Kafein

Cevap E (*Taylor, Hazards and Complications of Anesthesia*, 2.baskı, 1993, s.607)

36. Aşağıdakilerden hangisi serebral kan akımını en çok artırır?

- a) Hiperkapni
- b) Hipoksi
- c) Serebral aktivite
- d) Epinefrin
- e) Ortalama arteriyel basınçta artış

Cevap A (*Guyton, Textbook of Medical Physiology*, 7.baskı, s.338-340)

# ÇOCUK CERRAHİSİ

1. Umbilikal hernilerle ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Küçük umbilikal hernilerin yaklaşık %80-90'ı ilk 3-4 yaş içerisinde spontan olarak kapanır.
- b) Beckwith-Wideman veya Hurler sendromu ile birlikte görülebilir.
- c) İnkarerasyon sık görülen bir komplikasyondur.
- d) İnkarerasyon kesin cerrahi endikasyondur.
- e) Çocuklarda en sık görülen herni tipidir.

Cevap C (Scherer, Grosfeld, Pediatr Clin North Am, 1993, s.1121-1131)

Çocuklarda en sık görülen herni, umbilikal hernidir, fakat büyük bir kısmı 5 yaşından önce spontan olarak kapandığından yapılan operasyon sayısı açısından inguinal hernilerden daha sonra gelir. Erişkinlerin aksine çocukluk çağı umbilikal hernilerinde inkarerasyon nadirdir, fakat mevcut olduğunda cerrahi endikasyon oluşturur. Bazı metabolik bozukluklarda daha sık görülür.

2. Ağır Hipospadias hangi klinik tablo ile karışabilir?

- a) Ekstrofi vezika
- b) Süperior vezikal fistül
- c) Ambiguus genitalia
- d) Ekstrofi Kloaka
- e) Epispadias

Cevap C (O'Neill, Rowe, Grosfeld, Fonkalsrud, Coran, Pediatric Surgery, 5.baskı, 1998, s.1797)

Ekstrofi vezika mesanenin karın ön duvarına açılmasıdır. Süperior vezikal fistülde mesane karın ön duvarına bir fistül ile açılır. Epispadias üretra meatusunun penis dorsoline açılmasıdır. Hipospadiasda üretra meatusu penis ventraline açılır. Ağır hipospadiaslı olguların bir çoğu dış görünüşleri itibariyle ambiguus genitalia'dan ayırd edilemezler.

3. Gastroözofageal reflü tanısında en değerli tanı yöntemi hangisidir?

- a) Üst gastrointestinal sistemin baryumlu grafisi
- b) Ultrasonografi
- c) Sintigrafi
- d) Özofafeal manometri
- e) pH monitorizasyonu

Cevap E (Boix-Ochoa, Pediatric Surgery, 5.baskı, 1998, s.1016)

Günümüzde gastroözofageal reflü tanısı için PH monitorizasyonu altın standart olarak kabul edilmektedir.

4. İnmemiş testisi olan bebeklerde en uygun ameliyat zamanı ne zamandır?

- a) Yenidoğan döneminde
- b) 6 ay-1 yaş arası
- c) 2-3 yaş arası
- d) 4 yaşında
- e) 7 yaşından sonra

Cevap B (Hutson, Pediatric Surgery, 5.baskı, 1998, s.1094)

İnmemiş testisler günümüzde tüm Çocuk Cerrahisi kliniklerinde 6 ay-1 yaş arası ameliyat edilmektedir, sebebi 6 aydan itibaren germ hücrelerinde dejeneratif değişiklikler başlamaktadır.

5. Wilms tümörlü bir bebekte ilk belirti ve bulgu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Kusma
- b) Abdominal distansiyon
- c) Karında kitle
- d) Hipertansiyon
- e) Ateş

Cevap C (Rove, Pediatric Surgery, 1998)

6. Teratomlar için yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Erken embriyonik hücrelerden kaynaklanan gerçek anlamda konjenital tümörlerdir.
- b) Genellikle iyi huyludurlar, ancak malign transformasyon potansiyeline sahiptirler.
- c) En sık sakrokoksigeal bölgede, gonadlarda ve mediastinumda yerleşir.
- d) Sakrokoksigeal teratomda tümör anüs ile koksis arasındaki bölgeden dışarı çıkmıştır.
- e) Tedavide kemoterapi ve radyoterapiden sonra cerrahi eksizyon yapılır.

Cevap E (Rove, Pediatric Surgery, 1998)

7. Hirschsprung hastalığı (konjenital aganglionik megakolon) için yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Görülme sıklığı yaklaşık 5000 canlı doğumda birdir.
- b) Olguların %80'i erkektir.
- c) Olguların anüsten itibaren yukarıya doğru bağirsakta ganglion hücrelerinin olmamasıdır.
- d) Oluşturacağı klinik tablo aganglionik segmentin uzunluğuna bağlıdır.
- e) Olguların %80'i ileo-çekal bölgede görülür.

Cevap E (Rove, Pediatric Surgery, 1998)

8. Kasık fitiği için doğru olanı işaretleyiniz.

- a) Nadir görülür.
- b) Kızlarda daha çok görülür.
- c) Testis kasık fitiğinden ayrı palpe edilir.
- d) Bağırsaklar haricinde başka organ fitik kesesi içine girmez.
- e) Çocuk kasık fitiklerinin boğulma riski yoktur.

Cevap C (Rove, Pediatric Surgery, 1998)

9. Aşağıdakilerden hangisi hidronefroz nedeni değildir?

- a) Üreteropelvik darlık
- b) Üreteral stenoz
- c) Çift üreter
- d) Üreterovezikal darlık
- e) Posterior üretral valv

Cevap E (Rove, Pediatric Surgery, 1998)

10. Konjenital bağırsak tıkanıklığı aşağıdakilerden hangisi ile direk ilişkili değildir?

- a) Bağırsak perforasyonu
- b) Sıvı elektrolit kaybı
- c) Aspirasyon pnömonisi
- d) Bakteri translokasyonu
- e) Batın içi kanama

Cevap E (Rove, Pediatric Surgery, 1998)

11. Aşağıdaki radyolojik bulgu-tanı eşleştirmelerinden hangisi yanlıştır?

- a) Buzlu cam manzarası-Mekonyum ileus
- b) Double bubble-Duodenal atrezi
- c) Kullanılmamış kolon-İleal atrezi
- d) Kalsifikasyon-Malrotasyon
- e) String sign (İp belirtisi)-Pilor stenozu

Cevap D (Rove, Pediatric Surgery, 1998)

12. Yenidoğan bir bebekte boyun yan tarafını tamamen dolduran, yumuşak, kistik, üzeri normal deri ile kaplı bir kitle saptadığınızda ilk tanınız nedir?

- a) Kistik higroma
- b) Hemanjiom
- c) Brankiyal kist
- d) Musküler tortikolis
- e) Hodgkin lenfoma

Cevap A (Rove, Pediatric Surgery, 1998)

13. Aşağıdakilerden hangisi malrotasyon için yanlıştır?

- a) Bağırsakların rotasyon anomalisine denir.

- b) Malrotasyonda mezenter kökü ince bir pedikül ile retroperitona bağlanır.
- c) Duodenal tıkanıklığa Ladd bantları neden olur.
- d) Yenidoğan döneminde görülmez.
- e) Volvulus görülebilir.

Cevap D (Rove, Pediatric Surgery, 1998)

14. Aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Brankiyal yarık artıkları en sık karşılaşılan boyun patolojilerindedir.
- b) Lenfadenomegali nadir karşılaşılan bir boyun patolojisidir.
- c) Kistik higroma en sık mediastende görülür.
- d) Tiroglossal kist yutkunma veya dilin dışarı çıkarmasıyla hareket eder.
- e) Tortikolis boyun orta hat patolojilerinden biridir.

Cevap D (Rove, Pediatric Surgery, 1998)

15. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Nöroblastomda 24 saatlik idrarda Vanil Mandelik Asit ve Homovanilik asit artmıştır.
- b) Hematüri nöroblastomda görülen bir bulgudur.
- c) İVP'de böbreğin kaliksiyel yapısının intrinsik distorsiyonu Wilms tümöründe görülür.
- d) Nöroblastomda daha yüksek oranda kalsifikasyona rastlanır.
- e) Wilms tümöründe kitle orta hattı geçmez.

Cevap B (Rove, Pediatric Surgery, 1998)

16. Aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Rüptüre omfaloseli gastroşizisten ayırmak oldukça güçtür.
- b) Gastroşizisde defekt göbeğin altındadır ve üzerinde kese vardır.
- c) Rüptüre omfaloselde olduğu gibi gastroşizisde bağırsaklar ödemli ve duvarı kalındır.
- d) Major omfaloselde fasiya defekti primer olarak kapatılır.
- e) Omfaloselde major ek anomali nadirdir.

Cevap C (Rove, Pediatric Surgery, 1998)

17. Hangisi VACTERL sendromunun bir komponenti değildir?

- a) VSD
- b) Hidrosefali
- c) Radius yokluğu
- d) Multikistik böbrek hastalığı
- e) Spina bifida

Cevap B (Rove, Pediatric Surgery, 1998)

18.Yirmi günlük bir bebekte son dört günden beri git-tikçe artan sıklık ve şiddette, fışkırır tarzda, safrsız kusmaların olduğunu öğreniyorsunuz. İlk tanınız nedir?

- a) Gastroözofageal reflü
- b) Hipertrofik pilor stenozu
- c) Pilorik atrezi
- d) Duodenal atrezi
- e) Malrotasyon

Cevap B (Rove, Pediatric Surgery, 1998)

19.Hangisi üriner sistem anomalilerinin bulgusu değildir?

- a) Gelişme geriliği
- b) Karında kitle
- c) Ateş
- d) Hipotoni
- e) Hematüri

Cevap D (Rove, Pediatric Surgery, 1998)

20.Hangisi konjenital diafragma hernisinde prognozu etkilemez?

- a) Akciğer hipoplazisinin derecesi
- b) Persistan fetal dolaşım varlığı
- c) Diafragmadaki defektin lokalizasyonu
- d) Ekstremitelerde anomali varlığı
- e) Semptomların ortaya çıkma zamanı

Cevap D (Rove, Pediatric Surgery, 1998)

21.Veziköüretal reflü (VUR) için hangisi yanlıştır?

- a) Mesanedeki idrarın üretere geri akımıdır.
- b) Tanı İVP ile konur.
- c) Böbrekte kalıcı hasar oluşturur.
- d) Enfeksiyon VUR'u arttırır.
- e) VUR enfeksiyon nedenidir.

Cevap B (Rove, Pediatric Surgery, 1998)

22.Özofagus atrezili bebekte prognoza etkili olmayan faktör hangisidir?

- a) Prematürite
- b) Pnömoni
- c) Renal anomali varlığı
- d) Polihidramnios
- e) Kardiyak anomali varlığı

Cevap D (Rove, Pediatric Surgery, 1998)

23.Özofagus atrezili bebek cerrahi merkeze iletilirken;

- a) Nazogastrik tüp ile mide boş tutulur.
- b) Hasta 60 derece açılı pozisyonda yatırılır.

- c) Hasta parenteral beslenir.
- d) Hasta endotrakeal tüp ile solutulur.
- e) Lavman ile kolon ve rektum boşaltılır.

Cevap B (Rove, Pediatric Surgery, 1998)

24.Hangisi Nekrotizan Enterokolit bulgusu değildir?

- a) Gastrik boşalmada gecikme
- b) Kusma
- c) Gaitada kan
- d) Apne
- e) Taşikardi

Cevap E (Rove, Pediatric Surgery, 1998)

25.Direk batın grafisinde; buzlu cam görüntüsü veya sabun köpüğü manzarasının (Neuhuser belirtisi) sağ alt kadranda izlenmesi hangi patolojinin bulgusudur?

- a) Mekonyum ileusu
- b) Duodenal atrezi
- c) Mekonyum tıkaç sendromu
- d) Kolonik atrezi
- e) Anorektal malformasyon

Cevap A (Rove, Pediatric Surgery, 1998, s.1163)

26.Kolonik adenomatöz polipozis ve intrakraniyal beyin tümörünün birlikte görüldüğü duruma ne ad verilir?

- a) Gardner Sendromu
- b) Cronkhite-Canada sendromu
- c) Peutz Jeghers sendromu
- d) Opitz sendromu
- e) Turcot sendromu

Cevap E (Rove, Pediatric Surgery, 1998, s.1163)

27.Aşağıdakilerden hangisi kistik fibrozisin geç dönem gastrointestinal komplikasyonlarından değildir?

- a) İnvajinasyon
- b) Appendisit
- c) Konjenital megakolon
- d) Kolon darlıkları
- e) Rektal prolapsus

Cevap C (Rove, Pediatric Surgery, 1998, s.1167-8)

28.Urakus oblitere olduktan sonra hangi yapıyı oluşturur?

- a) Lateral umbilikal ligament
- b) Falsiform ligament
- c) Meckel divertikülü
- d) Median umbilikal ligament
- e) Dominant arter

Cevap D (Rove, *Pediatric Surgery*, 1998, s.1032)

29. Aşağıdakilerden hangisi Becwith-Wiedemann Sendromu'nun komponentlerinden değildir?

- a) Gigantizm
- b) Yarık damak
- c) Makroglossi
- d) Omfalosel veya göbek fıtığı
- e) Pankreatik adacık hücre hiperplazisi

Cevap B (Rove, *Pediatric Surgery*, 1998, s.1052)

30. Özefagus atrezisi ve trakeo-özefageal fistülü olan bir yenidoğanda aşağıdaki incelemelerden hangilerinin yapılması en uygundur?

- I. Renal
  - II. Ekokardiyografi
  - III. Elektroensefalografi
  - IV. Vertabral grafileri
  - V. Karaciğer ve safra yolları sintigrafisi
- a) I, II, III
  - b) I, II, IV
  - c) II, III, V
  - d) I, II, V
  - e) II, IV, V

Cevap B (Behrman, *Nelson Textbook of Pediatrics*, 15.baskı, 1996)

31. Aşağıdaki seçeneklerden hangisi çocuklarda akut apandisit nedeniyle yapılan appendektomiden sonra görülebilecek komplikasyonları en doğru şekile içermektedir?

- a) Yara enfeksiyonu
  - b) intrabdominal abse
  - c) İnfertilite
  - d) Karaciğer absesi
  - e) Adhezif intestinal obstrüksiyon
- a) I, III, V
  - b) II, III, IV, V
  - c) I, II, V
  - d) I, III, IV, V
  - e) I, II, III, IV, V

Cevap E (Behrman, *Nelson Textbook of Pediatrics*, 15.baskı, 1996)

32. Aşağıdaki seçeneklerden hangisinde belirtilen karşılaştırmalar doğrudur?

- a) Diyare ve aklorhidri aa. VIPoma
- b) Osteom bb. Karsinoid tümör
- c) Oral pigmentasyon cc. Feokromasitoma
- d) Yüzde flushing dd. Peutz-Jeghers sendromu
- e) Hipertansiyon ee. Gardner sendromu

- a) a-aa, c-dd, e-cc, b-ee
- b) a-dd, b-dd, d-aa, e-cc
- c) c-bb, d-aa, e-aa
- d) b-ee, d-aa, c-dd
- e) e-aa, c-ee, b-dd

Cevap A (Behrman, *Nelson Textbook of Pediatrics*, 15.baskı, 1996)

33. Aşağıdakilerden hangisi anal fissürlü bir bebeğin tedavisinde en fazla öneme sahiptir?

- a) Eşlik eden konstipasyonun tedavisi
- b) Lokal floraya yönelik antibiyotik tedavisi
- c) Fissurotomi
- d) Lokal steroidler
- e) Sfinkterotomi

Cevap A (Behrman, *Nelson Textbook of Pediatrics*, 15.baskı, 1996)

34. Aşağıdaki seçeneklerden hangisinde belirtilen karşılaştırmalar doğrudur?

- a. Hipertansiyon aa. Nöroblastoma
- b Diyare bb. Wilms tümörü
- c. Aniridi cc. Rabdomyosarkom
- d. Alveolar tip histopatoloji
- e. İyi prognoz
- f. Kemik iliği metastazı

- a) a-bb, f-aa, e-cc
- b) c-bb, d-aa, a-aa
- c) b-bb, c-aa, f-cc
- d) a-aa, c-bb, d-cc, b-aa
- e) a-aa, f-bb, b-cc, d-cc

Cevap D (Behrman, *Nelson Textbook of Pediatrics*, 15.baskı, 1996)

# DERMATOLOJİ

1. 35 yaşında erkek bir hastada sağ malar bölgesinde bir yıldan beri mevcut olan 3 mm büyüklüğünde papül mevcut. Büyüklüğünde aylardır değişiklik olmamış. Lezyon ortasında beyaz kıllar uzanmaktadır. Tanınız nedir?

- a) Bazal hücreli karsinoma
- b) İntradermal nevus
- c) Trikoepiteliyoma
- d) Trikofoliküloma
- e) Keratoakantoma

Cevap D (*J Am Acad Dermatol* 1995; 33; 851-852)

Trikofoliküloma saç follikülünden menşee olan benign adreksial bir tümördür. Tipik olarak yüzde görülür.

2. Aşağıdaki büllalı hastalıklardan hangisinde büller intraepidermal yerleşimlidir?

- a) Pemphigus vulgaris
- b) Pemphigoid
- c) Cicatricial pemphigoid
- d) Herpes gestationis
- e) Epidermolysis bullosa acquisita

Cevap A (*Braun, 3. Baskı, s.474, 476, 486, 489, 490*)

Pemphigoid, Cicatricial pemphigoid, Herpes gestationis, Epidermolysis bullosa acquisita subepidermal büller oluşumu ile seyrederken Pemphigus vulgaris'de bulla akantoliz sonucu gelişmekte ve intraepidermal suprabazal yerleşim göstermektedir.

3. Aşağıdaki dermatozlardan hangisi eritrodermi nedeni değildir?

- a) Ekzema atopikum
- b) Ürtiker
- c) Psöriasis
- d) Scabies
- e) Pemphigus foliaceus

Cevap B (*Braun, 3. Baskı, s.444, 447*)

Ürtiker eritrodermi nedenleri içinde yer almazken diğer hastalıklar neden olabilmektedir.

4. Aşağıdakilerden hangisi Behçet hastalığı tanı kriterlerine girmemektedir?

- a) Oral aft
- b) Genital ülser
- c) Uveitis
- d) Erythema multiforme
- e) Thrombophlebitis migrans

Cevap D (*Braun, 3. Baskı, s.818*)

Erythema multiforme Behçet hastalığı tanı kriterlerine girmemektedir.

5. Aşağıdaki döküntülerden hangisi psoriasis'de görülmez?

- a) Eritem
- b) Bül
- c) Skuam
- d) Papül
- e) Püstül

Cevap B (*Braun, 3. Baskı, s.417, 429*)

Psöriasis lezyonunun döküntüleri; eritem, papül, skuam olup, püstüller formlarında püstül de izlenebilmektedir.

6. Pemfigus vulgaris'te aşağıdakilerden hangisi görülmez?

- a) Klinik olarak bül ve erozyon alanları
- b) Nikolsky fenomeni pozitifliği
- c) Tzack yaymasında akantolitik hücreler
- d) Işık mikroskopik bakısında subepidermal büller
- e) Direkt immünofluoresansda intersellüler IgG ve C3 birikimi

Cevap D (*Braun F.O, 3. Baskı, s.474-478*)

Pemphigus vulgaris'te suprabazal bül formasyonu görülür.

7. Hangi hücre epidermiste yer almaz?

- a) Melanositler
- b) Langerhans hücreleri
- c) Merkel hücreleri
- d) Keratinositler
- e) Fibroblastlar

Cevap E (*Tüzün, Kotoğyan, Aydemir, Baransü, Dermatoloji, 2.Baskı, 1994, s.27*)

Fibroblastlar epidermiste değil dermiste yer alırlar.

8. Akantoliz ne demektir?

- a) Epidermal hücreleri birarada tutan bağlantıların kaybı sonucu spinal tabaka hücrelerinin birbirinden ayrılması
- b) Spinal tabaka hücreleri arasındaki mesafenin hücreler arası sıvı birikimi sonucu genişlemesi
- c) Spinal tabakadaki hücre sayısının artışına bağlı olarak epidermin kalınlaşması
- d) Granüler tabaka hücrelerinin sayıca artması
- e) Lenfositlerin epidermis içine göç etmesi

Cevap A (*Tüzün, Kotoğyan, Aydemir, Baransü, Dermatoloji, 2.Baskı, 1994, s.31*)

Epidermal hücreleri birarada tutan bağlantıların kaybı sonucu spinal tabaka hücrelerinin birbirinden ayrılması, akantoliz olarak adlandırılır.

9. Hangi durum oral mukozada kandidiazis görülme sıklığını etkilemez?

- a) Antibiyotik kullanımı
- b) Sitostatik kullanımı
- c) Diabet
- d) Steroid kullanımı
- e) Antihipertansif kullanımı

Cevap E (Tüzün, Kotoğyan, Aydemir, Baransü, Dermatoloji, 2.Baskı, 1994, s.89)

Antibiyotik, steroid, sitostatik kullanımı yanı sıra diabet, obezite, gebelik gibi durumlar kandida infeksiyonuna zemin hazırlarken, antihipertansif kullanımının böyle bir etkisi bilinmemektedir.

10.Genital bölgede tekrarlayan ülserlerde hangisi düşünülür?

- a) Ulcus molle
- b) Behçet hastalığı
- c) Sifiliz
- d) Genital kandidiazis
- e) Lepra

Cevap B (Tüzün, Kotoğyan, Aydemir, Baransü, Dermatoloji, 2.Baskı, 1994, s.398)

Genital ülserasyonun tekrarlayıcı tipte olması Behçet hastalığı için karakteristiktir. Leprada genital ülser beklenen bir bulgu değildir; Ulcus molle, sifiliz ve genital kandidiaziste ülserler tekrarlayıcı tipte değildir.

11.Permetrin hangi hastalığın topikal tedavisinde kullanılır?

- a) Layşmania kutis
- b) Tinea pedis
- c) İmpetigo
- d) Pedikülozis korpozis
- e) Herpes simpleks

Cevap D (Tüzün, Kotoğyan, Aydemir, Baransü, Dermatoloji, 2.Baskı, 1994, s.730)

Piretrin türevlerinden permetrin, bitkisel kökenli kuvvetli bir pedikülozis ajandır.

12.Erişkinde hangi bölgede skabies lezyonları en seyrek yerleşir?

- a) Meme başı çevresi
- b) Glans penis
- c) Göbek
- d) Ayak tabanı
- e) Dirsek çevresi

Cevap D (Tüzün, Kotoğyan, Aydemir, Baransü, Dermatoloji, 2.Baskı, 1994, s.232)

Skabies (uyuz), genellikle bebeklerde ayak tabanına yerleşir; erişkinlerde ise sıklıkla glans penis, meme başı, göbek dirsek çevresi lezyonları olur.

13.Piyodermiler ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- a) Erizipel streptokkus pyogenes'e bağlı olarak gelişir.
- b) Titreme ve yüksek ateş erizipele eşlik eden sistemik bulgulardır.
- c) Akut romatizmal ateş erizipelin en sık komplikasyonudur.
- d) Diabetes mellitus'ta rekürren furonküloz sık görülür.
- e) İmpetigo streptokoksik veya stafilokoksik olarak oluşabilir.

Cevap C (Tüzün, Kotoğyan, Aydemir, Baransü, Dermatoloji, 2.Baskı, 1994, s.101)

Streptokoksik deri infeksiyonlarının tek ciddi komplikasyonu %2-5 oranında ve en çok altı yaşın altında görülen poststreptokoksik glomerülofritlerdir.

14.Gövdede rozeoller, ağız mukozasında plak müközle gelen II. devre sifilizli bir hastada ilk seçilecek tedavi ne olmalıdır?

- a) Seftriakson 500 mg, tek doz intramuskuler
- b) Benzatin penisilin 2.400.000 ünite birer hafta ara ile iki kez intramuskuler
- c) Benzatin penisilin 4.800.00 ünite ikişer hafta ile iki kez intramuskuler
- d) Fenoksimetil penisilin 4 gr/gün, 10 gün süreyle ağızdan
- e) Benzatin penisilin 4.800.000 ünite birer hafta ara ile üç kez intramuskuler

Cevap B (Tüzün, Kotoğyan, Aydemir, Baransü, Dermatoloji, 2.Baskı, 1994, s.194)

Dünya Sağlık Örgütü, 2 yıldan az süreli erken sifilizin primer ve sekonder döneminde 2.4 milyon ünite benzatin penisilin haftada bir olmak üzere iki kez intramuskuler uygulanmasını önermektedir.

15.AIDS sürecinde ortaya çıkan çeşitli hastalıklarda non-infeksiyöz olanını işaretleyiniz.

- a) Basiller anjiomatozis
- b) Bowenoid papülozis
- c) Zona
- d) Molluskum kontagiozum
- e) Eozinofilik püstüler follikülit

Cevap E (Tüzün, Kotoğyan, Aydemir, Baransü, Dermatoloji, 2.Baskı, 1994, s.156)

Eozinofilik püstüler follikülit, AIDS sürecinde ortaya çıkan ve infeksiyon ajanlarına bağlı olmayan, çok kaşıntılı, kronik bir tablodur.

16.Norveç uyuzu için doğru olanı işaretleyiniz?

- a) Bu hastalık kuzey avrupa ülkelerinde görülür.
- b) Etken Sarcoptes scaber var hoministir
- c) Hastalık immun sistemi normal olan kişilerde görülür.
- d) Enfekte kişilerde parazit sayısı 8-10 adettir.
- e) Tedavide topik kortikosteroidler kullanılır.

Cevap B (Hunder, Savin, Dahi, *Clinical Dermatology*, 2.Baskı, 1990, s.168-171)

Norveç uyuzunun etkeni ile klasik uyuzun etkeni aynı olup *Sarcoptes scabiei* var. Hoministir. Hastalık immun sistemi baskılanmış veya debil kişilerde görülür. Enfekte kişilerde parazit sayısı milyonlardadır. Tedavi, klasik uyuzda olduğu gibidir.

#### 17. *Pediculosis capitis* için yanlış olanı işaretleyiniz?

- Etken *Pediculus humanus var. capitis* tir**
- Hastalık daha ziyade yaşlılarda görülür**
- Hastalık sıklıkla saçlı derinin oksipital bölgesinde yerleşir**
- Hastalık direkt temas ve ortak kullanılan şapka, eşarp, tarak gibi eşyalarla bulaşır**
- Bitler sirkeleri saçlara bırakırlar**

Cevap B (Hunder, Savin, Dahi, *Clinical Dermatology*, 2.Baskı, 1990, s.168-171)

Hastalık ilkökul çağı çocuklarında ve kreşlere devam eden çocuklarda daha çok görülür. Hastalık en çok ense ve kulak arkasında yerleşir. Bitler yumurtaları saçlara bırakırlar.

#### 18. Papüller ürtiker için doğru olanı işaretleyiniz?

- Hayvan pireleri ve bitlerinin ısınması ile oluşur.**
- Lezyonlar özellikle gövdede yerleşir.**
- Lezyonlar dev ürtika plakları şeklindedir.**
- Hastalık ileri yaşlarda ortaya çıkar.**
- Tedavide yüksek doz kortikosteroidler kullanılır.**

Cevap A (Hunder, Savin, Dahi, *Clinical Dermatology*, 2.Baskı, 1990, s.168-171)

Hastalık özellikle çocuklarda görülen bir tablodur. Hastalığın bir böcek ısırığı olduğu kabul edilmektedir. Lezyonlar özellikle ekstremitelerde ve daha az olarak gövdede ve yüzde yerleşir.

#### 19. Geç sifiliz için doğru olanı işaretleyiniz?

- Lezyonlarda bol spiroketa vardır**
- Spesifik olmayan sifiliz serolojik testleri bu devrede %100 oranında müspettir.**
- Geç sifiliz lezyonları iyileştiklerinde yerlerinde skartris bırakır.**
- Deri lezyonları antibiyotik tedavisine cevap vermezler.**
- Gomlar ağrılıdır ve indurasyonsuzdur.**

Cevap C (Hunder, Savin, Dahi, *Clinical Dermatology*, 2.Baskı, 1990, s.168-171)

Geç sifiliz lezyonlarında spiroketa pallida tespiti çok zordur. Erken sifiliz lezyonlarında bol spiroketa vardır. Spesifik olmayan sifiliz serolojik testleri %30-60 oranında negatif bulunabilir. Deri lezyonları süreleri ne olursa olsun antibiyotik tedavisine hızlı cevap verirler. Gomlar ağrısızdır ve indurasyon hemen hemen her zaman sabit bir bulgudur.

#### 20. D vitamini hangi hücreler tarafından sentezlenir?

- Makrofajlar**
- Lenfositler**
- Mast hücreleri**
- Keratinositler**
- Fibroblastlar**

Cevap D (Hunder, Savin, Dahi, *Clinical Dermatology*, 2.Baskı, 1990, s.1-10)

Keratinositlerde bulunan steroid 7-dehidrokolesterol, güneşin ultraviyole ışınlarının etkisi ile kolekalsiferole çevrilir. Vitamin böbreklerde 25 hidroksilasyondan sonra aktif D vitaminine dönüşür.

#### 21. Ünlem işareti şeklindeki saç aşağıdaki saç hastalıklarından hangisinde görülür?

- Alopesia areata**
- Traksiyon alopesi**
- Tinea capitis**
- Liken pilanopillaris**
- Androjenik alopesi**

Cevap A (Hunder, Savin, Dahi, *Clinical Dermatology*, 2.Baskı, 1990, s.20-30)

Ünlem işareti şeklindeki saç Alopesia areatanın patognomonik bir bulgusudur. İlerleyen alopesik lezyonun kenarında görülebilir. Saçlı deriden yaklaşık 4 mm yukardan kırılmış aşağıya doğru gittikçe incelen ve daha az pigmentli bir kıldır.

#### 22. Saçlı derideki saçlarla ilgili olarak aşağıdaki bilgilerden yanlış olanı işaretleyiniz?

- Saçlı deride ortalama 100.000 kıl vardır.**
- Saçlı derideki kıllar terminal kıllardır.**
- Günde ortalama 100 kadar kıl dökülür.**
- Saçlı derideki kılların anagen evresi yaklaşık 1000 gündür.**
- Saçlı derideki kılların %50'si telogen evrededir.**

Cevap E (Hunder, Savin, Dahi, *Clinical Dermatology*, 2.Baskı, 1990, s.1-10)

Saçlı deride ortalama 100.000 kıl vardır. Bunlar terminal kıllardır. Bunların yaklaşık %15'i telogen evrededir. Günde ortalama 100 kılın dökülmesi normaldir. Saçlı derideki kılların anagen evresi ortalama 1000 gündür.

#### 23. Aşağıdaki bilgilerden ürtiker için yanlış olanı işaretleyiniz?

- Kolinerjik ürtiker bir fizik ürtikeridir.**
- 1-2 haftadan daha uzun süre devam eden ürtiker kronik ürtiker olarak adlandırılır.**
- Ürtikerin ana elementer lezyonu ürtika plaklarıdır.**
- Ürtiker tedavisinde en çok kullanılan ilaçlar H1 reseptör blokörü antihistaminiklerdir.**
- Ürtika plakları 24 saat içinde kaybolur.**

Cevap B (Tüzün, *Dermatoloji*, 1994, s.280-288)

6-8 haftadan daha uzun süre devam eden ürtiker kronik ürtiker olarak adlandırılır.



**24.Çocukluk çağı kronik büllü dermatozunda vezikül veya büle komşu alandan alınan dokunun direkt immunofluoresans incelemesinde saptana-bilen ve bu hastalığın subepidermal bülle seyreden diğer çocukluk çağı büllü dermatozlarından ayırımını sağlayan immunolojik birikim aşağıdaki-lerden hangisidir?**

- Bazal membran boyunca IgG ve C3 depolanması
- Dermo-epidermal bileşkede lineer IgA depolanması
- Dermal papilla uçlarında granüler IgA depolanması
- Bazal membran boyunca IgG, IgA, IgM ve C3 depolanması
- Dermal papilla uçlarında granüler IgG depolanması

Cevap B (*Hurwitz, Bullous disorders of Childhood. Clinical Pediatric Dermatology. 2.Baskı, 1993, s.445*)

Çocukluk çağı kronik büllü dermatozu histolojik olarak subepidermal büle ile komşu dermal papillada ödem ve nötrofil, eosinofil ve mononükleer hücrelerden oluşmuş bir dermal infiltrat ile karakterizedir. Ancak histoloji tek başına diagnostik olmayıp, bu hastalığı çocukluk çağı dermatitis herpetiformisi veya büllöz pemfigoidinden ayırt ettiremez. Klinik ve histolojik bulgularla birlikte vezikül veya büle komşu alandan alınan dokunun direkt immunofluoresans incelemesinde, dermo-epidermal bileşkenin lamina lusida zonuda lineer IgA depolanmasının ve %70-80 olguda bazal membran zonuna karşı dolaşan IgA antikorlarının belirlenmesi tanı koydurucudur.

**25.Psöriatik artrit klinikte aşağıdakilerden hangi biçimde görülür?**

- Yalnız periferar artrit
- Periferar artrit veya artrit mutilans
- Yalnız aksiyel artrit
- Aksiyel artrit veya romatoid artrit benzeri poliartrit
- Periferar artrit, aksiyel artrit, artrit mutilans veya romatoid artrit benzeri poliartrit

Cevap E (*Champion, Burton, Ebling, Psoriasis. Textbook of Dermatology. 5.Baskı, 1992; 1442*)

Psöriatik artrit birbiri üzerine eklenebilen 5 klinik grupta sınıflandırılmıştır.

- Periferar mono veya asimetric oligoartrit (parmakların distal ve proksimal interfalangial eklem tutulumu)
- Sadece distal interfalangial artrit
- Simetric romatoid artrit benzeri, ama RF(-) poliartrit
- Artrit mutilans (esasen parmakları deforme eden artrit)
- Aksiyel artrit (psöriatik spondilitis ve/veya sakroileitis)

**26.Malign melanoma dönüşüm riski en fazla olan melanositik nevüsler aşağıdakilerden hangisidir?**

- Edinsel melanositik nevüsler ve sellüler blue nevüs
- Konjenital melanositik nevüsler ve edinsel melanositik nevüsler
- Konjenital melanositik nevüsler ve displastik nevüsler
- Edinsel melanositik nevüsler ve displastik nevüsler
- Sellüler blue nevüs ve displastik nevüsler

Cevap C (*Champion, Burton, Ebling, Textbook of Dermatology, 5. Baskı, 1992; 1555-1556*)

Dünyada yapılan çeşitli araştırmalara göre melanomların %25-50'si edinsel melanositik nevüslerden gelişir. Ancak melanositik nevüsler içerisinde bariz şekilde daha fazla malign transformasyon riski taşıyan melanositik nevüslerin birincisi doğumda mevcut olan konjenital melanositik nevüsler, ikincisi de daha yakın sıralarda tanımlanan familyal veya sporadik olabilen ve histoloji olarak da displazi özellikleri gösteren displastik nevüs grubudur.

**27.El parmak eklemlerinin ekstansör yüzlerinde görülen yassı, mor renkli papüller (Gottron işareti) aşağıdakilerden hangi bağ dokusu hastalığı için patognomoniktir?**

- Kronik kutanöz lupus eritematozus
- Skleroderma
- Dermatomyozitis
- Miks konnektif doku hastalığı
- Still hastalığı

Cevap C (*Arnold, Odom, James, Andrews' Diseases of the Skin, 8.Baskı, 1990, s.173*)

Dermatomyozitiste deri vaskülitinden oluşan döküntü birkaç şekilde olur. Hastalığın klasik döküntüsü olan göz kapakları etrafında koyu menekşe rengi eritem yanısıra diğer karakteristik döküntüsü de eklemlerin ekstansör yüzlerinde görülen, eritemli skuamli döküntülerdir. Bu döküntü özellikle el parmak eklemlerinin ekstansör yüzlerinde simetric biçimde mor renkli, yassı papüller halinde de (Gottron belirtisi) görülür.

**28.Parapoxvirus grubunda bir virus ile oluşan, insanlara enfekte koyun ve keçilerden bulaşan, sırasıyla papüler, target, tümör (akut), rejeneratif, papillomatöz ve regresif evre şeklinde altışar gün süren 6 evre ile ortalama 35 günde spontan iyi-leşen, ülkemizde genellikle Kurban Bayramı sonrası sıklıkla sağ el işaret parmağında beliren viral dermatoz aşağıdakilerden hangisidir?**

- Granüloma piyojenikum
- Heck hastalığı
- Sağmaç nodülleri
- Molluskum contagiosum
- Ektima contagiosum

Cevap E (*Tüzün, Katoğyan, Aydemir, Baransü, Dermatoloji, 2.Baskı, 1994; 216-217*)

Ektima kontagiozum (Orf) etkeni parapoxviruslardan orf virusu olup koyunlardan ve keçilerden bulaşır. Başta parmaklar olmak üzere eller, bilekler ve yüze lokalize olan lezyonlar 6 evreden geçerek ortalama 35 günde şifalanır. Lezyon eritemli bir papül olarak başlar, hedef şeklinde bir nodüle döner. Akut döneme eksüdasyon devam ederken, iyileşme devrimde nodül üzerinde önce ince bir krut, daha sonra papillomların gelişmesi ve regresyon ile sonuçlanır. Bölgesel lenfadenopati sıklıkla, lenfanjit, ateş ve eritema multi-forme de oluşabilir.

**29.Verrülerin etkeni olan virüs aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Human papillomavirus
- b) Molluscum contagiosum virüsü
- c) Paravaccinia virus
- d) Epstein-Barr virüsü
- e) Cytomegalovirus

Cevap A (*Fitzpatrick, Eisen, Wolff, et al, Dermatology in General Medicine, 1993, 4.Baskı, s.2611*)

Şıklarda belirtilen molluscum contagiosum virüsü molluscum contagiosum'a, paravaccinia virüsü sağmaç nodüllerine, Epstein Barr virüsü mukozada oral hairy leukoplaki'ye, CMV ise deride ülserasyona yol açmaktadır. Human papilloma virus lezyonlarının tanınması, belirli tipleri maligniteye dönüşeceği için önemlidir.

**30.Aşağıdaki hastalıkların hangisinde "atopik dermatit" klinik bulgulardan biri olarak yer alır?**

- a) Netherton's sendromu
- b) Histiocytosis X
- c) Biotinylase eksikliği
- d) Hartnop hastalığı
- e) Acrodermatitis enteropathica

Cevap A (*Fitzpatrick, Eisen, Wolff, et al, Dermatology in General Medicine, 1993, 4.Baskı, s.1555*)

Atopik dermatit tek başına görülen bir dermatoz olduğu gibi çeşitli sendromların bir parçası olarak da görülmektedir. Özellikle çocukluk çağında deri bulguları sistemik hastalıklar hakkında ipucu vereceğinden ve erken tanıyı sağlayacağından bu bulguların hangi sistemik hastalığa eşlik ettiği önemlidir. Bu sendromda AD, trikoreksis invaginata, iktiyozis, aminoasidüri vardır.

**31.Allerjik kontakt dermatitli olgularda allerjeni saptamak için kullanılan test hangisidir?**

- a) Prick test
- b) Scratch test
- c) Deri yama testi
- d) Deri bant testi
- e) İntradermal test

Cevap C (*Fitzpatrick, Eisen, Wolff, et al, Dermatology in General Medicine, 1993, 4.Baskı, s.1539*)

Allerjik kontakt dermatit tedavisinde en önemli adım allerjini bulup, teması önlemektir. Bunun için tek laboratuvar yöntem deri yama testidir. İntradermal, prick, scratch testler atopik hastalıklarda kullanılmaktadır. Deri bant testi ise immünofloresan inceleme için biyopsi almaya verilen isimdir.

**32.Yüzeyi düz, poligonal, parlak, viole renkli, üzerinde Wicham çizgileri bulunan papül hangi dermatoz için karakteristiktir?**

- a) Kolinerjik ürtiker
- b) Akne vulgaris
- c) Liken planus
- d) Akne rozasea
- e) İlaç erüpsiyonu

Cevap C (*Fitzpatrick, Eisen, Wolff, et al, Dermatology in General Medicine, 1993, 4.Baskı, s.1138*)

Lichen planus derinin papüllü hastalıklarından olup, papülünün çok karakteristik özellikleri vardır. Lichen planus dışında sadece ilaç erüpsiyonlarında viole renk görülebilir, diğerlerinin papülleri eritemlidir. İlaç erüpsiyonları ise parlaklık ve Wicham çizgileri göstermezler.

**33.Steroid sülfataz eksikliği gösteren ichtyosis tipi aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Icthyosis vulgaris
- b) X'e bağlı ichtyosis
- c) Lameller ichtyosis
- d) Epidermolitik hiperkeratoz
- e) Akkiz ichtyosis

Cevap B (*Fitzpatrick, Eisen, Wolff, et al, Dermatology in General Medicine, 1993, 4.Baskı, s.534*)

X bağlı ichtyoside görülen steroid sülfataz eksikliği nedeniyle serum ve stratum corneumda kolesterol sülfat artmakta ve bu durum laboratuvar tanıyı sağlamaktadır. Diğer ichtyosis tiplerinde bu eksiklik söz konusu değildir. Tıp tayini ise aileyi genetik açıdan yönlendirmek için gereklidir.

**34.Sklerodermannın eşlik ettiği mikst konnektif doku hastalığı ile korelasyon gösteren serolojik test aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) ANA
- b) Antisentromer antikor
- c) Anti SCI-70
- d) Anti U 1-RNP
- e) Anti PM-Sci Antikor

Cevap D (*Drake, Dinehart-Farmer, et al, J Am Acad Dermatol 1996: 35: 609-614*)

ANA SLE'de yüksek sıklıkta saptanır. Anti sentromer antikor CREST sendromuyla, Anti Scl-70 diffüz sistemik sklerodermayla korelasyon gösterir. Anti U1-RNP sistemik skleroderma özelliklerini de içeren mikst bağ dokusu hastalığıyla korelasyon göstermektedir.

**35.Genital herpes simleks virus enfeksiyonlarında en fazla bulaştırma**

- a) İntakt vezikül bulunduğu anda olur
- b) Veziküller patladığında olur
- c) Erkekten kadına bulaş daha fazladır
- d) Aseptomatik viral yayılım sırasında olur
- e) 35 yaşın üstündeki kişilerde daha siktir

Cevap D (Pereria, Herpes simpleks: Evolving cocepts, J Am Acad Dermatol 1996; 35:503-20)

Herpes simpleks virus enfeksiyonlarında en fazla bulaş aseptomatik viral yayılım sırasında ortaya çıkmaktadır. Bulaş olgularının tamamına yakınında seksüel aktivite sırasında lezyon bulunmamaktadır, erkek partnerlerden geçiş oranı da yüksektir (%32), kadından erkek partnere bulaş daha düşüktür (%3).

**36.Servikal ve penil skuamaöz hücreli karsinomada predominant olarak saptanan human papilloma virus (HPV) genomu;**

- a) HPV-5
- b) HPV-6
- c) HPV-16
- d) HPV-11
- e) HPV-32

Cevap C (Kwa, Campana, May, Biology of cutaneous squamous cell Ca, J Am Acad Dermatol 1996: 26; 1-26)

Genital verrüelerin ve kanserlerin çoğunda HPV vardır. Servikal ve penil skuamöz hücreli karsinomada diğer tip genomlar da bulunmasına rağmen predominant olarak HPV-16 eşlik eder. Genital ve periungual bölge dışındaki lokalizasyonlarda gelişen skuamöz hücreli karsinomada HPV daha az sıklıkta bulunmaktadır.

**37."Adenoma sebaceum" ve "Sağreen patch" aşağıdaki genodermatozlardan hangisinde görülür?**

- a) Sekse bağlı geçen iktiyozis
- b) Nörofibromatozis
- c) Sjögren-Larsson sendromu
- d) Darier hastalığı
- e) Tuberoz skleroz

Cevap E (Marks, Common Skin Disease, 16.baskı, 1993)

Tuberoz skleroz nadir görülen otozomal dominant bir hastalıktır. Burun ve yanakta pempe kırmızı papüller (adenoma sebaceum) ve gövdede yaprak benzeri yüzeysel kaldırım taşı görünümünde beyazımsı maküller ve subungual fibromlar başlıca görülen deri bulgularıdır.

**38.Aşağıdakilerden hangisi güneşin şiddetlendirdiği hastalıklardan değildir?**

- a) Sistemik lupus eritematozus
- b) Pemfigus foliaceus
- c) Eritema marginatum
- d) Herpes simpleks enfeksiyonu
- e) Darier hastalığı

Cevap C (Tüzün, Kotoğran, Aydemir, Baransu, Dermatoloji, 2. Baskı, 1994)

Güneş ışınları bazı hastalıkları şiddetlendirir. Bunlar arasında DLE, SLE, AIDS, Dermatomyozit, Herpes simpleks, darier hastalığı, akne rozasea, atopik dermatit, pemfigus foliaceus, aktinik liken planus sayılabilir. Eritema marginatum romatozmal ateşe eşlik eden polisiklik eritematöz bir erüpsiyondur. Güneş ışınlarıyla şiddetlenmez.

**39.Solar spektrumun en karsinojenik bölümü;**

- a) UVA
- b) UVB
- c) Mikrodalgalar
- d) Görünür ışık
- e) İnfrared

Cevap B (Kwa, Campana, May, J Am Acad Dermatol 1992: 26; 1-26)

Solar spektrumun en karsinojenik bölümü UVB (290-320 nm)'dir. UVB hem direkt karsinojenik etki gösterir hem de hücrel immüniteyi bozarak tumor-promotign etki gösterir.

**40.Hangisi eritrodermik psöriazis komplikasyonlarından değildir?**

- a) Hipotermi
- b) Hipertermi
- c) Derin ven trombozu
- d) Konjestif kalp yetmezliği
- e) Hiperkalsemi

Cevap E (Tüzün, Kotoğyan, Aydemir, Baransu, Dermatoloji, 2.Baskı, 1994)

Eritrodermik psöriazisde komplikasyonlar ön plandadır. Hipotermi, hipertermi, konjestif kalp yetmezliği, hipoalbuminemi, demir kaybı, hiperürisemi, malabsorbsiyon, derin ven trombozu ve pulmoner emboliler görülebilir. Hiperkalseminin aksine hipokalsemi eritrodermiye eşlik eder.

**41.Hangisi Behçet hastalığı ve Reiter sendromunun ortak bulgularından değildir?**

- a) Oral ülser
- b) Artrit
- c) Ön üveit
- d) Arka üveit
- e) Eritema Nodosum

Cevap D (Tüzün, Kotoğyan, Aydemir, Baransu, Dermatoloji, 2.Baskı, 1994, s.333-8)

Hem Behçet hastalığı hem de Reiter sendromunda oral aftlar, periferik artrit, eritema nodozuma benzer lezyonlar ortaya çıkabilir. Göz tutulması her iki hastalıkta da vardır. Ancak Behçet hastalığı hem ön kamara hem de arka retina ile birlikte tutulabilirken Reiter sendromunda arka üveit ve retinal tutulum görülmez.

# FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON

1. Aşağıdakilerden hangisi algojenik madde değildir?

- a) Potasyum
- b) Histamin
- c) Prostaglandin E1 ve E2
- d) Lökotrienler
- e) Prostosiklin

Cevap E (Oğuz, Romatizmal Ağrılar)

Prostosiklin algojenik madde değildir.

2. Aşağıdakilerden hangisi Faset sendromunun semptom ve bulgularından değildir?

- a) Bel ağrısı
- b) Belin hiperekstansiyonunda ağrının artması
- c) Çift bacak kaldırma testinin pozitifliği
- d) Ağrının hareketle azalması, istirahatle artması
- e) Alt ekstremitede nörolojik bulgu olmaması

Cevap D (Tuna, Romatizmal Hastalıklar)

Faset sendromu mekanik bel ağrısı yaptığından ağrı hareketle artar istirahatle azalır.

3. Simetrik artrit, seropozitive ve glanduler hipofonksiyon varlığında aşağıdakilerden hangisini düşünürsünüz?

- a) Progresif sistemik skleroz
- b) Sistemik lupus eritematosus
- c) Sjögren sendromu
- d) Felty sendromu
- e) Osteoartrit

Cevap C (Tuna, Romatizmal Hastalıklar)

Romatoid artrit derivasyonudur. a ve b şıklarındaki hastalıklarda simetrik artrit söz konusu değildir. Felty sendromu ise hepatomegali ve lökopeni ile seyreden simetrik artritir. Osteoartrit hastalığı dejeneratif bir hastalıktır.

4. Aksiller sinir paralizisinde hangisi yapılamaz?

- a) Omuz internal rotasyonu yapılamaz
- b) Omuz abduksiyonu yapılamaz
- c) Omuz fleksiyonu yapılamaz
- d) Omuz ekstansiyonu yapılamaz
- e) Omuz elevasyonu yapılamaz

Cevap B (Oğuz, Tıbbi Rehabilitasyon, 1995, s.77)

Aksiller sinir paralizisinde deltoid paralizisi nedeniyle omuz abduksiyonu yapılamaz.

5. Aşağıdakilerden hangisi kas lifinin tek kasılma tipine örnek değildir?

- a) İzometrik
- b) İzotonik

- c) Tetanik
- d) Konsantrik
- e) Eksantrik

Cevap C (Oğuz, Tıbbi Rehabilitasyon, 1995, s.283).

Tetanik kasılma, tek kasılmalara göre daha kuvvetli ve daha uzun sürelidir.

6. Hangisi immobilizasyonun kaslar üzerindeki olumsuz etkilerinden değildir?

- a) Koordinasyon zayıflığı
- b) Atrofi
- c) Kas gücü azalması
- d) Miyoklonus
- e) Dayanıklılıkta azalma

Cevap D (Oğuz, Tıbbi Rehabilitasyon, 1995, s.380)

D şıkkı hariç hepsi, kas sisteminde immobilizasyonu takiben ortaya çıkan olumsuz etkilerdir.

7. İnterossöz kaslar aşağıdaki hareketlerden hangisini yaptırmaz?

- a) Orta ve yüzük parmakların abduksiyonu
- b) Başparmağın adduksiyonu
- c) İşaret parmağının adduksiyonu
- d) İnterfalangeal eklemlerin ekstansiyonu
- e) Başparmağın proksimal falanksının fleksiyonu

Cevap E (Oğuz, Tıbbi Rehabilitasyon, 7:116,1995)

Bu hareketi fleksor pollicis brevis kası yapar.

8. Aşağıdakilerden hangisi fizik tedavide kullanılan ultrasonun biyolojik etkilerinden değildir?

- a) Hücre zarında ve membranlarda permeabiliteyi azaltır.
- b) Doku metabolizmasını artırır.
- c) Arter ve venlerde vazodilatasyon meydana getirirler.
- d) Sinir sisteminde aksiyon potansiyellerinde azalmaya sebep olurlar.
- e) Periferik sinirlerde analjezi sağlarlar.

Cevap A (Çetinyalçın, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, 1970, s.180).

Ultrason permeabiliteyi artırır.

9. Serebrovasküler olaylarda risk etmenlerinden aşağıdakilerden hangisi tedavi edilemeyenler grubundandır?

- a) Hipertansiyon
- b) Geçici iskemik ataklar
- c) Yüksek hematokrit
- d) Pozitif ailesel öykü
- e) Yüksek kolesterol ve lipidler

Cevap D (Oğuz, *Tıbbi Rehabilitasyon*, 24:368,1995)

Diğerleri tedavi edilebilir ya da serebrovasküler olay riski azaltılabilir olaylardır.

**10.Aşağıdakilerden hangisi stil hastalığının en az görülen klinik bulgusudur?**

- a) İntermitant ateş
- b) Adenomegali
- c) Karın ağrısı
- d) Poliartrit
- e) Deri döküntüsü

Cevap D (Tuna, *Romatizmal Hastalıklar*, 1994, s.342-364)

Still hastalığında eklem bulguları ikinci plandadır. Hastalıkta sistemik bulgular daha belirgindir.

**11.Aşağıdaki seçeneklerden hangisi fibromiyaljinin klinik bulgusudur?**

- a) Poliartrit
- b) Lokal seyirme cevabı
- c) Taunt bandı
- d) Tek bir kas boyunca ağrı
- e) Duyarlı nokta varlığı

Cevap E (Tuna, *Romatizmal Hastalıklar*, 1994, s.640-656)

Fibromiyalji lokomotor sistemde yaygın ağrıya neden olan bir hastalıktır ve anatomik olarak belirlenmiş 18 duyarlı noktadan 11'inde ağrı saptanması tanı kriteri olarak kullanılmaktadır.

**12.Vitamin D yetersizliğinde aşağıdakilerden hangisinin serum düzeyi artmıştır?**

- a) Kalsiyum
- b) Fosfor
- c) Parathormon
- d) 25 (OH) vit D
- e) 1,25 (OH) 2 vit D

Cevap C (Tuna, *Romatizmal Hastalıklar*, 1994, s.483-488)

Vitamin D eksikliğinde azalan serum kalsiyum düzeyini arttırmak amacıyla parathormon düzeyi artış gösterir.

**13.Aşağıdaki seçeneklerden hangisinin fibromiyalji sendromunun tedavisinde yeri yoktur?**

- a) Nonsteroid
- b) Desipramin
- c) Amytriptilin
- d) Parasetamol
- e) Aerobik egzersiz

Cevap A (Tuna, *Romatizmal Hastalıklar*, 1994, s.640-656)

Fibromiyalji sendromunda nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar etkisizdir.

**14.Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde lökositler içinde kalsiyum pirofosfat dihidrat kristallerin bulunması patogonomiktir?**

- a) Gut
- b) Psödogut
- c) Sarkoidos
- d) Paget Hastalığı
- e) Wilson Hastalığı

Cevap B (Tuna, *Romatizmal Hastalıklar*, 3. baskı, 1994, s.439-446)

Yalancı gut (Psödogut): Eklem kırırdağında kalsiyum pirofosfat dihidrat kristallerinin birikmesine bağlı olarak oluşan çoğunlukla subakut ve süregen belirtiler gösteren ve yineleyen ataklarla gelişen bir hastalıktır. Kristaller akut ataklarda hem sinoviyal sıvıda hem de lökositlerde bulunur. Akyuvarlar içinde kalsiyum pirofosfat dihidrat kristallerinin bulunması psödogut için patogonomiktir.

**15.Gut hastalığında kesin tanı yöntemi aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Ürik asitin kanda artması
- b) Eklem ağrısının kolşisine yanıt vermesi
- c) Ürik asitin idrarda artması
- d) Eklem sıvısında ürik asit kristallerinin görülmesi
- e) Deri altı nodüllerinin bulunması

Cevap D (Tuna, *Romatizmal Hastalıklar*, 3. baskı, 1994, s.422-438)

Gut hastalığının kesin tanısı eklem sıvısında kristallerin varlığının gösterilmesi ile mümkündür.

**16.Osteoporoz rehabilitasyonunda aşağıdaki egzersizlerden hangisi yapılmaz?**

- a) Karın kasları güçlendirici egzersizler
- b) Pektoral ve interkostal kasları güçlendirici egzersizler
- c) Spinal fleksiyon egzersizleri
- d) Spinal ekstansiyon egzersizleri
- e) Spinal destekleri kullanırken izometrik egzersizler

Cevap C (Tuna, *Romatizmal Hastalıklar*, 3. baskı, 1994, s.464-482).

Osteoporozlularda özellikle kronik sırt ağrısı olanlarda, kifoz, skolyoz gibi deformateler gelişenlerde sırt kaslarına ekstansiyon egzersizleri yaptırılmalı, çevresindeki kaslar güçlendirilerek omurgalara destek verilmelidir. Aynı zamanda karın kasları, pektoral ve interkostal gibi solunum kasları güçlendirilmelidir. Spinal destekler kullanılırken izometrik egzersizlerde verilmelidir. Omurga cisimlerinde vertikal kompreyonu artırdığında ve anteriorda kama şeklinde kırığa yol açarak geliştireceği için fleksiyon egzersizleri önerilmez.

17. Osteoporozla ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Radyolojik olarak tanıda kemik mineral içeriğinin en az %30'unun kaybolması gerekir.
- b) Vertebral kırıkları en fazla 12. torakal ile 1. Lomber vertebralarda görülür.
- c) Osteoporozda klinik olarak en önemli yakınma sırt ağrısıdır.
- d) Radyolojik görüntülerde bikonkav ve balık vertebrası veya kama şeklinde ön kompresyon kırığı oldukça sıktır.
- e) Kanda alkalin fosfataz seviyesi her zaman yüksektir.

Cevap E (*Tuna, Romatizmal Hastalıklar, 3. baskı, 1994, s.464-482*)

Osteoporozda kırık olduğu zaman ALP yükselir. Kırık yoksa normal seviyede seyreder.

18. En sık osteoartroz görülen eklem hangisidir?

- a) Diz
- b) Kalça
- c) MCF
- d) Sterno clavicular
- e) MTF

Cevap D (*Tüzün, Hareket Sistemi Hastalıkları*)

Dizde osteoartroz % 46, Kalçada % 38, MCF'de % 11 ve MTF'de % 49 Sternoclavicular eklemden % 78'dir.

19. Aşağıdakilerden hangisi Romatoid Artritte görülmeye ihtimali olan geç radyoloji bulgularından değildir?

- a) Subluksasyonlar
- b) Fuksta articular osteoporoz
- c) Kemik ankilozu
- d) Genel osteoporoz
- e) Destruktif değişiklikler

Cevap B (*Klinik Romatoloji*)

Çünkü erken dönemde görülür.

20. Apolet paterni hangi servikal disk patolojisinde görülür?

- a) C4
- b) C5
- c) C6
- d) C7
- e) C8

Cevap B (*Hareket Sistemi Hastalıkları, s.155*)

Çünkü burada ana duysal dağılımı omuzun tepesinden üst kolun lateral kısmını içine almaktadır.

21. Aşağıdakilerden hangisi gut tedavisinde kullanılan kolşisinin etki mekanizmasıdır?

- a) Analjezik
- b) Antipiretik
- c) Ürikozürük

- d) Hepsi
- e) Hiçbiri

Cevap E (*Klinik Romatoloji, s.231*)

Çünkü kolşisin etkisini makrofajların monosodyum urat kristallerinin fagosite etmesini engelleyerek yapmaktadır.

22. Aşağıdakilerden hangisi Romatoid artrit eklem dışı bulgularından değildir?

- a) Perikardit
- b) Kerato-konjunktivitis sikka
- c) Akciğer ve diffüz interstisyel fibrozis
- d) Periferik sıkışma sendromu
- e) Diffüz karaciğer fibrozisi

Cevap E (*Hareket Sistemik Hastalıkları Kitabı s.91*)

İlk dört şık Romatoid artrit'de çok görülür. Karaciğer enzimleri yüksek ama histopatolojisinde önemli değişiklikler yoktur.

23. Hangi servikal radikülopatide motor defisit görülmez?

- a) C4
- b) C5
- c) C6
- d) C7
- e) C8

Cevap A (*Hareket Sistemik Hastalıkları*)

C4 motoru diyafragmayı innerve eder ve motor defisit görülmez.

24. Karpal tünel sendromunda en önemli ENMG bulgusu nedir?

- a) Distal latans uzar
- b) Sinir iletim hızı artar
- c) Amplitüd artar
- d) Geç cevap kısalır
- e) Duysal iletim hızı artar

Cevap A (*Kotteke, Krusen's Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation, 1990, s.97-99*).

KTS de önemli bulgu ENMG'de distal latansın uzamasıdır

25. Aşağıdakilerden hangi durumda soğuk tedavi uygulanabilir?

- a) Spastisite
- b) Kriyoglobulinemia
- c) Soğuk aglutinasyon
- d) Raynaud fenomeni
- e) İskemi

Cevap A (*De Lisa, Rehabilitation Medicine, s.258*)

Spastisite dışındaki diğer durumlarda soğuk tedavisi kontrendikedir.

26. Aşağıdaki fiziksel ajanda hangisi yüzeysel değil derin tedavisi için kullanılır?

- a) Parafin
- b) Hot-pack
- c) Sıcak su
- d) İnfraruj
- e) Ultrason

Cevap E (*De Lisa, Rehabilitation Medicine, s.261-5*)

Ultrason dışındakiler yüzeysel ısı artışına yol açar, derine nüfuz etmez.

27. Kısa dalga diatermi (KDD=SWD) tıpta esas hangi amaçla kullanılır?

- a) Sinir uyarımı
- b) Kas uyarımı
- c) Yüzeysel ısı sağlamak
- d) Derin ısı sağlamak
- e) Masaj

Cevap D (*Kottke, Krusen's Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation, 1990, s.264*)

KDD derin dokularda ısı artışı sağlamak amacıyla kullanılır.

28. TENS tıpta en çok hangi amaçla kullanılır?

- a) Yüzeysel ısı sağlamak
- b) Derin ısı sağlamak
- c) Ağrıyı azaltmak
- d) Enflamasyonu azaltmak
- e) Metabolizmayı azaltmak

Cevap C (*Kottke, Krusen's Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation, 1990, s.267*)

TENS bir analjezik modalitedir

29. Bir ekleme anatomik sınırlar içinde uygulanan pasif-zorlu harekete ne ad verilir?

- a) Egzersiz
- b) Traksiyon
- c) Manipulasyon
- d) Masaj
- e) Biofeedback

Cevap C (*Goodgold, Rehabilitation Medicine, s.782-3*)

Yukarıdaki tanım bir mekanik tedavi yöntemi olan manipulasyonun tanımıdır.

30. Bazı istem dışı (nonvolusyonel) vücut fonksiyonları kontrol edilebilir hale getirmeyi amaçlayan tedavi yöntemine ne ad verilir?

- a) Akupunktur
- b) Biofeedback

- c) Kriyoterapi
- d) Mekanoterapi
- e) Fluidoterapi

Cevap B (*Goodgold, Rehabilitation Medicine, s.317*)

Tanım biofeedback'e uyar.

31. Aşağıdakilerden hangi durumda masaj kontrendikedir?

- a) Ödem
- b) Kontraktür
- c) Fibromyalji
- d) Tromboflebit
- e) Hemipleji

Cevap D (*De Lisa, Rehabilitation Medicine, s.291*)

Tromboflebitte masaj emboliye neden olabilir, kontrendikedir.

32. Polionun akut döneminde aşağıdaki işlemlerden hangisi yapılmaz?

- a) Güçlendirme egzersizi
- b) Aktif-pasif ROM egzersiz
- c) Pasif ROM egzersiz
- d) Hafif ısı tatbiki
- e) İstirahat

Cevap A (*Kotte, Mnubeh'b, Pahr.oom of Physical Medicine and Rehabilitation, 1990, s.761*)

Polionun akut döneminde istirahat gerekir.

33. Aşağıdaki işlemlerden hangisi aktif artritli hastaya uygulanamaz?

- a) İlaç tedavisi
- b) Soğuk tatbiki
- c) Sıcak tatbiki
- d) Ponksiyon
- e) İstirahat

Cevap C (*De Lisa, Rehabilitation Medicine, s.258*)

Sıcak tatbiki, aktif artritte enflamasyonu ve effüzyonu artırır.

34. Polimiyozitin akut döneminde hangi tedavi yapılmaz?

- a) Temel ilaç tedavisi
- b) Anti-enflamatuvar tedavi
- c) Steroid tedavisi
- d) İstirahat
- e) Progresif güçlendirme egzersizi

Cevap E (*Goodgold, Rehabilitation Medicine, s.212*).

Polimiyozitin akut döneminde kasları yormamak gerekir.

# GÖZ HASTALIKLARI

1. Vernal konjunktivit için hangisi söylenemez?

- a) Allerji kaynaklıdır.
- b) Kapağı ve limbusu tutan formları vardır.
- c) Korneada punktat epitelyopati yapar.
- d) Topikal steroid ve sodium kromoglikat etkilidir.
- e) Orta ve ileri yaş grubunda görülür

Cevap E (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 1997, s.84*)  
Çocukluk ve gençlik çağında görülür.

2. Konjenital nazolakrimal kanal obstrüksiyonu için hangi şık yanlıştır?

- a) Doğumdan birkaç yıl sonra göz sulanması ile kendini gösterir.
- b) Gözyaşı kesesi üzerine basıldığında punktumlardan pürülen sekresyon çıkar.
- c) Konjenital glokom ayırıcı tanıda akla gelmelidir.
- d) Kесе üzerine yapılacak masaj ve antibiyotik içeren damlalar ilk tedavi seçeneğidir.
- e) Tedavide ikinci adım nazolakrimal kanala prob uygulamasıdır.

Cevap A (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 1997, s.65*)  
Doğumdan sonraki birkaç haftada kendini belli eder.

3. Herpetik keratit için hangi şık yanlıştır?

- a) Herpes simpleks etyolojiden sorumludur.
- b) Dendritik ülser tipik lezyonudur.
- c) Lezyon sodyum floresseinle boyanır.
- d) Kortizonlu damlalarla tedaviye başlanır.
- e) Dendritleri iyileşen korneal abrazyonlarla ayırılmazdır.

Cevap D (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 1997, s.109*)  
Kortizon dikkatle kullanılmalıdır.

4. Behçet hastalığı için hangi şık yanlıştır?

- a) İdiyopatik oküler bir hastalıktır.
- b) Daha çok genç erkeklerde görülür.
- c) Daha çok Akdeniz bölgesi ve Japonya'da görülür.
- d) Dolaşımdaki anormal immünkompleksler tıkaçıcı vaskülitte sebep olurlar.
- e) HLA-B5 yüksekliği ile insidansı arasında pozitif bir ilişki vardır.

Cevap A (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 1997, s.165*)  
Multisistem bir hastalıktır.

5. Behçet hastalığı için hangi şık yanlıştır?

- a) Ağız ve genital bölgede mukozal ülserasyonlar görülür.
- b) Akut rekürren iridosiklit görülür.

- c) Göz arka segmentinde diffüz damar sızıntıları, periflebit ve retinit görülür.
- d) Vitreus tutulmaz.
- e) Sistemik steroid, klorambusil ve siklosporin kullanılacak ilaçlardır.

Cevap D (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 1997, s.166*)  
Vitreus ciddi bir şekilde ve kalıcı olarak tutulur.

6. Açık açılı glokom için hangi şık yanlıştır?

- a) Optik sinir hasarı vardır.
- b) Görme alanı defekti yapmaz.
- c) Açık normal veya genişlidir.
- d) Yetişkinlerde görülür.
- e) Göz içi basıncı olguların büyük çoğunluğunda 21 mmHg üstündedir.

Cevap B (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 1997, s.249*)  
Tipik görme alanı defekti yapar.

7. Primer açılı kapanması glokomu için hangisi söylenemez?

- a) Ön kamara açısı tıkanığı için aköz dolaşımı engellenmiştir.
- b) Kadınlar dört misli daha fazla etkilenmektedirler.
- c) Ön kamara sığdır.
- d) Gonyoskopide ön kamara açısı genişlidir.
- e) Laser veya cerrahi iridotomi tedavi edicidir.

Cevap D (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 1997, s.254*)  
Ön kamara açısı dar veya kapalıdır.

8. Neovasküler glokom için hangisi yanlıştır?

- a) Önkamara açısındaki fibrovasküler dokunun kontraksiyonu ile sineşi oluşur ve açılı kapanır.
- b) Ciddi, ağır ve diffüz retinal iskemi sonrası ortaya çıkar.
- c) Gonyoskopide açılı kapalıdır.
- d) Santral retinal arter tıkanması en sık karşılaşılan sebeptir.
- e) Panretinal laser fotokoagülasyon önleyici tedavi seçeneklerinden biridir.

Cevap D (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 1997, s.260*)  
Santral retinal ven tıkanıklığı olmalıdır.

9. Aşağıdaki bulgulardan hangisi konjenital glokoma ilişkili değildir?

- a) Epifora
- b) Blefarospazm
- c) Fotopsi
- d) Descemet membran çatlakları (Haab çizgileri)
- e) Korneal ödem



## GÖZ HASTALIKLARI

Cevap C (Yanoff, *Ophthalmology*, 1999, s.12-10.2)

Fotopsi genellikle retina dekolmanlarında görülen bir bulgu olup konjenital glokoma fotofobi tipiktir.

10.Aşağıdakilerden hangisi retinoblastoma ile ilişkili değildir?

- a) Lökokori
- b) Strabismus
- c) İntralezyonal kalsifikasyon
- d) Optik sinir yolu ile beyne invazyon
- e) 15. kromozomda anomali

Cevap C (Yanoff, *Ophthalmology*, 1999, s.9-2.1-3)

Retinoblastomada anomali 13. kromozomdadır.

11.Aşağıdakilerden hangisi benign periferik dejenerasyonlardan değildir?

- a) Mikrokistoid dejenerasyon
- b) Krukenberg dejenerasyon
- c) Pavingstone dejenerasyon
- d) Retiküler dejenerasyon
- e) Oral pigmenter dejenerasyon

Cevap B (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 1997, s.329)

12.Aşağıdakilerden hangisi korneanın katmanlarından değildir?

- a) Tek katlı yassı epitel
- b) Bowman tabakası
- c) Descemet membranı
- d) Stroma
- e) Endotel

Cevap A (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 1997, s.100)

13.Görme yolları rahatsızlığı olan bir hastada pupil ışık reaksiyonunun olmaması lezyonun hangi bölgeden olduğunu gösterir?

- a) Korpus geniculatum lateraleden önce
- b) Korpus geniculatum lateraleden sonra
- c) Temporal lobda
- d) Parietal lobda
- e) Oksipital lobda

Cevap A (Walsh&Hoyt's *Clinical Neuro-Ophthalmology*, 5.baskı, 1998)

14.Abdusens felcinde göz ne tarafa kayar?

- a) İçe
- b) Dışa
- c) Yukarı
- d) Aşağı
- e) İçe ve yukarı

Cevap A (von Noorden, *Binocular Vision and Oculat Motility*, 4.baskı, 1990)

15.Doğru olanı işaretleyiniz. Behçet hastalığı;

- a) Granülomatöz bir hastalıktır.
- b) Görme prognozunun kötü oluşu ön segment tutulumu ile ilgilidir.
- c) Retina atrofi nadir olarak görülür.
- d) En çok 20-30 yaşlarında başlar.
- e) Sekonder glokom gelişmez.

Cevap D (Nussenblatt, *Uveitis. Fundamentals and Clinical Practice*, 1989, s.212-247)

16.Behçet hastalığı için yanlış işaretleyiniz.

- a) Kapiller oklüzyon vasküler glokoma neden olur.
- b) Arka segment vaskülitlerinde en etkili ajan steroidlerdir.
- c) Katarakt bir komplikasyon olarak görülebilir.
- d) Her iki gözü de tutar.
- e) HLA B52 dokuz kat risk oluşturur.

Cevap B (Nussenblatt, *Uveitis. Fundamentals and Clinical Practice*, 1989, s.212-247)

17.Perforan göz yaralanmalarında hangisi doğrudur?

- a) Göze antibiyotikli göz pomadı sürülür ve hasta bir göz hastalıkları merkezine sevk edilir.
- b) Göze girmiş olan tel, çivi, cam parçası gibi cisimler, ilk müdahale eden pratisyen hekim tarafından gözden çıkartılmalıdır.
- c) Metalik göz içi yabancı cisimlerinin varlığını araştırmak için manyetik rezonans görüntüleme uygundur.
- d) Perforan göz yaralanmalarında ve orbita travmalarında Waters ve yan kafa grafileri mutlaka çektilmelidir.
- e) Perforan göz yaralanmalarında tetanoz profilaksisine gerek yoktur.

Cevap D (Shingleton, *Eye Trauma*, 1991, s.143-158)

18.Ön segment kimyasal yaralanmaları ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Alkali yaralanmalarında ilk müdahale, gözü bolca suyla yıkamaktır.
- b) Alkali yaralanmalarda konjonktiva-limbus iskemisinin yaygınlığı ve korneal ödemin şiddeti, prognozu belirler.
- c) Göz, nötralizasyon amacıyla alkali yaralanmasında asitle, asit yaralanmasında ise alkali ile yıkanabilir.
- d) Trabeküler sistemde ödem ve enflamasyon nedeniyle sekonder glokom gelişebilir.
- e) Asitler, doku proteinlerini çöktürerek kendi ilerlemelerini sınırlar, alkali yaralanmalarında ise böyle bir sınırlama yoktur.

Cevap C (Shingleton, *Eye Trauma*, 1991, s.74-94)

19. Aşağıdakilerden hangisi keratoplasti için donör kontrendikasyonu değildir?

- a) Septisemi
- b) AIDS
- c) Primer optik atrofi
- d) Subakut sklerozan panensefalit
- e) Creutzfeld-Jacob hastalığı

Cevap C (*American Academy of Ophthalmology. Basic and Clinical Science, 1990-1991, s.237*)

20. Horner sendromunun varlığını göstermek için hangi farmakolojik ajan kullanılabilir?

- a) Pilocarpin %4
- b) Pilocarpin %0.5
- c) Karbakol
- d) Kokain %10
- e) Tensilon

Cevap D (*Podos, Textbook of Ophthalmology, 6.cilt*)

# HALK SAĞLIĞI

1. Aşağıda kronik hastalıklardan etkin korunma programı için kurallar yazılmıştır. Yanlış olanı işaretleyiniz.

- Program bilimsel temele dayanmalı
- Program etik kurallara uygun olmalı
- Program devamlı olmalı
- Programın katılımcı kuralları olmalı
- Program toplumun ihtiyaçlarına cevap vermeli

Cevap D (*Last, Public Health Preventive Medicine, 13.baskı, 1991, s.805-810*)

Kronik hastalıklardan etkin korunma programı için kuralları sıralarken f maddesi flexible (esnek) olmalıdır diye yazılmıştır.

2. Aşağıdakilerden hangisi örnekleme yöntemi değildir?

- Basit rastgele örnekleme
- Sistemik rastgele örnekleme
- Tabakalı rastgele örnekleme
- Gönüllü gruplarında örnekleme
- Küme örnekleme

Cevap D (*Bertan, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, 1995, s.87-88*)

Sağlık alanında yapılan epidemiyolojik araştırmaların pek çoğunda olasılıklı örnekleme yöntemleri kullanılır. Bunlar: 1. Basit rastgele örnekleme: Evrende bireyler yaş, eğitim durumu gibi özelliklerine göre homojen dağılımı varsa kullanılır. 2. Sistemik rastgele örnekleme: Basit rastgele örneklemenin sistematize edilmiş şeklidir. Birey/birimlerin listesi olması gerekir. Kimden başlanacağı kura ile belirlenir, ilk bireyin sıra numarasına örnek aralığı eklenerek devam edilir.

3. Tabakalı örnekleme: Evren homojen değilse yapılır. 4. Küme örnekleme: İki aşamalıdır. İlk olarak evren belirli özelliğe göre kümeler ayrılır (coğrafi bölge, köy, okul, fabrika gibi) ikincil olarak önceden belirlenmiş büyüklüğe ulaşacak şekilde kümeler rastgele yöntemle seçilir.

3. Aşağıdakilerden hangisi birincil koruma değildir?

- Sağlık eğitimi
- Bağışıklama
- Erken tanı
- Dengeli beslenme
- İşyeri ortamı hijyeni

Cevap C (*Maxcy, Public Health Preventive Medicine, 1992, s.4-5; Fişek, Halk Sağlığına Giriş, s.19-20*)

Birincil koruma sağlığına hastalık yapıcı etkenlere karşı çeşitli şekillerde önlenerek korunmasıdır. Bu çiçek hastalığı virüsü gibi nedensel etkenlerin bağışıklama

ile ortadan kaldırılması, sütün pastörizasyonu, suyun klorlanması, işyeri ortamındaki toksik maddelere karşı çalışanların sağlık güvenliğinin sağlanması şeklinde olabilir. Erken tanı ise ikincil korumada hastalığın belirgin semptomları ortaya çıkmadan, genellikle taramalar ile hastaların mümkün olduğu kadar erken bulunması prensibine dayanır.

4. Aşağıdakilerden hangisi vaka kontrol araştırmalarında hesaplanan risk ölçüsünün yaygın adıdır?

- Rölatif risk
- Odds ratio
- İnsidans
- Prevalans
- Korunabilirlik hızı

Cevap B (*Tezcan, Epidemiyoloji, Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi, 1992, s.57*)

Vaka kontrol araştırmalarında analizde neden-sonuç ilişkisini dolaylı yoldan göstermek için bir yöntem, tahmini rölatif risk (Odds Ratio) hesap edilmesidir. Gerçek rölatif risk ise prospektif araştırmalardan elde edilir.

5. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmelidir?

- Kızamık
- Tifo
- Kolera
- Hepatit A
- Şigellozis

Cevap A (*Dirican, Halk Sağlığı, 2.baskı, 1993, s.52*)

Kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri; sağlık eğitimi, beslenmenin iyileştirilmesi, bağışıklama, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, ilaçla koruma, kişisel hijyen, aile planlamasıdır. Kızamık hastalığı ile mücadelede bağışıklama hizmetlerine öncelik verilir. Diğer şikâyetlerde hastalıklarla mücadelede çevreye yönelik hizmetlere (suların klorlanması, temiz içme-kullanım suyu temini, atıkların kontrolü gibi) öncelik verilir.

6. Neden ve sonucun (etken-hastalık) birlikte araştırıldığı araştırma yöntemi aşağıdakilerden hangisidir?

- Vaka raporları
- Seri vakalar
- Kesitsel araştırmalar
- Prospektif kohort araştırmaları
- Deney araştırmaları

Cevap C (Tezcan, *Epidemiyoloji, Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi*, 1992, s.65)

Epidemiyolojik araştırma tipleri arasında kesitsel araştırmalarda neden-sonuç ilişkisi birlikte incelenir.

7. Rutin aşı programı dışında kalmış 6 yaşında bir çocuğa aşağıda belirtilen aşıllardan hangisini yaparsınız?

- a) DT, antipolio, kızamık ve PPD'den sonra BCG
- b) DT ve kızamık aşıları yapılır.
- c) DBT ve kızamık aşıları yapılır.
- d) Antipolio, kızamık ve DBT aşıları yapılır.
- e) Yalnızca kızamık aşısı yapılır.

Cevap A (Neyzi, Anne ve Çocuk Sağlığında Öncelikler, 1994, s.199-212)

Ülkemizde önerilen aşıllama programına göre kesintiye uğramış programlarda aşılamaya ara verilen yerden devam edilir. Birden fazla aşıların yapılma zamanı atlanmış ise aşıların birlikte yapılmasında sakınca yoktur. Boğmaca aşısı beş yaşından sonra bağışıklama programlarından çıkarılır.

8. Aşağıdakilerden hangisi gebelikte toksemiye yol açarak maternal mortaliteyi artıran risk faktörlerinden değildir?

- a) Anne yaşının <20 veya >34 olması
- b) Primiparite
- c) Anemi
- d) Annede diyabet
- e) Çoğul gebelik

Cevap C (Neyzi, Anne ve Çocuk Sağlığında Öncelikler, 1994, s.7-37)

Toksemiye yol açarak maternal mortaliteye neden olan risk faktörleri aşağıdaki gibidir:

Öyküde; anne yaşının <20, >34 olması, primiparite, grandmultiparite, preeklampsi/eklampsi, diyabet. Gebelikte; çoğul gebelik, aşırlı ağırlık artışı, dengesiz beslenme, polihidramniyoz, mol hidatiform, diyabet.

9. Kaza ağırlık indeksi aşağıdaki oranlardan hangisidir?

- a) Kaza nedeniyle kaybedilen iş günü / Ortalama işçi sayısı
- b) Kaza nedeniyle kaybedilen iş günü / Toplam iş saati
- c) Kaza sayısı / Ortalama işçi sayısı
- d) Kaza sayısı / Toplam iş günü kaybı
- e) Kaza sayısı / Toplam iş gücü kaybı

Cevap B (Turhan, *İşçi Sağlığı Prensipleri ve Uygulamaları*, 2.baskı, 1994, s.17-18)

Kaza ağırlık indeksinin içine her kazanın ağırlık durumu orantılı olarak girer. Bu indeksin formülü şöyledir:

$$\frac{\text{kaza nedeniyle kayıp iş günü}}{\text{toplam iş saati}} \times 1000$$

10. Aşağıdaki araştırma tiplerinden hangisi tanımlayıcı epidemiyolojik araştırma yöntemine girer?

- a) Gürültü ile sağlrlık arasındaki ilişki
- b) Karaciğer sirozu ile oluşumunda hepatit B geçiren ve geçirmeyenlerin ilişkisi
- c) Sigara içenlerin akciğer kanserine yakalanma riski
- d) HB pozitifliğinin (HBs Ag) toplumdaki dağılımı
- e) Sağlık ocağına gelen kızamık olgularının değerlendirilmesi

Cevap E (Tezcan, *Epidemiyoloji, Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi*, 1992, s.25-54)

Tanımlayıcı araştırmalar hasta olan bireylerin kişi, yer, zaman özelliklerinin değerlendirildiği araştırmalardır. Bu tip araştırmalarda neden-sonuç ilişkisi kurulmaz. Risk altındaki bireyler tanımlanır. İleriki çalışmalar için hipotezler geliştirilir. Kızamık olgularının değerlendirilmesi bir tanımlayıcı tip çalışmadır.

11. Yenidoğan tetanozunu önlemek için doğum öncesi bakım hizmeti sunulurken gebelerin tetanoza karşı bağışıklanması gerekir. Aşağıdakilerden hangisinde gebelikte tetanoz aşılması için yanlış ifade kullanılmıştır?

- a) Daha önce aşı durumu bilinmeyen gebeye ilk izlemde 1 doz aşı yapılır, en az 4 hafta sonra tekrarlanır.
- b) Bu gebeliğinde iki kez aşılanan gebeye doğumdan 6 ay sonra bir doz daha aşı yapılmalıdır.
- c) Gebeliğinden önce 1-2 kez tetanoz aşısı yapıldığını ifade eden gebenin aşılanması gerek yoktur.
- d) Okulda ve önceki gebeliklerinde 3 doz tetanoz aşısı olmuş gebeye bir doz aşı yapmak yeterlidir.
- e) Okulda ve önceki gebeliklerinde 3 doz tetanoz aşısı olmuş, son dozdan sonra 5 yıl geçmemiş gebeye aşı yapılmasına gerek yoktur.

Cevap C (Neyzi, Anne ve Çocuk Sağlığında Öncelikler, 1994, s.7-37)

Doğum koşulları düşünülmezsin gebeler tetanoza karşı bağışıklanmalıdır. Öyküsünde, erken çocukluğunda, okulda ya da varsa önceki gebeliklerinde tam aşı (üç doz) olduğu belirlenen kadınlar için ilk izlemde tek doz aşı yapılmalıdır. Aşı durumu bilinmeyen, hiç aşılanmamış ya da eksik aşılanmış (üç dozdan az) gebelere en az 4 hafta sonra ikinci doz aşı yapılmalıdır. İkinci aşıdan 6 ay sonra yapılacak 3. doz anneyi ve doğacak bebekleri beş yıl korur.

12. Bazal metabolizma hızı (BMH) için aşağıdaki ifadelerden hangisi doğru değildir?

- a) Ağırlıkla fiziksel faaliyetler BMH'yi artırır.
- b) Yaş ilerledikçe BMH azalır.
- c) BMH 0.8-1.0 kCal/kg/saat'tir.

- d) Çocukların BMH'leri düşüktür.  
e) Yüksek proteinli diyetle BMH'ni arttırlrlar.

Cevap D (*Dirican, Halk Sağlığı, 2.baskı, 1993, s.251-2*)

Çocuklarda kilo başına enerji gereksinimi yetişkinlerden fazladır. Çünkü büyüme ve gelişme için fazla enerji gereklidir.

**13.Aşağıdaki sağlık hizmetlerinden hangisi çağdaş hekimlik anlayışına uygun değildir?**

- a) Kişiyeye hem sağllıklı, hem de hasta iken hizmet eder.  
b) Toplumun sağllık sorunlarını belirler, onları ortadan kaldırır veya önler.  
c) Sınırlı olan kaynakları en çok görülen, en çok sakat bırakan ve öldüren hastalıklardan korumaya ayırır.  
d) Hizmeti uygulayanlar hekimler veya hekimler grubudur.  
e) Hekimler arası ilişkilerde birbirine destek olma ön plandadır.

Cevap D (*Fişek, Halk Sağlığına Giriş, s.47*)

Çağdaş hekimlik anlayışında örgütlenmede hizmeti uygulayanlar sadece hekim ve hekim grubu değil, çeşitli meslek mensuplarının oluşturduğu ekiplerin birbirini tamamladığı ve desteklediği ülke çapında bir ekip hizmetidir.

**14.Bir hastalığın ne kadar öldürücü olduğunu gösteren sağlık ölçütü aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Nedene özel orantılı ölüm hızı  
b) Fatalite hızı  
c) Kaba ölüm hızı  
d) Bebek ölüm hızı  
e) Anne ölüm hızı

Cevap B (*Eren, Sağlık Ocağı Yönetimi, 1.baskı, s.211*)

Fatalite Hızı; bir hastalığın ne kadar öldürücü olduğunu gösteren ölçüttür. Hastalığa yakalananlardan ne kadarının öldüğünü saptamaya yarar. Genellikle kısa süreli olan bulaşıcı hastalıklar alanında kullanılır.

**15.Aşağıdaki cevaplardan hangisi "Bebekler ve oyun çağı çocukları"nın risk altında bulunduğu hastalıklardan değildir?**

- a) Beslenme hastalıkları  
b) Duyma ve görme bozuklukları  
c) Fenil ketonüri  
d) Meme kanseri  
e) Kistik fibrozis

Cevap D (*Eren, Sağlık Ocağı Yönetimi, 1.baskı, s.87*)

Bebekler ve oyun çağı çocuklarının risk altında buldukları ve bu yüzden de bu çağlarda sık rastlanan hastalıklar arasında meme kanseri mevcut değildir.

**16.Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Sıtma savaş örgütü bir monovalan (dikey=tek amaçlı) örgüttür.  
b) Bugünkü sağllık sistemimize göre en küçük sağllık örgütü ebenin bulunduğu sağllık evidir.  
c) Kolera uluslararası bildirim zorunlu hastalıklardandır.  
d) En az 100 işçi çalıştırılan işyerlerinin bir işyeri hekimi olması gerekir.  
e) Birinci sınıf gayri silhi müesseseler konutlardan ve insanların oturduğu yerlerden mutlaka uzak bulundurulması gereken sağllık açısından en tehlikeli işyerleridir.

Cevap D (*Özden, Umumi Hıfzıslıha Kanunu, 1992; Sağlık Ocağı Hekiminin Hukuk Rehberi, 1992; Dirican, Halk Sağlığı, 2.baskı, 1993*)

En az 100 işçi değil, 50 işçi çalıştırılan işyerlerinin bir işyeri hekimi olması gerekir (Umumi Hıfzıslıha Kanunu'nun 180. Maddesine göre).

**17.Menenjitli hastalarda serum sodyum (Na) düzeyi ile antidiüretik hormon (ADH) düzeyi arasında bir ilişki olup olmadığını saptamak için planlanacak en uygun yöntem aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Menenjitli bir hastada Na ve ADH düzeylerinin belli aralıklarla ölçülmesi  
b) Menenjitli bir grup hastada hem Na hem de ADH düzeyinin ölçülmesi  
c) Bir grup hastada Na ölçümü ve diğer bir grup hastada da ADH düzeyi ölçülmesi  
d) Menenjitli bir grup hastada ve kontrol olarak alınan diğer bir grup hastada ADH düzeyi ölçülmesi  
e) Menenjitli bir grup hastada ve kontrol olarak alınan diğer bir grup hastada Na düzeyi ölçülmesi

Cevap B (*Tezcan, Epidemiyoloji, Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi, 1992*)

Bu araştırmacının amacı menenjitli hastalarda serum Na ile ADH düzeyleri arasında bir ilişki olup olmadığını saptamaktır.

**18.Düşük doğum ağırlığı ve gebelikte kadının sigara içmesi arasındaki ilişkiyi saptamak için prenatal dönemde kadınlarla görüşme yapılarak gebelikte sigara içme durumları sorulmuş. Daha sonra bebeklerinin doğum kiloları ölçülerek aralarında bir ilişki olup olmadığını araştırılmış. Bu araştırmacının tipi aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Tanımlayıcı  
b) Vaka-kontrol (retrospektif)  
c) Kohort (prospektif)  
d) Deneysel  
e) Kesitsel

Cevap C (*Akdur, Sağlık Bilimlerinde Araştırma ve Tez Rehberi, 1996*)

Bu kohort bir araştırmadır, çünkü gebe kadınlar risk

faktörüne (gebelikte sigara içme) maruz kalıp kalmamaya göre kategorize edilmişlerdir ve bunlar doğum sonrasına dek izlenmişlerdir. d) şıklı herhangi bir müdahalenin yapıldığı araştırmalardır. e) şıklı yer alan kesitsel araştırmalar araştırmacının yapıldığı zamanda maruziyet ve sonucu bir arada ölçen araştırmalardır. b) şıklı yer alan vaka-kontrol araştırmalarında da sonuçtan geriye gidilmesi gerekirdi; yani normal ağırlıklı ve düşük doğum ağırlıklı iki grup bebek alınıp bunların annelerinin geriye dönük olarak gebelikte sigara içme durumları araştırılmıydı.

### 19. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Hela çukuru içme ve kullanma suyu kuyularından en az 15 m uzakta inşa edilmelidir.
- Üzeri toprakla kapatılan hela çukurundaki atık 9-12 ay sonra gübre olarak kullanılabilir.
- Şehir şebeke suyuna bağlı veya şebeke suyu olmadığı halde bol su kullanan binalar için en uygun hela tipi foseptiktir.
- Çöplüklerin kent yerleşim yerlerine en az 1 km uzaklıkta yapılması gerekir.
- Katı atıkların yok edilmesinde en uygun ve en ucuz yöntem kompost yöntemidir.

Cevap E (Dirican, Halk Sağlığı, 2.baskı, 1993; Bertan, Halk Sağlığı, 1995; Maxcy, Public Health and Preventive Medicine, 13.baskı, 1992)

Katı atıkların yok edilmesinde en uygun ve en ucuz yöntem toprağa gömme yöntemidir.

### 20. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Akciğer kanseri ölümlerinin %85'i sigaraya bağlıdır.
- Tüm kanserlerin %30'u sigara ile ilişkilidir.
- Bağımlılığın ölçüsü olarak sabah uyandıktan sonraki ilk sigaraya kadar geçen zamanın 2 saatten az olması kabul edilmektedir.
- Sigarada bağımlılık yapan madde nikotindir.
- Sigaranın kanserojen maddesi olarak katran suçlanmaktadır.

Cevap C (Aşut, Hekim ve Sigara, 1993; Sezer, Nikotin Bağımlılığı ve Tedavisi, Sağlık İçin Sigara Alarmı, 1994, s.47-51; Barış, Sigara ve Sağlık Araştırma, 1994; Erkan, 1991-1992 Sempozyumları Akciğer Hastalıkları Derneği; Tür, Sigaranın Sağlığa Etkileri ve Bırakma Yöntemleri, 1995)

Bağımlılığın ölçüsü olarak sabah uyandıktan sonraki ilk sigaraya kadar geçen zamanın 2 saatten değil, yarım saatten az olması kabul edilmektedir.

### 21. Yanlış olanı işaretleyiniz.

- 6 aylıktan küçük bebeğini günde 6-10 kez yalnız anne sütü ile besleyen adet görmeyen bir kadın doğal olarak gebelikten korunmaktadır.
- Norplant çıkarıldıktan sonra doğurganlık hemen geri döner.
- Enjekte edilen kontraseptifler yüksek etkili ve kullanımı kolay bir yöntemdir.

- RİA uygulandıktan sonra ilk kontrol bir yıl içinde yapılmalıdır.
- Alt genital yol enfeksiyonlarının varlığında RİA tedaviden sonra uygulanmalıdır.

Cevap D (Dirican, Halk Sağlığı, 2.baskı, 1993; Bertan, Halk Sağlığı, 1995; Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, 2.cilt, 2.baskı, 1995; Güler, Ana Sağlığı ve Aile Planlaması, 1993; Özyurda, Aile Planlaması Ders Kitabı, 1993; Dervişoğlu, Kontraseptif Yöntemler, Uluslararası Basım, 1990)

RİA uygulandıktan sonra ilk kontrol bir yıl içinde değil, ilk üç ay içinde yapılmalıdır.

- ### 22. Doğum travması ile epilepsi arasında ilişki olup olmadığının göstermek amacıyla, 50 epileptik çocuk alınmış, çeşitli özellikleri bu gruba benzeyen fakat epileptik olmayan 50 çocuk ise kontrol grubu olarak seçilmiştir. Her iki gruptaki çocukların anneleri ile görüşülerek doğum travması olup olmadığı öğrenilmeye çalışılmıştır. Bu araştırma aşağıdaki epidemiyolojik araştırma tiplerinden hangisine uygundur?

- Kohort tipi araştırma
- Vaka-kontrol tipi araştırma
- Kesitsel araştırma
- Müdahale araştırması
- Tanımlayıcı araştırma

Cevap B (Beaglehole, 1993, s.36-38)

Soruda tanımlanan çalışmada bir vaka grubu, bir de kontrol grubu alınmış, her iki grupta etkenle karşılaşma durumu retrospektif olarak incelenmiştir. Bu haliyle araştırma tipik bir vaka-kontrol çalışmasıdır.

- ### 23. Bir tanı yönteminin geçerliliği aşağıdakilerden hangisi ile ölçülür?

- Duyarlılık ve seçicilik
- Prevalans ve insidans
- Ucuzluk ve kolaylık
- Tekrar edilebilirlik
- Pozitif ve negatif prediktif değerler

Cevap A (Tezcan, Epidemiyoloji, 1992, s.115)

Bir tanı yönteminin "geçerliliği" hasta ve sağlıklıları belirleyebilmesini ifade eder. Yöntemin hastaları belirleyebilme gücü "duyarlılık", sağlıklıları belirleyebilme gücü ise "seçicilik" ile ölçülür.

- ### 24. Sürekli olarak en az kaç işçi çalıştırılan işyerleri "işyeri sağlık birimi" kurmak ve tam süre hekim çalıştırmak zorundadır?

- 100
- 300
- 500
- 750
- 1000

Cevap E (Resmi Gazete, 4.7.1980)

İşyeri Hekimlerinin Çalışma Şartları ile Görev ve Yetkileri Hakkında Yönetmelik'in 8.maddesi c bendinde 1000 ve daha fazla işçi çalıştırılan işyerlerinin tam süre hekim çalıştırılmaları ve işyeri sağlık birimi kuracakları hükme bağlanmıştır.

**25. İş sağlığı ve iş güvenliği kurulunun başkanı aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) İşyeri hekimi
- b) İşveren
- c) İşçi temsilcisi
- d) İş müfettişi
- e) Sendika temsilcisi

Cevap B (Resmi Gazete, 19.2.1973)

İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulları Hakkında Tüzük'ün 3.maddesi g bendinde, kurul başkanının işveren veya vekili olacağı belirtilmiştir.

**26. Beden-Kitle İndeksi (Body Mass Index) hangi değer üzerinde olduğunda kişi şişman olarak kabul edilir?**

- a) 20 ve üzeri
- b) 22 ve üzeri
- c) 25 ve üzeri
- d) 30 ve üzeri
- e) 35 ve üzeri

Cevap C (WHO, Technical Report Series 797, Diet Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, 1990, s.71)

Beden Kitle İndeksi formülü, (Ağırlık (kg)/Boy (m)<sup>2</sup>) olup, hesaplama sonucunda bulunan değer;

<20 ise, kişi zayıf

20-24.9 ise, normal

25-29.9 ise, hafif şişman (I° şişman)

30-39.9 ise, şişman (II° şişman)

40 ve üzeri ise, morbid şişman (III° şişman) olarak değerlendirilmektedir.

**27. Toplumsal düzeyde tuz tüketim miktarı kan basıncı ile yakından ilişkilidir. Ayrıca, tuz, mide kanserinin oluşumunda da rol oynamaktadır. Bu nedenlerle, Dünya Sağlık Örgütü'nce önerilen günlük tuz miktarı ne kadardır?**

- a) 15 gramdan az
- b) 10-12 gram

- c) 8 gramdan az
- d) 6 gramdan az
- e) 5-8 gram

Cevap D (WHO, Technical Report Series 797, Diet Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, 1990, s.99)

Dünya Sağlık Örgütü'nce günlük tuz alımının en fazla 6 gram olması önerilmekte, normalde tuz alımı zorunlu olmadığı için bir alt sınırı önerilmemektedir.

**28. Aşağıdaki önlemlerden hangisi düşük doğum ağırlıklı bebek oranını azaltmak için etkili bir önlem değildir?**

- a) Adolesan çağıdaki kızların yeterli ve dengeli beslenmesini sağlayarak bulaşıcı hastalıklara karşı korumak.
- b) Doğurganlık çağındaki kadınların sistemik ve paraziter hastalıklara karşı korunmalarını, takip ve tedavilerini sağlamak.
- c) Orta öğrenim çağındaki öğrencilere düşük doğum ağırlıklı doğumların sakıncalarını anlatmak.
- d) Doğurganlık çağındaki kadınları ve adolesan çağıdaki kızları sigara, alkol ve ilaç bağımlılığı gibi alışkanlıklardan korumak.
- e) Gebe kadınlara ve eşlerine düşük doğum ağırlığının sakıncalarını ve etkileyen faktörleri anlatmak.

Cevap C (Öztürk, Aile Sağlığı El Kitabı, 1995, s.17)

Sorudaki a, b, d ve e seçeneklerinde düşük doğum ağırlığının etkileyen faktörlerin ortadan kaldırılmasına yönelik önlemler sarılmıştır. Buna karşılık c seçeneğinde belirtilen eğitim düşük doğum ağırlığının nedenleriyle değil sonuçlarıyla ilgilidir.

**29. Türkiye'de ilk kez hangi tarihte, tıbbi nedenlerle gebeliğin sonlandırılması yasayla serbest bırakılmıştır?**

- a) 1926
- b) 1938
- c) 1950
- d) 1965
- e) 1983

Cevap D (Öztürk, Aile Sağlığı El Kitabı, 1995, s.59-65)

1965 yılına kadar ülkemizde pronatalist politikanın gereği olarak, gebeliği önleyici yöntemlerin dağıtılması ve propagandası ile her ne sebeple olursa olsun gebeliğin sonlandırılması yasaklanmıştır. 1965 yılında çıkarılan 557 sayılı "Nüfus Planlaması Kanunu" ile tıbbi zaruret halinde gebeliğin sonlandırılmasına izin verilmiştir.

# KULAK-BURUN-BOĞAZ

1. İşitme kaybı şikayetiyle gelen bir hastaya diyapozon testleri yapılıyor. Weber testi sağa lateralize, Rinne testi sağda pozitif, solda negatif ise, hastanın işitme kaybı hangi kulağındadır? Ne tip işitme kaybıdır?

- a) Sağ kulağında ileri derecede sensorineural işitme kaybı
- b) Sol kulağında ileri derecede sensorineural işitme kaybı
- c) Sağ kulağında ileri derecede iletim tipi işitme kaybı
- d) Sol kulağında ileri derecede iletim tipi işitme kaybı
- e) Sağ kulağında ileri derecede mikst tip işitme kaybı

Cevap B (*Karasalıhoğlu, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi, 2.baskı, 1992, s.23*)

Tek taraflı işitme kayıplarında, weber iletim tipi işitme kaybında hasta kulağa, sensorineural işitme kaybında sağlam kulağa lateralize olur. Tek taraflı ileri derecede sensorineural kayıplarda yalancı negatif Rinne alınır.

2. Aşağıdakilerden hangisi objektif tinnitus şikayeti yapabilir?

- a) Kronik adheziv otitis media
- b) Otoskleroz
- c) Glomus jugulare tympanicum
- d) Meniere hastalığı
- e) Akustik nörinom

Cevap C (*Karasalıhoğlu, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi, 2.baskı, 1992, s.18*)

Arterio-venöz anevrizmalar, damak ve eustachi borusu adelelerinin kronik kasılmaları, ossikuler adele klonileri ve glomus jugulare tympanicum objektif tinnitusa yol açabilir.

3. Beş yaşında bir erkek çocuk, tek taraflı kokulu burun akıntısı, burun tıkanıklığı ve burun kanaması şikayeti ile geliyor. En olası tanı nedir?

- a) Sinüzit
- b) Adenoid vejetasyon
- c) Juvenil nazofarengeal anjiofibrom
- d) Burun yabancı cismi
- e) Nasal difteri

Cevap D (*Karasalıhoğlu, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi, 2.baskı, 1992, s.115*)

Soruda geçen semptomların varlığında, sıklıkla çocuklarda görülen burun yabancı cismi öncelikli olarak araştırılır.

4. Aşağıdaki hastalıkların hangisinde, oluşan anjinde servikal adenopati bulunmaz?

- a) Difteri
- b) İnfeksiyöz mononükleoz
- c) Agranülositoz
- d) Plaut-Vincent anjini
- e) Peritonsiller abse

Cevap C (*Karasalıhoğlu, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi, 2.baskı, 1992, s.160*)

Agranülositozda, nekrotik anjin ve ağır klinik tabloya rağmen servikal adenopatinin olmaması tipiktir.

5. Larenks epidermoid karsinomunun tedavisinde, larenksin hangi bölgesinden kaynaklanan tümör varlığında parsiyel larenjektomi şansı yoktur?

- a) Subglottik
- b) Glottik
- c) Supraglottik
- d) Yalancı kord
- e) Epiglot

Cevap A (*Karasalıhoğlu, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi, 2.baskı, 1992, s.205*)

Subglottik bölgede, tümörü sınırlandırabilecek veya yayılmasını engelleyebilecek özellik olmadığından prognozu kötü tümörlerdir ve parsiyel rezeksiyona imkan vermezler.

6. Çocuklardaki akut etmoidal sinüzitin en sık görülen komplikasyonu aşağıdakilerden hangisidir?

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

Cevap A (*Özşahinoğlu, Pratik Pediatrik Otolaringoloji, 1993, s.89*)

Çocuklarda akut frontal, etmoidal veya maksiller sinüs enfeksiyonlarından sonra en çok görülen komplikasyon orbitanın sellülitidir.

7. Çocuklarda en sık görülen tükrük bezi neoplazmi hangisidir?

- a) Mucoepidermoid karsinom
- b) Lenfanjioma
- c) Hemanjioma
- d) Warthin tümörü
- e) Adenokarsinoma



Cevap C (*Bailey, Head and Neck Surgery-Otolaryngology, 2.cilt, 1993, s.1125,1395*)

Çocuklarda görülen tükrük bezi tümörlerinin %65'i benignidir. En sık görülen benign tümör ise hemanjiomdur ve en sık görülen benign epitelyal tümör ise pleomorfik adenom (benign tümörler içinde ikinci sıradadır).

**8. Nazofarinks kanserinde en sık görülen semptom veya bulgu hangisidir?**

- a) Burun tıkanıklığı
- b) Boyunda kitle
- c) Burun kanaması
- d) Seröz otitis media
- e) Nazofarengeal yetmezlik

Cevap B (*Bailey, Head and Neck Surgery-Otolaryngology, 2.cilt, 1993, s.1260,1261*)

Boyunda kitle ve işitme kaybı en sık görülen semptom ve bulgulardır. Nazofarenks yüzey epitelinin lenfatik kanal ağları bulunduğu servikal metastaz yaygındır.

Tabloda semptom ve bulgu insidansı;

Boyun kitlesi %60

Kulakta dolgunluk %41

İşitme kaybı %37

Burun kanaması %30 olarak verilmiştir.

**9. Aşağıdakilerden hangisi orta kulağın en sık görülen tümörüdür?**

- a) Akustik nörinoma
- b) Fasial nörinoma
- c) Ponto serebellar köşe tümörü
- d) Glomus jugulare
- e) Parotisin adeno kistik karsinomu

Cevap D (*Bailey, Head and Neck Surgery-Otolaryngology, 2.cilt, 1993, s.1408*)

Glomus jugulare orta kulağın en yaygın neoplazmidir ve temporal kemik nöroleomomaları içinde ikinci sıklıkta görülür. Hastada pulsatil tinnitus veya işitme azlığı ortaya çıkar. Tipik bulgu orta kulak kavitesinde kulak zarı arkasında kırmızımsı kitledir.

**10. Hangi paranasal sinüs havalanmaya başlayan ilk sinüsdür?**

- a) Maksiller
- b) Frontal
- c) Ön etmoid
- d) Arka etmoid
- e) Sfenoid

Cevap A (*Cummings, Otolaryngology Head and Neck Surgery, 2.baskı, 1993, s.901-902*)

**11. Aşağıdaki yapılardan hangisi kavernöz sinüsten geçmez?**

- a) N. Olfaktorius
- b) N. Optikus
- c) N. Abdusens
- d) N. Troklearis
- e) A. Karotis İterna

Cevap A (*Lee, Essential Otolaryngology, 1991, s.973*)

**12. Periferik fasiyal paralizli bir hastada aşağıdakilerden hangisi tipik idiyopatik Bell paralizisi tablosuyla uyumludur?**

- a) Periferik fasiyal paralizinin simultane ve bilateral olması
- b) Kulak enfeksiyonunun bulunması
- c) Doğumdan itibaren fasiyal paralizinin bulunması
- d) Travma öyküsünün olması
- e) Periferik fasiyal paralizisinin spontan olarak gerilemesi

Cevap E (*Paparella, Otolaryngology, Volume II, 1991, s.1112*)

**13. Hangisi trakeotominin erken komplikasyonları arasında yer almaz?**

- a) Pnöromediastinum
- b) Nervus recurrens hasarı
- c) Kanama
- d) Subkutanöz anfizem
- e) Trakeal stenoz

Cevap E (*Seid AB, Gluckmann J.L. Otolaryngology, 3.Baskı, 1991*)

**14. Aşağıdakilerden hangisi "trismus" görülür?**

- a) Nazoorbital kırıklar
- b) Mandibula symphysis kırıkları
- c) Le Fort II kırığı
- d) Mandibula korpus kırıkları
- e) Zygomanın tripod kırıkları

Cevap E (*Kazanjian & Converse's Surgical Treatment of Facial Injuries, 3.Baskı, s.295*)

**15. Glomus jugulare tümörünün kanlanması esas olarak hangi arter ile sağlanır?**

- a) İnfraorbital arter
- b) Asendan farengeal arter
- c) Posterior etmoidal arter
- d) Superior larengeal arter
- e) Stilomastoid arter

Cevap B (*Glasscock, Surgery of the Ear, 1990, s.521-522*)

16.Rekürren laringeal sinir (n. laryngeus inferior) aşağıdaki kaslardan hangisini innerve etmez?

- a) Lateral krikoaritenoid
- b) İnteraritenoid
- c) Posterior krikoaritenoid
- d) Krikotiroid
- e) İnternal tiroaritenoid

Cevap D (Cummings, Otolaryngology Head Neck Surgery, s.1701)

17.Larinkste epidermoid karsinom en sık hangi lokalizasyonda görülür?

- a) Supraglottik bölge
- b) Glottik bölge
- c) Subglottik bölge
- d) Ventrikül
- e) Hiçbiri

Cevap B (Cummings, Otolaryngology Head Neck Surgery, s.1929)

18.Parotiste en sık görülen benign tükrük bezi tümörü aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Monomorfik adenom
- b) Pleomorfik adenom
- c) Whartin tümörü
- d) Onkositom
- e) Miyoepitelyoma

Cevap B (Cummings, Otolaryngology Head Neck Surgery, s.1033)

19.Düzeltilmeyen bolwn-out fraktürü aşağıdakilerden hangisine neden olabilir?

- a) Anosmi
- b) Ekzoftalmus
- c) Enoftalmus
- d) Epiforia
- e) Kavernöz sinüs tromboflebiti

Cevap C (Paparella, Otolaryngology, 1991, s. 3044)

20.Konuşmayı ayırdetme skorunun işitme kaybı ile olmayacak şekilde beklenenden düşük olması aşağıdakilerden hangi hastalık grubunda önemlidir?

- a) Kronik otitis media
- b) Otoskleroz
- c) Akustik nörinom
- d) Meniere Hastalığı
- e) Timpanoskleroz

Cevap C (Paparella, Otolaryngology, 1991)

21.Meningojenik labirentit, pediatrik gurupta en yaygın sağırılık sebebidir. Meningojenik labirentite en fazla neden olan bakteriyel ajanlar aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Haemophilus influenzae ve Streptococcus pneumoniae
- b) Beta-hemolytic streptococcus
- c) Proteus ve Pseudomonas türleri
- d) Bacteroides türleri
- e) B. Catarrhalis

Cevap A (Paparella, Otolaryngology, 3.baskı, s.1603, 1991)

22.Lakrimal glanda sekretuar lifler taşıyan sinir aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Greater superficial petrozal sinir
- b) Chorda tympani
- c) N. Intermedius
- d) N. Stapedius
- e) Posterior auricular sinir

Cevap A (Paparella, Otolaryngology, 3.baskı, s.1099, 1991)

23.Aşağıdaki damarlardan hangisi burun kan akımına katılmaz?

- a) Oftalmik arterin uç dalları
- b) Fasial arterin uç dalları
- c) Sfenopalatin arter
- d) Descending palatin arter
- e) Digastiric Arter

Cevap E (Paparella, Otolaryngology, 3.baskı, 1991, s.1831)

# NÖROŞİRÜRJİ

1. İdiopatik trigeminal nevraljide ilk tedavi seçeneği aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Carbamazepine
- b) Baclofen
- c) Retrogasserian radyofrekans termo koagulasyon
- d) Dandy ameliyatı
- e) Mikrovasküler dekompresyon (Janetta ameliyatı)

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

Trigeminal nevraljide ilk tedavi olarak 600-1600 mg/gün dozda bir GABA agonisti olan carbamazepine kullanılır.

2. Aşağıdaki herniasyonlardan hangisinde nervus oculomotorius basısı herniasyonun ilk habercisidir?

- a) Tonsiller herniasyon
- b) Unkal herniasyon
- c) Singular herniasyon
- d) Yukarı doğru transtentoryal herniasyon
- e) Frontal lobun sella içine herniasyonu

Cevap B (Lindsay, Neurology and Neurosurgery Illustrated, 2.baskı, 1991, s.220)

Temporal lobun medial kısmı olan uncus hippocampi'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.

3. Aşağıdaki beyin tümörlerinden hangisi nazofaringeal obstrüksiyon ve nervus abducens paralizisi ile belirti verir?

- a) İntrasellar hipofiz adenomu
- b) Oksipital glioblastoma multiforme
- c) Suprasellar kraniofarenjioma
- d) Klivus kordoması
- e) Serebellar kistik astrositom

Cevap D (Lindsay, Neurology and Neurosurgery Illustrated, 2.baskı, 1991, s.342)

Primitif notokord artıklarından köken alan kordomalar en sık oksipital kemiğin klivus kesiminde ekstradural olarak yerleşirler. Bu tümörler öne doğru ilerleyerek nazofarenkse arkaya doğru ilerleyerek de her iki nervus abducense basarlar.

4. Aşağıdaki kraniosinostozlardan hangisi scaphocephaly'e neden olur?

- a) Sagittal suture synostosis'ı
- b) Coronal suture synostosis'ı
- c) Lambdoid suture synostosis'ı
- d) Pansynostosis
- e) Metopik suture synostosis'ı

Cevap A (Lindsay, Neurology and Neurosurgery Illustrated, 2.baskı, 1991, s.368)

Kraniosinostoz, kranial suturelerin bir veya birkaçının erken kapanmasıdır. Bu durumda büyüme hattına dik olarak büyüme olmaz. Sagittal suture sinostozunda suture dik yönde büyüme olamaz ve kalvaryum kayık şeklini alır, buna scaphocephaly adı verilir.

5. Aşağıdaki travmatik hematolardan hangisinde bilgisayarlı tomografide içeri doğru konveks, hiperdens bir görüntü vardır, etyolojisinde orta meningeal arterin travmatik kesilmesi yatar?

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

Cevap E (Lindsay, Neurology and Neurosurgery Illustrated, 2.baskı, 1991, s.223)

Epidural hematomların etyolojisindeki 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.

6. Ponto Serebellar köşe tümörlerinde elastik nöri-nomda ilk semptom aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Kusma
- b) İşitme kaybı
- c) Vertigo
- d) Diskinezi
- e) Baş ağrısı

Cevap B (Gökalp, Nöroşirürji ders notları, s.144)

7. BOS dolanımı ile en sık metastaz yapan tümör aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Memengiom
- b) Medulloblastom
- c) Oligodentrogliom
- d) Glioblastom
- e) Hiçbiri

Cevap B (Gökalp, Nöroşirürji ders notları, s.134)

8. Gergin kord sendromunun (Tethered cord Send.) en sık rastlanan bulgusu hangisidir?

- a) Alt ekstremitte güçsüzlüğü
- b) Posterior spina bifida (lomber veya sakral)
- c) Yegane defisit mesane disfonksiyonu
- d) Duyusal defisit
- e) Kutanoz bulgular

Cevap C (Mark, Greenberg, 3.baskı, s.173)

9. Kafa travmalarında BT'de bazal sisterna obliterasyonu ile glasgow skalası arasında ilişkilerden hangisi yanlıştır?

- a) Bazal sisterna normalde mortalite %22, ciddi sakatlık %16, iyilik %35
- b) Bazal sisterna basıksa mortalite %39, ciddi sakatlık %18, iyilik %19
- c) Bazal sisterna kaybolmuşsa mortalite %68, ciddi sakatlık %6, iyilik %11
- d) Bazal sisterna görülmezse mortalite %68, ciddi sakatlık %11, iyilik %12
- e) Bazal sisternalar basıksa, mortalite %12, ciddi sakatlık %32, iyilik %2

Cevap E (Mark, Greenberg, 3.baskı, s.558)

10. En sık rastlanan beyin tümörü aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Menenjiom
- b) Oligodendrogliom
- c) Glioblastoma multiforme
- d) Ependimom
- e) Akustik nörinom

Cevap C (Tunçbay, Nöroşirürji Ders Kitabı, 2.baskı, s.113)

11. Aşağıdaki tümörlerden hangisi mezodermal kökenlidir?

- a) Glioblastoma multiforme
- b) Meningioma
- c) Astrositoma
- d) Ependimoma
- e) Fibriler astrositoma

Cevap B (Tunçbay, Nöroşirürji Ders Kitabı, 2.baskı, s.115)

12. Suprasellar ekstansiyon yapmış hipofiz tümörleri için spesifik nörooftalmolojik bulgu nedir?

- a) Retinada kanama plakları
- b) Bitemporal hemianopsi
- c) Sağ ve sol homonim hemianopsi
- d) Santral skotom
- e) Görme alanında periferik konstriktör daralma

Cevap B (Tunçbay, Nöroşirürji Ders Kitabı, 2.baskı, s.121)

13. Aşağıdakilerden hangisi pulsatil egzoftalmi nedenidir?

- a) Optik gliom
- b) Retinoblastom
- c) Lenfanjiom
- d) Karotiko-karvenöz fistül
- e) Orbital pseudotümör

Cevap D (Tunçbay, Nöroşirürji Ders Kitabı, 2.baskı, s.92)

14. Aşağıdaki kafa travması şekillerinden hangisinde prognoz en kötüdür?

- a) Akut subdural hematom
- b) Kronik subdural hematom
- c) Çökme kırığı
- d) Kommosyo serebri
- e) Epidural hematom

Cevap A (Tunçbay, Nöroşirürji Ders Kitabı, 2.baskı, s.82)

15. Serebral anevrizmaların en sık görüldüğü yer hangisidir?

- a) Posterior komminikan arter
- b) Orta serebral arter
- c) Anterior komminikan arter
- d) Oftalmik arter
- e) Distal anterior serebral arter

Cevap C (Youmans, Neurological surgery, 3.cilt, 3.baskı, 1990, s.1690)

16. L5-S1 disk hernisinde kuvvet kusuru hangi hareket sırasında ortaya çıkar?

- a) Ayağın dorsi fleksiyonu
- b) Diz fleksiyonu
- c) Ayak başparmağının dorsi fleksiyonu
- d) Ayak inversiyonu
- e) Ayağın plantar fleksiyonu

Cevap E (Youmans, Neurological surgery, 4.cilt, 3.baskı, 1990, s.2671-72)

17. Aşağıdakilerden hangisi hipotalamik bir hormondur?

- a) Growth hormon
- b) Prolaktin
- c) ACTH
- d) TRH
- e) FSH-LH

Cevap D (Wilkins, Rengachary, Neurosurgery, 1.cilt, s.797)

18.Karpal tünel sendromunda hangi sinir kompresyonu uğrar?

- a) Radial
- b) Median
- c) Ulnar
- d) Muskulotanöz
- e) Aksiller

Cevap B (Wilkins, Rengachary, Neurosurgery, 2.cilt, s.1772)

19.Hangi lokalizasyonadaki beyin tümörlerinde Geutsman sendromu ortaya çıkabilir?

- a) Non-dominant frontal lop
- b) Dominant frontal lop
- c) Non-dominant perietal lop
- d) Dominant perietal lop
- e) Dominant temporal lop

Cevap D (Wilkins, Rengachary, Neurosurgery, 1.cilt, 1985, s.38)

20.Anevrizma rüptürü nedeniyle subaraknoid kanama en sık hangi yaşlarda görülür?

- a) 20-29
- b) 30-39
- c) 40-49
- d) 50-59
- e) 60-69

Cevap D (Pakarinen S. Incidence, aetiology and prognosis of primary subarachnoid haemorrhage: A study based on 589 cases diagnosed in a defined urban population during a defined period. Acta Neurol Scand (Suppl) 29:1-128, 1967)

21.Spontan (nontravmatik) subaraknoid kanamaların en sık nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Arteriyovenöz malformasyon
- b) Anevrizma
- c) Hipertansiyon
- d) Beyin tümörleri
- e) Antikoagülan kullanımı

Cevap B (Sahs AL, Perret GE, Locksley HB, Nishioka H, eds. Intracranial Aneurysms and Subarachnoid Hemorrhage: A Cooperative Study. Philadelphia, Lippincott, 1969)

22.Von Hippel-Lindau hastalığı için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Pineal gland disfonksiyonudur.

- b) Otozomal dominant bir hastalıktır.
- c) Kafa travmasından sonra görülen sık bir sendromdur.
- d) Karakteristik bir lezyonu yoktur.
- e) Malign bir tümördür.

Cevap B (Horton WA, Wong V, Eldridge R. Von Hippel-Lindau disease. Arch Intern Med 136:769-777)

23.Radiografik kalsifikasyonu olan intrakraniyal tümör tipi hangisidir?

- a) Astrositom
- b) Glioblastom multiforme
- c) Oligodendrogliom
- d) Prolaktinom
- e) Nörofibrom

Cevap C (Chin HW, Hazel JJ, Kim TH, Webster JH. Oligodendrogliomas: I. A clinical study of cerebral oligodendrogliomas. Cancer 45:1458-1466)

24.Fizyolojik kalsifikasyon görülen intrakraniyal gland hangisidir?

- a) Hipofiz
- b) Pineal
- c) Genikulat
- d) Gasser
- e) Forniks

Cevap B (Schey WL. Intracranial calcifications in childhood: Frequency of occurrence and significance. AJR 122:495-502)

25.Spontan beyin kanamalarında seçilecek tedavi hangisidir?

- a) Tüm olgular için cerrahidir.
- b) Tüm olgular için tıbbidir.
- c) İlk hafta içinde başvurmuş çapı 3 cm'den büyük serebellum yerleşimli kanamalı olgular opere edilmelidir.
- d) Sadece bazal ganglion yerleşimli kanamalar opere edilmelidir.
- e) Pons kanamalarında tek tedavi seçeneği cerrahidir.

Cevap C (Crowell, Spontaneous brain hemorrhage, Surgical consideration, 1992, s.1980)

26.Anevrizmal subaraknoidal kanamalı olguların yüzde kaçında çoğul anevrizma bulunur?

- a) %10'unda çoğul anevrizma bulunur.
- b) %20-30'unda çoğul anevrizma bulunur.
- c) %50'sinde çoğul anevrizma bulunur.
- d) %50-60'ında çoğul anevrizma bulunur.
- e) %60-70'inde çoğul anevrizma bulunur.

Cevap B (Sekhar, Origin, growth and rupture of saccular aneurysms: a review, s.248-60)

27.En malign beyin tümörü olan GBM (glioblastoma multiforme) etyopatogenezinde en sık hangi kromozomda bozukluk bulunmaktadır?

- a) 17. kromozomun p kolunda eksiklik ya da yitim
- b) 7. kromozomda aberasyon (fazlalık)
- c) 10. kromozomda q kolunda delesyon (yitim)
- d) Y kromozomunda yitim
- e) 1. kromozomda kayıp

Cevap C (Oktar, Nöroonkoloji-1 Kuramsal Yaklaşım, Açılım, 1998, s.10)

28.Servikal spondilolitik miyelopati için aşağıdaki sap-tamalardan hangisi doğru değildir?

- a) 40 yaşından sonra en sık görülen medulla basısı nedenidir.
- b) Genellikle vertebra cisminin arkasında yerleşmiş osteofitlerin basısı ile olur.
- c) Üst ekstremitelerde atrofi, alt ekstremitelerde spastisite ile giden tetrapareziye yol açar.
- d) Üst ekstremitelerde spastisite, alt ekstremitelerde atrofi ile giden tetrapareziye yol açar.
- e) En uygun tedavi cerrahidir.

Cevap D (Zileli, Omurilik ve Omurga Cerrahisi, 1.cilt, 1996, s.315-43)

29.Aşağıdakilerden hangisi radiküler ağrının özelliği değildir?

- a) Sadece alt ve üst ekstremitelerde görülen bir ağrıdır.
- b) Öksürmekle şiddetlenen bir ağrıdır.
- c) Bir dermatom boyunca yayılır.
- d) Sinir germe testleri ile şiddetlenen bir ağrıdır.
- e) Belli vücut pozisyonlarında şiddetlenen bir ağrıdır.

Cevap A (Zileli, Omurilik ve Omurga Cerrahisi, 1.cilt, 1996, s.315-43)

30.Serebral vazospazm tedavisinde kullanılan yeni yöntemler aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Ventriküloskopi
- b) Laser anjioplasti
- c) Transluminal anjioplasti
- d) Stereotaktik anjiorelaksasyon
- e) H2 reseptör antagonisti

Cevap C (Youmans, Neurological Surgery CD: Chapter 11: Cerebral angiography, Angiography of intracranial hemorrhage. Aneurysms, Vasospasm and angioplasty, 3090,46399, 1997)

31.Parasagittal yerleşim gösteren menenjiomu olan hastada en belirgin klinik bulgu nedir?

- a) Görme kaybı
- b) III. sinir paralizisi
- c) Paraparezi
- d) Koku halusinyasyonu
- e) Yutma güçlüğü

Cevap C (Youmans, Neurological Surgery CD: Chapter 127: Meningiomas, Parasagittal meningiomas, 33760, 46399, 1997)

32.En sık kalsifikasyon gösteren beyin tümörü hangisidir?

- a) Gliom
- b) Menenjiom
- c) Akustik nörinom
- d) Kraniofarinjiom
- e) Epandimom

Cevap D (Youmans, Neurological Surgery CD: Chapter 113: Craniopharyngioma, 29726, 46399, 1997)

33.Hangisi travmatik epidural hematoma bağlı olarak gelişen unkal herniasyonda beklenmeyen bir bulgudur?

- a) Anizokori
- b) Hemiparezi
- c) Bilinçte bozulma
- d) Papil ödemi
- e) Kusma

Cevap D (Wilkins, Neurosurgery, s.1570-1578)

# ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ

1. Barlow testi pozitif, gelişimsel kalça displazisi olan 5 aylık çocukta ilk seçilecek tedavi yöntemi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Bol ara bezi
- b) Pavlik bandajı
- c) Kapalı redüksiyon ve pelvipedal alçı
- d) Femoral osteotomi
- e) Pelvik osteotomi

Cevap B (*Tachdjian Pediatrics Orthopaedics, 1990, s.331-334*)

Disloke edilebilir veya disloke olup redükte edilebilir gelişimsel kalça çıkığı olan hastalarda ilk 6 aylık dönemde ilk tercih edilecek tedavi yöntemi kalça redüksiyonunu sağlayan ve/veya kalçayı redükte pozisyonda tutabilen kalça ortezleridir. Barlow testi kalçanın disloke olabildiğini gösteren bir testdir. Pavlik bandajı bir kalça ortezi olup 6 aya kadar olan çocuklarda kullanılır.

2. Multipl travmalı bir hastanın femur kırığını ilk 24 saatte fikse etmenin en önemli yararı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Pulmoner komplikasyonları azalır.
- b) Nonunion oranını azaltır.
- c) Analjezik ihtiyacını azaltır.
- d) Kan transfüzyon ihtiyacını azaltır.
- e) İnfeksiyon riskini azaltır.

Cevap A (*Green's Fractures in Adults, 1996, s.439*)

Multipl travmalı aynı zamanda femur kırığı olan hastalarda, ilk 24 saat içinde fiksasyon yapılması, daha geç fiksasyon yapılanlara oranla pulmoner komplikasyonların (yağ embolisi sendromu, pulmoner tromboemboli) azalmasını sağlamıştır.

3. Etkili bir yardımcı tedavinin bulunmadığı, yalnız cerrahi ile tedavi edilecek bir evre IIA (yüksek "grade", intrakompartmantal) kas iskelet sistemi sarkomunda, önerilecek uygun cerrahi eksizyon tipi ne olmalıdır?

- a) Lezyon içi lokal rezeksiyon
- b) Marjinal lokal rezeksiyon
- c) Genil lokal rezeksiyon
- d) Radikal lokal rezeksiyon
- e) Radikal amputasyon

Cevap D (*Crenshaw, Campbell's Operative Orthopaedics, 1.cilt, 1992, s.199*)

Etkin bir yardımcı (adjuvan) tedavinin bulunmadığı durumlarda, kas iskelet sistemi tümörlerin cerrahi evre-

lendirme sistemi, evre I (düşük "grade") tümörlerde geniş; evre II (yüksek "grade") tümörlerde ise radikal rezeksiyon önermektedir. Soruda bahsedilen tümör kompartman içine lokalize olduğundan, amputasyon gerekli değildir.

4. Metafiz yerleşimli akut hematogen osteomyelitlerin epifize uzanması ve ekleme açılarak septik artrit oluşturması riski aşağıdaki yaş gruplarının hangisinde en düşüktür?

- a) 0-2 yaş arası çocuklar
- b) 2 yaş-matürite arası çocuklar
- c) Yaştan bağımsız olarak tüm erişkinler
- d) 15-35 yaş arası genç erişkinler
- e) Risk yaştan bağımsızdır.

Cevap B (*Crenshaw, Campbell's Operative Orthopaedics, 1.cilt, 1992, s.132*)

İki yaştan küçük çocuklarda fizis plağını penetre eden damarlar sayesinde epifiz ile metafiz ortak bir kan dolaşımına sahiptir. Bu durum iki yaştan sonra ortadan kalkar, ancak fizis plağının ortadan kalktığı iskelet matüritesi sonrası tekrar ortak bir dolaşım oluşur. Bu nedenle metafiz yerleşimli osteomyelitlerin epifize ilerleyerek eklem tutulumu oluşturma açısından en düşük riskli grup 2 yaş ile matürite arası çocuklardır.

5. Aşağıdaki faktörlerden hangisi gelişimsel kalça displazisi için tanımlanmış risk faktörleri arasında değildir?

- a) Ailede kalça displazisi varlığı
- b) Bebeğin annenin doğurduğu ilk çocuk olması
- c) Membranların erken rüptürüne veya diğer nedenlere bağlı oligohidramniyoz varlığı
- d) Makadi geliş
- e) Dizlerin in utero aşırı fleksiyona zorlanmış olması

Cevap E (*Tachdjian, Clinical Pediatric Orthopaedics, 1997, s.168*)

In utero dizlerin ekstansiyon pozisyonunda olması GKÇ için risk oluşturur. A-D şıklarında sıralanan faktörlere ek olarak çoğul gebelikler, doğum sezaryen ile gerçekleşmiş bile olsa intrauterin makadi geliş pozisyonu GKÇ riskini arttıran diğer faktörler arasında sayılabilir.

6. Tüberküloz spondilite bağlı erken dönemde oluşan nörolojik defisitlerin olası nedenleri için aşağıda söylenenlerden hangisi yanlıştır?

- Epidural absenin mekanik kompresyonu
- Spinal kanal içinde yer işgal eden granülasyon dokusu
- Çok seviyeli vertebra tutulumu olan, yaygın hastalıklarda enfeksiyon ajanının meninks irritasyonu yoluyla santral sinir sistemini etkileyerek 1. motor nöron tipi lezyonlar oluşturması
- Sekestre olmuş kemik veya disk parçacıkları
- Spinal kordu besleyen arterlerde infektif tromboz

Cevap C (*D'Ambrosia, Orthopaedic Infections, s.451*)

Tüberküloz spondilitli hastaların yaklaşık %10-35'inde nörolojik defisit ortaya çıkar. Erken dönemde (hastalığın aktif olduğu dönem) nörolojik defisitler spinal kordun bası altında kalmasına bağlıdır. Geç dönemde enfeksiyon ciddi kemik destrüksiyonuna neden olur ve akut açılı kifotik angulasyon gelişirse kordun traksiyonuna bağlı defisitler de gelişebilir.

7. Osteogenesis imperfekta için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Otozomal dominant veya otozomal resesif olarak kalıtılır.
- Tip I kollajen yapımında defekt vardır.
- Kırık iyileşmesi sadece remodelasyon safhasında değil, kallus formasyonunda da yetersiz ve gecikmiştir.
- Uzun kemiklerde deformiteler siktir.
- Kemik doku yanında dişler, deri, saçlar ve bağlar gibi kollajen içeren dokularda anomaliler olabilir.

Cevap C (*Adams, Outline of Orthopaedics, 12.baskı, 1995, s.47-48*)

Kemik displazileri içinde yer alan osteogenesis imperfekta kalıtsal ve konjenital bir hastalıktır. Sillence tarafından 4 değişik klinik formu tanımlanmıştır ve klinik forma göre kalıtım otozomal dominant veya resesif olabilir. En şiddetli formunda bebek multiple kırıklarla doğar ve yaşaması mümkün değildir. Daha ılımlı formlarında kırıklar doğum anında veya daha sonra olabilir.

Bu bağ dokusu hastalığında primer defektin kemiğin temel kollajeni olan Tip I kollajen defekti olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle kemik remodele olamaz, lameller kemik gelişiminde sorun vardır ve kortikalizasyon yetersizdir. Klinik tabloda deforme uzun kemikler ve minör travmalarla kolayca oluşan kırıklar belirgindir. Buna karşılık primitif ağsı kemik oluşumu ve kemik iyileşmesinde sorun yoktur. Kırık iyileşmesi gecikmez. Tip I kollajen içeren diş, saçlarda gelişme problemleri, ligamentöz laksite yanında mavi sklera ve otoskleroza bağlı sağırılık olabilir. İlimli klinik formlarında çocuk erişkin yaşa ulaşınca kemik remodelasyonunda relatif olarak bir iyileşme görülür ve kırıkların insidansı azalır.

8. Trafik kazası sonrası göğüs ve abdomen künt travması, sağ femur cismi parçalı kırığı olan 40 yaşındaki erkek hastada 36. saatte 90° ateş, taşikardi, solunum güçlüğü (sedasyona rağmen 35/dk taşipne, aksesuar solunum kaslarının solunuma iştiraki), sarılık ve bilinç bulanıklığı gözleniyor.

- Yağ embolisi sendromu düşünülerek kan gazları çalışılmalıdır.
- Hastada akut karaciğer yetmezliği gelişmektedir.
- Bilinç bulanıklığı başlamış olması subdural hematoma olduğunu gösterir.
- Acil taze kan transfüzyonu gereklidir.
- Bu hastada göğüs duvarında, konjunktiva ve göğüs duvarında peteşiyal döküntüler varsa Gr (-) sepsis tanısı kesinleşir.

Cevap A (*Lindeque, Fat Embolism and the Fat Embolism Syndrome, s.128-131*)

Yağ embolisi sendromu multiple travma veya uzun kemik kırıkları sonrası görülebilir. Kırık nedeniyle mobilize olan intermedüller içeriğin intravasküler kompartmana geçmesi alveolar kollaps ve Erişkin Solunum Zorluğu (ARDS) tablosu yaratır. Klinik tablo genellikle 24-72 saat içinde belirgin olarak gözlemlenir. 1970 yılında Gurd klinik tanı için kriterleri tanımlamıştır.

Majör bulgular; solunum yetmezliği, bilinç bulanıklığı, aksilla ve göğüs ön duvarında peteşiyal kanamalar. Minör bulgular; Ateş, taşikardi, retinal değişiklikler, sarılık ve böbrek yetmezliği bulgularıdır.

En az 4 minör ve 1 majör kriterin varlığında tanı konulur.

Kan gazları çalışılmalıdır; PO<sub>2</sub> 60 mmHg altında, PCO<sub>2</sub> 55 mmHg üstünde ve pH 7.3 altındaysa kesin tanı konulmuş olur.

9. Aşağıdakilerden hangisi Hill-Sachs lezyonu için tanımlayıcıdır?

- Omuzun anteriora doğru çıkması sonucunda humerus başı posteriorunda oluşan çökme kırığıdır.
- Omuzun posteriora doğru çıkması sonucu humerus başının anteriorunda oluşan çökme kırığıdır.
- Omuzun inferiora doğru çıkması sonucunda humerus başının superolateralinde oluşan çökme kırığıdır.
- Omuzun anteriora doğru çıkması sonucunda glenoid ön kenarında oluşan kopma kırığıdır.
- Omuzun posteriora doğru çıkması sonucunda glenoid arka kenarında oluşan kopma kırığıdır.

Cevap A (*Browner, Skeletal Trauma: Fractures, Dislocations and Ligamentous Injuries, 1.baskı, 1992, s.1266*)

Hill-Sachs lezyonu omuzun travmatik veya tekrarlayan anteriora çıkıklarında glenoidin basısı sonucunda humerus başının posteriorunda meydana gelen çökme kırığıdır.



**10. Proksimal humerus kırıklarında en sık yaralanan sinir aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Supraskapular sinir
- b) Muskulokutan sinir
- c) Aksiller sinir
- d) Ulnar sinir
- e) Radial sinir

Cevap C (*Rockwood, Fractures In Adults, 3.baskı, 1991, s.913*)

Proksimal humerus kırıklarında en sık yaralanan sinir, aksiller sinirdir.

**11. Legg-Calve-Perthes hastalığı ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Hasta ne kadar küçükse prognoz o kadar iyidir.
- b) Başın tutulum miktarı arttıkça prognoz kötüleşir.
- c) Femur başının sublükse olduğu vakalarda prognoz kötüdür.
- d) Fizisin erken kapanması iyi prognoz işaretidir.
- e) Kalça hareket genişliğinin azalmaması iyi prognoz işaretidir.

Cevap D (*Tashdjian, Pediatric Orthopedics, 2.baskı, 1990, s.963*)

Legg-Calve-Perthes hastalığında femur fizisinin tutulması ile başın etkilenmesi arasında direkt bir ilişki vardır. Fizis ne kadar erken kapanırsa prognoz o kadar kötüdür.

**12. Kemikte avasküler nekrozla ilgili olarak aşağıdaki bilgilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Ayak naviküler kemiğinin avasküler nekrozuna Köhler hastalığı adı verilir.
- b) Vertebra cisminin avasküler nekrozuna Scheurmann hastalığı adı verilir.
- c) Tuberositas tibianın avasküler nekrozuna Os-good-Schlatter hastalığı adı verilir.
- d) Lunat kemiğinin avasküler nekrozuna Kienbock hastalığı adı verilir.
- e) Metakarp başının avasküler nekrozuna Freiberg hastalığı adı verilir.

Cevap E (*Crenshaw AH. Campbell's Operative Orthopaedics, 8.baskı, 1992, s.1961*)

Freiberg hastalığı metatars başında görülen avasküler nekroza verilen addır.

**13. Aşağıdakilerden hangisi Ewing sarkomunun ayırıcı tanısında kullanılan spesifik tetkiklerden değildir?**

- a) İdrar VMA (vanil mandelik asit) düzeyi
- b) Doku glikojen düzeyi
- c) İmmünohistokimyasal markerlar
- d) Elektron mikroskopisi
- e) Bence-Jones proteinürisi

Cevap E (*Crenshaw, Campbell's Operative Orthopaedics, 8.baskı, 1992, Cilt 2, s.278*)

Ewing sarkomunun nöroblastoma, kemiğin lenfoması, oat cell karsinoma ve kemiğin primitif nöroektodermal tümörleri ile ayırımı zordur. İdrar VMA düzeyi, doku glikojen düzeyi, immünohistokimyasal markerlar ve elektron mikroskopisi gibi tetkikler ayırım yapılması için sıklıkla gerekli olan spesifik tetkiklerdir. Bence-Jones proteinürisi ise multipl myeloma tanısında kullanılır.

**14. DKÇ radyolojik tanısında kullanılan ve femur boyunun medial kenarı ile obturator foramenin üst kenarı arasında çizilen hat aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Y çizgisi
- b) Ombredannenin vertikal hattı
- c) Shenton-menard hattı
- d) Perkins çizgisi
- e) Hilgenreiner çizgisi

Cevap C (*Mihran, Tachdjian, Pediatric Orthopedics, 2.baskı, 1990, Cilt 1, s.319-321*)

Y çizgisi veya Hilgenreiner çizgisi triradiate kırıkların birleştiren horizontal çizgidir. Perkins çizgisi veya Ombredannenin vertikal hattı ise, asetabuler çatının ossifiye olmuş en üst-dış köşesinden Y çizgisine dik olarak çizilir. Femur boyunun medial kenarı ile obturator foramenin üst kenarı arasında çizilen hat Shenton-menard hattı olarak adlandırılır.

**15. Aşağıdakilerden hangisi osteoartritin radyolojik bulgularından değildir?**

- a) Eklem aralığında daralma
- b) Subkondral kemik hipertrofisi
- c) Osteofit formasyonu
- d) Subkondral kist formasyonu
- e) Osteoporoz

Cevap E (*Howard S. An.: Synopsis of Orthopaedics, Thime Medical Publisher, New York, 1992, s.87*)

Osteoartritin radyolojik bulguları: eklem aralığında daralma, subkondral kemik hipertrofisi, osteofit formasyonu, subkondral kist formasyonudur.

**16. Osteosarkom vücutta en sık hangi eklem çevresine yerleşir?**

- a) Kalça
- b) Diz
- c) Ayak bileği
- d) Omuz
- e) Dirsek

Cevap B (*Yüçetürk, Tıp Öğrencileri ve Pratisyen Hekimler İçin Ortopedi ve Travmatoloji, 2.baskı, 1997, s.267*)

Osteosarkom (osteojenik osteosarkom) en sık 10-20 yaş arası dönemde ortaya çıkan malign özellikte bir tümördür. Genellikle hızlı büyümenin gerçekleştiği büyük eklemlerin çevresine yerleşir. En çok tuttuğu

bölgeler femur alt ucu ve tibia üst ucudur, böylece os-teosarkomların %60'ı diz çevresinde yer alır.

**17. Epifiz avasküler (iskemik) nekrozunun en sık görüldüğü yer hangisidir?**

- a) Femur başı
- b) Tibia proksimali
- c) Kalkaneus
- d) Talus
- e) İkinci metatars başı

Cevap A (Yüçetürk, Tıp Öğrencileri ve Pratisyen Hekimler İçin Ortopedi ve Travmatoloji, 2.baskı, 1997, s.91)

Kemiğin fokal lezyonu olarak kabul edilen epifiz avasküler (iskemik) nekrozu nedeni bilinsin veya bilinmesin, hangi yaşta ortaya çıkarsa çıksın en sık femur başı epifizinde görülmektedir.

**18. Radius distal uç metafizinin dorsale açılanma gösteren eklem dışı transvers kırığına klasik olarak ne isim verilir?**

- a) Colles kırığı
- b) Smith kırığı
- c) Galeazzi kırığı
- d) Dorsal Barton kırığı
- e) Volar Barton kırığı

Cevap A (Yüçetürk, Tıp Öğrencileri ve Pratisyen Hekimler İçin Ortopedi ve Travmatoloji, 2.baskı, 1997, s.328)

Colles kırığı ismi radius distal uç metafizinin dorsale açılanma gösteren tüm kırıklara verilen bir isim olsa da, gerçek tanımı bu kırığın eklem dışı ve transvers özellikte olmasıdır.

**19. Çocukluk çağı suprakondiler humerus kırıklarının perkütan çivileme yöntemi ile tedavisi sırasında en sık hangi sinir zedelenme riski taşır?**

- a) Ulnar
- b) Median
- c) Radial
- d) Lateral antebrakial
- e) Medial antebrakial

Cevap A (Royce, Neurologic Complications After K-Wire Fixation of Supracondylar Humerus Fractures in Children, 1991, s.191-194)

Ulnar sinir kubital tünelden geçtiği suprakondiler bölgedeki yerleşimi nedeniyle sıklıkla travmatize olur.

**20. Aşağıdakilerden hangisi gelişimsel kalça çıkığı için risk faktörlerinden değildir?**

- a) Pozitif aile öyküsü
- b) İlk doğum
- c) Makad gelişi doğum
- d) Hamilelikte polihidramniyoz
- e) Çok doğumlu gebelikler

Cevap D (Tachdjian, Pediatric Orthopaedics, 1.cilt, 2.baskı, s.317)

Pozitif aile öyküsü dışındaki seçenekler dikkat edildiğinde hamilelik sırasında uterus hacminin daraldığı durumlardır. Bu yönüyle oligohidramniyoz da risk faktörüdür. Dolayısıyla uterus hacminin arttığı polihidramniyoz doğru cevaptır.

**21. Aşağıdaki ayak deformitelerinde hangisi özellikle nöromusküler bozukluklarla birlikte görülme eğilimindedir?**

- a) Pes planus
- b) Pes ekinovarus
- c) Pes kavus
- d) Pes kalkaneus
- e) Konjenital konveks pes valgus

Cevap C (Tachdjian, Pediatric Orthopaedics, 2.baskı, 1990, s.2671)

**22. Aşağıdakilerden hangisi menisküs yaralanmalı bir hastada tipik bir bulgu değildir?**

- a) Kilitlenme
- b) Merdiven inip çıkarken zorlanma
- c) Quadriceps adelesinde atrofi
- d) Kludukasyon tarzında bacak ağrısı
- e) Dizde kronik effüzyon

Cevap D (Campbell's Operative Orthopaedic, 9.baskı, 1998, s.1137)

**23. En sık görülen doğuşkan el anatomisi hangisidir?**

- a) Polidaktili
- b) Sindaktili
- c) Camptodaktili
- d) Macroaktili
- e) Konjenital tetik parmak

Cevap B (Campbell's Operative Orthopaedic, 9.baskı, 1998, s.3780)

# PLASTİK VE REKONSTRÜKTİF CERRAHİ

1. Açık yaralarda yara kontraksiyonunu sağlayan hangisidir?

- a) Kollajen lifleri
- b) Elastik lifler
- c) Miyofibroblastlar
- d) Fibroblastlar
- e) Miyozitler

Cevap C (*McCarthy, 1.Baskı, sf 167*)

Açık yaralarda kontraksiyona neden olan hücreler miyofibroblastlardır. 1971 yılında Gabbiani ve Majno tarafından tanımlanan ve hem fibroblast hem de düz kas hücrelerine benzeyen bu hücreler miyofibroblast olarak isimlendirilmişler. Aktif kontraksiyonun olduğu her dokuda (granülasyon dokuları, tendon kılıfları ve Dupuytren kontraktürü olan hastalarda palmar fasyada) miyofibroblastlara rastlamak mümkündür.

2. Aşağıdakilerden hangisi fibroblastlardan salınarak yarada zemin (ortam) maddesini oluşturur?

- a) Fibronektin
- b) Prostoglandin
- c) Hyaluronidaz
- d) Kondritin sülfat
- e) Kollagenaz

Cevap D (*Selected Readings Plastic 1998 s.3*)

Hyaluronik asit ve kondritin sülfat ve heparin sülfat zemin maddesini oluşturur.

3. Aşağıdakilerden hangisinde dermal overgrafting endikasyonu yoktur?

- a) Düzensiz, çökük skar
- b) Hiperpigmentasyon gösteren greftli alan
- c) Hidrozadenit skarı
- d) Radyodermis
- e) Keloid

Cevap E (*Rees T.D. and Casson P.R., The indications for cutaneous dermal overgrafting. Plast Reconstr. Surg. 1996, s.522; Mc Carthy s.247-249*)

Rees ve Casson dermal overgrafting endikasyonları sıraladıkları yazıda dermal overgraftingdeki tek kontrendikasyonun inklüzyon kisti gelişimi olduğunu vurgulamışlardır.

4. Travma ile meydana gelen mandibula kırıkları, en sık mandibulanın hangi anatomik bölgesinde görülmektedir?

- a) Koronoid Proçes
- b) Kondiler Proçes
- c) Angulus Mandibula

- d) Korpus Mandibula
- e) Parasimfiziyel Bölge

Cevap B (*Joseph G. Mc CARTHY 1990 s.931*)

Mandibula kırıkları lokalizasyonuna göre sınıflandırıldıklarında, kondiler proçesin %36, angulus mandibulanın %20, korpus mandibulanın %21, parasimfiziyel bölgenin %14, ramus mandibulanın %3, alveoler proçesin %3 ve koronoid proçesin %2 oranında kırıkları görülür.

5. Treacher Collins Sendromunda aşağıdaki patolojilerden hangisine rastlanmaz?

- a) Makrostomi
- b) Aurikula defektleri
- c) İskelet defektleri
- d) Kraniyostozis
- e) Mikrognati

Cevap D (*McCarthy, Plastic Surgery, 1990, s.3105*)

Makrostomi, aurikula defektleri, iskelet anomalileri, Tessier No 6,7,8 fasiyal yarığı, Treacher Collins sendromunda rastlanan patolojilerdendir. Treacher Collins Sendromunda kraniyal patoloji olarak parieto-okspital kemiklerin düzleşmesi görülür, kraniyosinostozis yoktur.

6. Aşağıdaki malign melanom tiplerinden hangisi en iyi prognoza sahiptir?

- a) Lentigo maligna melanom
- b) Akral lentiginöz melanom
- c) Noduler melanom
- d) Yüzeysel yayımlı melanom
- e) Hepsi aynı prognoza sahiptir.

Cevap A (*McCarthy, Plastic Surgery, 1990, s.3638-3640*)

7. El bileği seviyesinde 1.5 yıl önce cam kesisi sonucu ulnar sinir lezyonu bulunan bir olguda, aşağıdaki bulgulardan hangisi bulunmaz?

- a) 4. ve 5. parmaklarda pençe görünümü
- b) 4. ve 5. parmaklarda MCP eklemlerin hiperekstansiyonu
- c) 5. parmağın abduksiyonunda zayıflık
- d) 4. parmak distal falanks fleksiyonunda zayıflık
- e) 5. parmak duyu kaybı

Cevap D (*McCarthy, Plastic Surgery, 1990, s.1449-1450*)

8. 2 hafta önce sağ kolundan nevus çıkartılan hasta, size nedbenin rengini ve biçimini beğenmediği için gelir ve nedbenin çıkartılmasını ister. Bu durumda yapılması gerekli en uygun tedavi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Nedbenin çıkartılması
- b) Muhtemel bir enfeksiyon için antibiyoterapi
- c) En az 6 ay beklenmesi gerektiğini söylenmesi
- d) 7 gün antibiyoterapiyi takiben, nedbenin çıkartılması
- e) Hiçbiri

Cevap C (McCarthy, Plastic Surgery, 1990, s.47-48)

9. Yanıklı bir hastada IV sıvı tedavisinin en güvenilir monitorizasyon yöntemi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) İdrar çıkışı takibi
- b) Nabız hızı ve kan basıncı
- c) Solunum hızı
- d) Derinin turgoru ve tonusu
- e) Hiçbiri

Cevap A (McCarthy, Plastic Surgery, 1990, s.791-795)

10. Kısmi kalınlıkta deri grefti için doğru olan hangisidir?

- a) Epidermis ve dermisi içerir.
- b) Epidermis, dermis subkütan dokuyu içerir.
- c) Dermis ve subkütan doku içerir.
- d) Epidermis ve superfisiyel dermis katmanlarını içerir.
- e) Yukarıdakilerin hiçbiri

Cevap D (McCarthy, Plastic Surgery, 1990, s.225-230)

11. Yüz yaralanması olan bir hastada ilk yapılacak olan aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Şok tedavisi
- b) Kanama kontrolü
- c) Havayolu açılması
- d) Yüz yaralarının onarımı
- e) Röntgen filmi çekilmesi

Cevap C (Georgiade, Textbook of Plastic, Maxillofacial and Reconstructive Surgery, 1992, s.399)

12. El enfeksiyonları ve el enfeksiyonları ile birlikte görülen ekstremiteler yaralanmalarında, ilk tedavide aşağıdakilerden hangisi yapılmaz?

- a) El elevasyona alınır.
- b) El atel ile immobilize edilir.
- c) Tetanoz profilaksisi yapılır.
- d) Antibiyotik tedavisine başlanır.
- e) El egzersizlerine başlanır.

Cevap E (Georgiade, Textbook of Plastic, Maxillofacial and Reconstructive Surgery, 1992, s.1109)

13. Kleft lip ve / veya palat major konjenital anomalileri arasında rastlanma sıklığı bakımından kaçınıcı sıradadır?

- a) Birinci
- b) İkinci
- c) Üçüncü
- d) Dördüncü
- e) Beşinci

Cevap B (Georgiade, Textbook of Plastic, Maxillofacial and Reconstructive Surgery, 1992, s.279)

14. Mandibulanın kondiler ve subkondiler kırıklarının değerlendirilmesinde hangi röntgen filmi istersiniz?

- a) Water's
- b) Towne's
- c) Caldwell
- d) Lateral skull
- e) Mandibulanın lateral oblik filmi

Cevap B (Manson, Plastic Surgery, 4.baskı, 1991, s.347)

15. Aşağıdakilerden hangisi premalign cilt lezyonu değildir?

- a) Aktinik keratoz
- b) Bowen's hastalığı
- c) Leukoplakia
- d) Basal cell Ca
- e) Kseroderma pigmentosum

Cevap D (Smith, Plastic Surgery, 4.baskı, 1991, s.731)

16. Hangi tip flepte beslenme direkt kutanöz değil, perforatör - muskutanöz arterlerle olmaktadır?

- a) Penisular flepler
- b) Ada flepler
- c) Serbest flepler
- d) Arterial flepler
- e) Random pattern flepler

Cevap E (Grabb & Smith - Plastic Surgery - Fourth Editon, s.50)

17. Yüz kemiklerinden en sık hangisinde kırıklara rastlanır?

- a) Maksilla
- b) Orbita
- c) Mandibula
- d) Zygoma
- e) Nazal kemik

Cevap C (Grabb & Smith - Plastic Surgery, 4.baskı, s. 385)

18.Otomandibular distosi, mikrosomia, 1-2 brandial ark sendromu da denilen 1/3000-1/5642 insidansı bulunan makrostomi şeklinde lateral ağız yarığı, 7.kraniyal sinir hipertrofisi, mandibular kemik ve tempromandibular eklem hipertrofisi, preaurikular deri çıkıntıları bulunan doğumsal yüz anomalisi hangisidir?

- a) Tessier 6
- b) Tessier 7
- c) Tessier 8
- d) Tessier 9
- e) Tessier 10

Cevap B (Grabb & Smith, Plastic Surgery, 4.baskı, s. 152)

19.Hangi tip "Basal Cell Karsinoma" multipl olup, kosta anomalileri ve çenedeki kistler içermektedir?

- a) Nodüler ülseratif karsinoma
- b) Süperfisiyal bazal hücreli karsinoma
- c) Sklerozan bazal hücreli karsinoma
- d) Pigmente bazal hücreli karsinoma
- e) Bazal hücreli nevüs sendromu

Cevap E (Grabb & Smith, Plastic Surgery, 4.baskı, s. 741)

20."Ring avulsion" şeklinde bir yüzük parmağı yaralanmasında komplet degloving veya amputasyon varsa hangi tip yaralanmadır?

- a) Class I avulsiyon
- b) Class II avulsiyon
- c) Class III avulsiyon
- d) Tip amputasyon
- e) Tek parmak amputasyonu

Cevap C (Grabb & Smith - Plastic Surgery, 4.baskı, s. 1083)

21.Mandibula kırıkları en çok hangi bölgede görülür?

- a) Ramus bölgesi
- b) Simfizis bölgesi
- c) Kondil bölgesi
- d) Koronoid bölgesi
- e) Korpus bölgesi

Cevap C (Grabb and Smith's Plastic and Rec. Surgery 4.baskı, s.386)

22.Aşağıdakilerden hangisi inhalasyon yaralanmalarında kontrendikedir?

- a) Endotrakeal entubasyon
- b) Kortikosteroid
- c) Sıvı tedavisi
- d) Oksijen tedavisi
- e) Sedatifler

Cevap B (Grabb and Smith's Plastic and Rec. Surgery, 4.baskı, s. 690)

23.Yarık damak ameliyatlarından sonra konuşma fonksiyonunda bozukluk en çok hangi kasın onarım yetersizliği ile ilgilidir?

- a) M. Tensor palatini
- b) M. Palatoglossus
- c) M. Palatofaringeus
- d) M. Levator palatini
- e) M. Uvulus

Cevap D (Mc Carty, Plastic Surgery, s. 2726)

24.Aşağıdakilerden hangisi en sık görülen intraoral malignensi tipidir?

- a) Squamoz karsinoma
- b) Sarkoma
- c) Lenfoma
- d) Melanoma
- e) Metastatik karsinomalar

Cevap A (Grabb and Smith's Plastic and Rec. Surgery Fourth Edition sf. 530)

25.Vucut immünitesi ile yakından ilişkili olan tümör aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Osteosarkoma
- b) Bazal hücreli Ca
- c) Spinal hücreli Ca
- d) Fibrosarkom
- e) Malign Melanom

Cevap E (Mimis Kohen Mastery of Plastic and Reconstructive Surgery, 1.baskı, s.348)

26.Sindaktilinin ideal operasyon zamanı nedir?

- a) 1-2 yaşında
- b) Doğar doğmaz
- c) 2-4 yaşında
- d) 4-7 yaşında
- e) Ergenlikte

Cevap A (Gregory, Georgiade. Textbook of Plastic, Maxillofacial and Reconstructive Surgery, 2.baskı, 1992, s.1092)

27.El replantasyonlarında en yüksek oranda tendon adezyonu hangi zonda görülür?

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

Cevap B (Gregory, Georgiade. *Textbook of Plastic, Maxillofacial and Reconstructive Surgery*, 2.baskı, 1992, s.1080)

28.Aşağıdakilerden hangisi Poland sendromunda görülmez?

- a) Sindaktili
- b) Simbrokidaktili
- c) Meme asimetrisi
- d) Yarık damak
- e) Pektoralis major yokluğu

Cevap D (Gregory, Georgiade. *Textbook of Plastic, Maxillofacial and Reconstructive Surgery*, 2.baskı, 1992, s.1095)

29.Pierre Robin Sendromlu infantta respiratuvar distresin en iyi tedavi yolu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Acil trakeotomi
- b) Dile uygulanan traksiyon
- c) İntravenöz steroid
- d) Baş elevasyonu
- e) Prone pozisyonda yatırılması

Cevap E (Grab & Smith. *Textbook of Plastic Surgery*, 5.baskı, 1998, s.263)

30.Aşağıdakilerden hangisi Crouzon Sendromu'nda görülmez?

- a) Otozomal dominant geçiş
- b) Orta yüz hipoplazisi
- c) Sığ orbitalar
- d) Sindaktili
- e) Egzorbitizm

Cevap D (Grab & Smith. *Textbook of Plastic Surgery*, 5.baskı, 1998, s.295-296)

31.Yara oluşumunun kaçınıcı gününden itibaren fibroblastlar yarada en belirgin hücre popülasyonu durumuna gelirler?

- a) 2
- b) 7
- c) 14
- d) 21
- e) 30

Cevap B (Grabb and Smith's, *Plastic Surgery*)

32.Birden fazla doku çeşitliliğine sahip greftlere ne ad verilir?

- a) Tam tabaka greft
- b) Mikst greft
- c) Allogreft
- d) Kompozit greft
- e) Heterogreft

Cevap D (Mc Carthy, *Plastic Surgery*)

33.Aşağıdakilerden hangisi yanıkta sıvı resüsitasyonu monitörizasyonu için en güvensizdir?

- a) Kan basıncı
- b) Nabız
- c) İdrar çıkışı
- d) Pulmoner arter basıncı
- e) İdrar dansitesi

Cevap A (Grabb and Smith's, *Plastic Surgery*)

34.İntraoral malign tümörler en sık hangi bölgede rastlanır?

- a) Damak
- b) Ağız tabanı
- c) Yanak mukozası
- d) Dil
- e) Gingiva

Cevap D (Grabb and Smith's, *Plastic Surgery*)

35.Doğumsal olarak el parmaklarının radial ya da ulnar tarafa deviye olmasına ne ad verilir?

- a) Sindaktili
- b) Kamptodaktili
- c) Simbrokidaktili
- d) Klinodaktili
- e) Simfalangizm

Cevap D (Mc Carthy, *Plastic Surgery*)

36.Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Hipertrofik skardan farklı olarak keloid sınırı orijinal yara sınırını aşar.
- b) Keloidde kollojen sentezi hipertrofik skardan fazladır.
- c) Keloid ve hipertrofik skar aynı patolojik olaylardır.
- d) Keloid bir konjenital yara iyileşmesi bozukluğudur.
- e) Keloid gelişiminde ailesel ve ırk eğilimi rol oynar.

Cevap C (Gregory, Georgiade, Nicholas G. Georgiade, *Plastic and Reconstructive Surgery*, 1992, s.10)

37. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Myofibroblastlar yara kontraksiyonundan sorumludurlar.
- b) Kısmi kalınlıktaki deri grefti verici alanı 5-10 gün içerisinde iyileşir.
- c) Geniş yanıkların tedavisinde tam kalınlıktaki deri greftleri kullanılır.
- d) İnfeksiyon ve kanama greft tutmasını engeller.
- e) İnce greftlerde kontraksiyon kalın greftlere göre daha fazladır.

Cevap C (Gregory, Georgiade, Nicholas G. Georgiade, *Plastic and Reconstructive Surgery*, 1992, s.21-23)

38. Aşağıdakilerden hangisi flep yaşamında etkili olmaz?

- a) Arteriyel oklüzyon
- b) Venöz oklüzyon
- c) Flep altında hematoma
- d) Sigara kullanımı
- e) Cinsiyet

Cevap E (Gregory, Georgiade, Nicholas G. Georgiade, *Plastic and Reconstructive Surgery*, 1992, s.35-36)

39. Basal hücreli kanser ile ilgili yanlış ifade hangisidir?

- a) Epidermis veya deri eklerindeki pluripotansiyel hücrelerden gelişir.
- b) Basal hücreli kanser gelişiminde en fazla güneş ışığı rol alır.
- c) En fazla baş-boyun bölgesinde gelişir.
- d) Pigmente basal hücreli karsinoma malign melanom denir.
- e) İmmunosupressif ve AIDS'li hastalarda insidans yüksektir.

Cevap D (Gregory, Georgiade, Nicholas G. Georgiade, *Plastic and Reconstructive Surgery*, 1992, s.141)

40. Hemanjiom komplikasyonlarından değildir?

- a) İnfeksiyon
- b) Kanama
- c) Konjestif kalp yetersizliği
- d) Malignite
- e) 6 yaşından sonra hızla gerileme

Cevap E (Gregory, Georgiade, Nicholas G. Georgiade, *Plastic and Reconstructive Surgery*, 1992, s.225)

# RADYOLOJİ

1. Yüzeysel yumuşak dokuların değerlendirilmesinde öncelikli inceleme yöntemi hangisi olmalıdır?

- a) Ultrasonografi
- b) Bilgisayarlı Tomografi
- c) Manyetik Rezonans Görüntüleme
- d) Röntgen
- e) Dijital Röntgen

Cevap A (Tuncel, Klinik Radyoloji, 1994)

2. Hangi lezyon beyinde yerkaplayıcı özellik göstermez?

- a) Abse
- b) Glial tümör
- c) Hematom (akut dönem)
- d) Arteriovenöz malformasyon
- e) Menenjiom

Cevap D (Tuncel, Klinik Radyoloji, 1994)

3. Erişkin tip tüberküloz için hangisi yanlıştır?

- a) Tutulum bilateral ve asimetrik olarak görülür.
- b) Genellikle birlikte lenf nodu görülmez
- c) Kavitasyon erişkin tipinde beklenir.
- d) Milier tüberküloz sıklıkla erişkin tipte görülür.
- e) Eksüdatif ya da fibroprosedüktif değişiklikler saptanır.

Cevap D (Tuncel, Klinik Radyoloji, 1994)

4. Hangisi benign gastrik ülserin radyolojik bulgusu değildir?

- a) Midenin dış konturlarının dışına uzanan bir dolma fazlalığının varlığı
- b) Lezyona doğru mukozal yapıların birleşme eğilim
- c) Dolma fazlalığı görünümünün boynunun dar olması
- d) Kum saati deformitesi
- e) Lezyonun kardiya seviyesinin üstünde olması

Cevap E (Tuncel, Klinik Radyoloji, 1994)

5. Aşağıdakilerden yanlış olanı işaretleyiniz?

- a) Direkt Üriner Sistem grafisi (DÜS) için akşamdan müşhil verilerek hasta hazırlanır.
- b) DÜS grafisinde non-opak taşlar görünmez
- c) Ultrasonografi böbrek fonksiyonu hakkında iyi bilgi verir.

- d) Üreter taşlarını ultrasonografi ile her zaman göremeyiz
- e) Böbrek parankim taşlarına nefrokalsinozin adı verilir.

Cevap C (Tuncel, Klinik Radyoloji, 1994)

6. Yanlış olanı işaretleyiniz?

- a) Uterusun temel inceleme yöntemi Magnetik Rezonans görüntülemedir. (MRG)
- b) Uterus ve tuba uterinaların incelemesinde histerosalpingografi (HSG) istenebilir.
- c) Myoma uteri düşünülen bir hastada öncelikle ultrasonografik inceleme yapılmalıdır.
- d) Bilgisayarlı tomografi, pelvik bölgedeki malignitelerde evreleme ve postoperatif izlemede en başarılı yöntemdir.
- e) Salpenjit ve hidrosalpinkste HSG kontrendikedir.

Cevap A (Tuncel, Klinik Radyoloji, 1994)

7. Özafagus kanserinin radyolojik bulgusu olmayanı işaretleyiniz?

- a) Lümende dolma defektinin görülmesi
- b) Proksimal parçada daralma
- c) Mukozal yapıda destrüksiyon
- d) Yumuşak doku kitlesinin görülmesi
- e) Omuz işaretinin görülmesi

Cevap B (Tuncel, Klinik Radyoloji, 1994)

8. Crohn hastalığı için yanlış olanı işaretleyiniz?

- a) Komşu organ veya bağırsak segmentlerinde fistül yapmaması önemli bir özelliğidir.
- b) Sıklıkla terminal ileuma yerleşir.
- c) Hastalıkla lezyon birden fazla segmenti tutar.
- d) Crohn hastalığına ait ülserler gül dikenine benzetilmiştir.
- e) Crohn radyolojik olarak barsak tüberkülozunu andırabilir.

Cevap A (Tuncel, Klinik Radyoloji, 1994)

9. Aşağıdaki bulgulardan hangisi amfizem bulgusu değildir?

- a) Diyafragma seviyelerinde aşağı yer değiştirme
- b) Retrosternal ve retrokardiyak mesafe artışı
- c) Akciğer parankimine havalanma artışı
- d) Kosta aralıklarında daralma
- e) Damla kalp görünüm



Cevap D (Tuncel, Klinik Radyoloji, 1994)

10. Magnetik Rezonans Görüntülemeye beyne metaz-  
taz yapan tümörlerden hemoraji insidansı en  
düşük olanı hangisidir?

- a) Koriokarsinoma
- b) Malign Melanom
- c) Bronş Ca
- d) Renal hücreli karsinom
- e) Prostat Ca

Cevap E (Yönten, İntrakranial Tümörlerde Radyolojik  
Tanı, 1995, s.57)

11. Olguların yaklaşık %30'unda vertebraların posteri-  
or kesimlerinde bir miktar Scalloping hangi  
hastalık görülür?

- a) Hiperparatiroidizm
- b) Hipoparatiroidizm
- c) Psödohipoparatiroidizm
- d) Akromegali
- e) Orak hücreli anemi

Cevap D (Teplick And Haskin, Hyperpituitarrism:  
Acromegaly, 3.baskı, 1976, s.1254)

12. Vertebra korpularının alt ve üst yüzlerinde  
görülen konkavite hangi hastalıkta görülür?

- a) Rikets
- b) Osteomalazi
- c) Hipofosfazya
- d) Orak hücreli anemi
- e) Lökemia

Cevap D (Tuncel, Klinik Radyoloji, 1.Baskı, 1994, s.530)

13. Cerebellopontine açıda (CPA) bilateral schwanno-  
ma hangi durumda görülür?

- a) Nörofibromatozis tip I
- b) Nörofibromatozis tip II
- c) Nörofibromatozis III
- d) Paraaganlioma
- e) Psödotümör

Cevap B (Burgener, Differential Diagnosis in Computed  
Tomography, 1995, s.32)

14. Bilgisayarlı Tomografide bilateral difüz kistik ve  
nodüller dansiteler hangi hastalıkta görülür?

- a) Sarkoidozis
- b) Amfizem
- c) Lymphanjiomatosis
- d) Eozinofilik granülom
- e) Skleroderma

Cevap E (Burgener, Differential Diagnosis in Computed  
Tomography, 1995, s.201)

15. Aşağıdakilerden hangisi akciğer kist hidatiği için  
yanlıştır?

- a) Alt zonlarda ve sağda daha sık görülür.
- b) Direkt röntgenogramda, keskin sınırlı, homojen,  
küresel bir radyoapasite şeklinde izlenebilir.
- c) Lezyon sıklıkla patlamış mısır görünümünde  
kalsifikasyon içerir.
- d) Kistin duvarı ile komşu akciğer dokusu arasına  
hava girerek hilal şeklinde radyolusent  
görünüm oluşturabilir.
- e) Enfeksiyon süperpoze olabilir.

Cevap C (Textbook of Radiology and Medical Imaging,  
5.baskı)

16. Hangisi gerçek bir neoplazm olmadığı halde direkt  
röntgenogramlarda kitle lezyonu görünümü oluş-  
turabilir?

- a) Pankreas tümörü
- b) Bronkoalveolar karsinoma
- c) Adenokarsinom
- d) Fantom tümör
- e) Metastatik nodüler lezyon

Cevap D (Textbook of Radiology and Medical Imaging,  
5.baskı)

17. Hangisi kollapsın doğrudan ya da dolaylı röntgen  
bulgularından değildir?

- a) Fissürlerde yer değiştirme
- b) Havalanma kaybı
- c) Kalsifikasyon
- d) Kompansatuar fazla havalanma
- e) Kalbin yer değiştirmesi

Cevap C (Textbook of Radiology and Medical Imaging,  
5.baskı)

18. İntravenöz pyelografi için yanlış olan seçenek  
hangisidir?

- a) İntravenöz kontrast madde kullanılır.
- b) İncelemeye yatarak direkt karın grafisi ile baş-  
lanır.
- c) İnceleme öncesi barsak temizliği sağlanmalıdır.
- d) Üreterlerin değerlendirilmesinde kullanılmaz.
- e) Renal hipertansiyon tanısında kısa aralıkla int-  
ravenöz pyelografi kullanılabilir.

Cevap B (Tuncel, Klinik Radyoloji, 1994)

19. Üriner sistemin taş hastalığında hangisi yanlıştır?

- Taşların çoğu radyopakttır.
- Radyolüsent taşlar ultrasonografi ile saptanamaz.
- Akut obstrüksiyonda; kontrast madde ekskresyonunda gecikme saptanabilir.
- Kronik obstrüksiyonda toplayıcı sistemde belirgin dilatasyon saptanabilir.
- Akustik gölge; taşın ultrasonografide saptanabilen önemli bir bulgusudur.

Cevap E (*Textbook of Radiology and Medical Imaging, 5.Baskı*)

20. Aşağıdaki seçeneklerden hangisi böbrek tümörleri için yanlıştır?

- Adenokarsinomda direkt röntgenogramlarda kalsifikasyon saptanabilir.
- Anjiomyolipomdaki yağ komponentinin saptanması tanıyı oldukça kolaylaştırır.
- Onkositomada santral yerleşimli, yıldızimsı skar dokusu saptanabilir.
- Transisyonel hücreli kanserde ureter ve mesaneye yayılım olabilir.
- Taş saptanması malignite olasılığını dışlar.

Cevap E (*Textbook of Radiology and Medical Imaging, 5.Baskı*)

21. Sindirim sistemi lezyonlarında ekstraluminal yayılım en iyi hangi radyolojik yöntemle gösterilir?

- Ultrasonografi
- Bilgisayarlı tomografi
- Baryumlu tetkikler
- Direkt radyogram
- Anjiografi

Cevap B (*Tuncel, Klinik Radyoloji, 1994*)

22. Karaciğer kist hidatiği için hangisi yanlıştır?

- Ultrasonografide konturu hiperekoik, içi anekoik kistik yapı halindedir.
- Enfekte kistler hipoekoik kistik yapı şekindedirler.
- Bal peteği görünümü olabilir.
- Araba tekerleği şeklinde görülebilir.
- Nilüfer çiçeği görünümü olabilir.

Cevap B (*Tuncel, Klinik Radyoloji, 1994*)

23. Özefagus atrezileri içerisinde en sık görülen hangisidir?

- Proksimal atrezi, distal fistül
- Proksimal ve distal atrezi
- Proksimal ve distal fistül
- Proksimal fistül, distal atrezi
- H tipi fistül

MEDİTEST Cilt 9, Sayı 5, 2000

Cevap A (*Tuncel, Klinik Radyoloji, 1994*)

24. Renovasküler hipertansiyonda kesin tanı hangi radyolojik inceleme yöntemi ile konulur?

- Manyetik Rezonans Görüntüleme
- Dakikalık İVP
- Ultrasonografi
- Renal Anjiografi
- İVP

Cevap D (*Tuncel, Klinik Radyoloji, 1994*)

25. Aşağıdakilerden hangisi hipotiroidide görülmez?

- Femur ve humerus başında multisentrik ossifikasyon
- Vertebra korpusları anteriorunda gaga görünümü
- Wormian kemikler
- Stürlerde açıklığın fazla olması
- Uzun kemiklerin korteksi incelmıştır.

Cevap E (*Tuncel, Klinik Radyoloji, 1994*)

26. Aşağıdakilerden doğru olanı işaretleyiniz?

- Romatoid artrit (RA)'da en sık olarak proksimal ve distal interfalangial eklemler ve metakarp başları etkilenir.
- RA'de sıklıkla el bilek kemileri tutulur.
- RA'de sıklıkla büyük eklemler tutulur.
- RA'de eklem bulguları yanında organ tutulumunda sık görülür.
- RA sistemik hastalık olup, sadece eklemleri tutmaz.

Cevap A (*Manaster, Handbook in Radiology Sklatal Radiology, 1989; Sutton, A Text Book of Radiology and Imaging, 1987*)

27. Aşağıdakilerden doğru olanı işaretleyiniz?

- Akciğer parankiminde asinularını transüda karakterinde sıvı ile dolmasına konsolidasyon adı verilir.
- Akciğer parakiminde asinüslerin püy ile dolmasına konsolidasyon denir.
- Akciğerlerde bronşların iltihapla dolmasına abses denir.
- Asinusların kan ile dolmasına hematoraks adı verilir.
- Asinus ve bronşların püy ile dolmasına atelektazi adı verilir.

Cevap A (*Manaster, Handbook in Radiology Sklatal radiology; Sutton, A Text Book of Radiology and Imaging*)

28. Aşağıdakilerden doğru olanı işaretleyiniz?

- a) Kronik pyelonefritte (KP) böbrekler önce büyük, sonra küçüktür.
- b) Kronik pyelonefritte böbrekler küçük, lobule konturlu ve kaliksiyel deformasyon vardır.
- c) Akut pyelonefritte böbrekler küçük, fonksiyon normaldir.
- d) Kronik pyelonefrit renal parankim hastalığı değildir.
- e) Kronik pyelonefrit böbreklerin tubuluslarının hastalığıdır.

Cevap B (Manaster, Handbook in Radiology Sklatal radiology, 1989; Sutton, A Text Book of Radiology and Imaging, 1987)

29. Aşağıdakilerden doğru olanı işaretleyiniz?

- a) Kemikte kalsifikasyon matriksin azalmasına osteoporoz denir.
- b) Kemikte mineral azalmasına osteoporoz adı verilir.
- c) Osteoporozda kemik dokusu inorganik içeriğini kaybeder.
- d) Osteomalazi ile osteoporoz birbirlerinin eş anlamlısı olan hastalıktır.
- e) Osteomalazide kemikte protein matriks kaybolur.

Cevap A (Manaster, Handbook in Radiology Sklatal radiology, 1989; Sutton, A Text Book of Radiology and Imaging, 1987)

30. Aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Dev hücreli kemik tümörü (DHK) bilhassa tubuler kemiklerde ve epifize-metazifer yerleşim gösterir.
- b) Dev hücreli kemik tümörü (DHK) sıklıkla yassı kemikleri tutar.
- c) DHK epifize-metazifer hat kapanmadan önce görülür.
- d) DHK ileri yaş hastalığıdır.
- e) DHK kemikleri diyafizinde lokalize olur.

Cevap A (Manaster, Handbook in Radiology Sklatal radiology; Sutton, A Text Book of Radiology and Imaging)

31. Hangisi ultrasonografik olarak intrauterin ölü fetus bulgusu değildir?

- a) Spalding bulgusu
- b) Fetal büyümede durma
- c) Fetal böbrek boyutlarında küçülme
- d) Fetusta aşırı fleksiyon
- e) Fetusta gaz görülmesi

Cevap C (Tuncel, Klinik Radyoloji, 1.baskı, 1994, s.461)

32. Bochdalek (pleuroperitoneal) hernilerde en sık herniye olan hangisidir?

- a) Mide
- b) Omentum
- c) Karaciğer
- d) İnce bağırsaklar
- e) Sağ böbrek

Cevap D (Tuncel, Klinik Radyoloji, 1.baskı, 1994, s.256)

33. Hangisi iki taraflı diafragma yüksekliği nedeni değildir?

- a) Astım
- b) Gebelik
- c) Aşırı şişmanlık
- d) Serbest asit
- e) Piknik yapı

Cevap A (Tuncel, Klinik Radyoloji, 1.baskı, 1994, s.180)

34. Hangisi sol atrium genişlemesinin radyolojik bulgusu değildir?

- a) Kalbin arkasında çift dansite görünümü izlenilir.
- b) Auriküler apendikte belirginleşme
- c) Sol ana bronşta yukarı doğru itilme
- d) Kalbin sol kenarında çift kontur görünümü
- e) Vasküler diskrepensi

Cevap D (Tuncel, Klinik Radyoloji, 1.baskı, 1994, s.204)

35. "V" şeklinde metafizler, küçük kafa tabanı ve genişlemiş kalvaryum, pelvis boşluğunda yayvanlaşma, intervertebral disk aralıklarının arttığı radyolojik bulguların görüldüğü displazi hangisidir?

- a) Hurler sendromu
- b) Akondroplazi
- c) Fibröz displazi
- d) Osteogenezis imperfekta
- e) Down sendromu

Cevap B (Tuncel, Klinik Radyoloji, 1.baskı, 1994, s.484)

36. Aşağıdakilerden hangisi Chiari II malformasyonunun tipik radyolojik bulgusudur?

- a) Dilate 4. ventrikül
- b) 4. ventrikül kisti
- c) Frontoetmoidal ensefalosel
- d) Küçük posterior kraniyal fossa
- e) Serebellar hemisferlerde füzyon

Cevap D (Ball, Pediatric Neuroradiology, 1997)

37. Hangisi tüberoz sklerozun tipik intrakraniyal bulgusudur?

- a) Serebral infarkt
- b) Subependimal kalsifikasyonlar
- c) Serebral parenkimal, amorf kalsifikasyonlar
- d) Serebral parankimal, tren yolu şeklinde kalsifikasyonlar
- e) Serebral hemisferal kistler

Cevap B (*Barkovich, Pediatric Neuroimaging, 1995*)

38. Direkt üriner sistem grafisinde aşağıdakilerden hangisi görüntülenemez?

- a) Böbrekler
- b) Psoas kaslarının konturları
- c) Radyopak üriner sistem taşları
- d) Radyolusen üriner sistem taşları
- e) Kemik yapılar

Cevap D (*Berk, Klinik Radiodiagnostik, 2.baskı, s.797*)

39. Bilgisayarlı Tomografide hangi enerji türü kullanılmaktadır?

- a) Radyofrekans
- b) Ultrases dalgaları
- c) X-ışınları
- d) Gamma ışınları
- e) Beta ışınları

Cevap C (*Berk, Klinik Radiodiagnostik, 2.baskı, s.24*)

40. Sindirim sisteminin indirekt radyolojik incelemelerinde oral ya da rektal olarak kullanılan kontrast madde aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Baryum klorür
- b) Baryum zirkonat

- c) Baryum sülfat
- d) Baryum florür
- e) Sodyum florür

Cevap C (*Berk, Klinik Radiodiagnostik, 2.baskı, s.1042*)

41. Magnetik Rezonans Görüntülemeye tanı için esas alınan element hangisidir?

- a) Potasyum
- b) Magnezyum
- c) Oksijen
- d) Hidrojen
- e) Kalsiyum

Cevap D (*Damascelli B. Basic Concepts in Diagnostic Imaging Raven, 1990, s.134*)

42. Anjiyografik incelemelerde damara giriş ve kateter yerleştirme tekniği hangi ad ile anılır?

- a) Hounsfield Tekniği
- b) Abrams Tekniği
- c) Ferruci Tekniği
- d) Seldinger Tekniği
- e) Sutton Tekniği

Cevap D (*Berk, Klinik Radiodiagnostik, 2.baskı, s.629*)

43. Enteroclysis nedir?

- a) Midenin çift kontrastlı tetkikidir.
- b) Midenin tek kontrastlı tetkikidir.
- c) İnce bağırsakların çift kontrastlı tetkikidir.
- d) İnce bağırsakların tek kontrastlı tetkikidir.
- e) Kolonların çift kontrastlı tetkikidir.

Cevap C (*Freeny, Margulis and Burhennes's Alimentary Tract Radiology, 1994, s.415-431*)

# TORAKS-KALP-DAMAR CERRAHİSİ

1. Aşağıdakilerden hangisi Fallot tetralojisi komponentlerinden değildir?

- a) Pulmoner arter dilatasyonu
- b) VSD
- c) Aortanın dekstrapozisyonu
- d) Sağ ventrikül hipertrofisi
- e) Pulmoner infundibuler stenoz

Cevap A (*Glenn's Thoracic and Cardiovascular Surgery, 5.baskı, 1991, s.856*)

Fallot tetralojisinde sağ ventrikül hipertrofisi, infundibuler VSD, pulmoner infundibuler darlık, aortanın dekstrapozisyonu görülen patolojilerdir. Hastalarda sıklıkla iyi gelişmemiş pulmoner arterler görülür. Pulmoner arter dilatasyonu görülmez.

2. Aşağıdaki aortik segmentlerden hangisinde diseksiyon daha sık görülür?

- a) Assendan aorta
- b) Aortik ark
- c) Torasik aorta
- d) Abdominal aorta
- e) Sağ iliak arter

Cevap C (*Doroghazi, Aortic Dissections, s.42*)

450 otopside yapılan incelemeye göre dağılım; assendan aorta: 266, aortik ark: 203, torasik aorta: 302, abdominal aorta: 267, sağ iliak arter 102 olarak saptanmıştır.

3. Renal arter anevrizmalarında en sık karşılaşılan tip hangisidir?

- a) Sakküler anevrizmalar
- b) Fuziform anevrizmalar
- c) Dissekan anevrizmalar
- d) False anevrizmalar
- e) İntrarenal anevrizmalar

Cevap A (*Rutherford, Vascular Surgery, 3.baskı, 1989, s.1274*)

En sık görülen renal arter anevrizmaları sakküler tip anevrizmalardır. İkinci sıklıkta fuziform anevrizmalar görülür.

4. Aşağıdaki neoplazmlardan hangisi lokalizasyon olarak anterior mediastende görülmez?

- a) Retrosternal guatr
- b) Timoma
- c) Lenfoma
- d) Nörilemmoma
- e) Teratodermoid tümör

Cevap D (*Shields, 4.baskı, s.1725*)

Retrosternal guatr, timoma, lenfoma ve teratodermoid tümörler, anterior mediasten yerleşimli neoplazmlardır. Nörilemmoma nörojenik tümördür ve posterior mediastende lokalize olur.

5. Aşağıdakilerden hangisi mediastinal şift nedeni değildir?

- a) Mediastinal amfizem
- b) Masif plevral effüzyon
- c) Atelektazi
- d) Basıncı pnömotoraks
- e) Pnömonektomi

Cevap A (*Gibbon, 5.baskı, s.500*)

Masif plevral effüzyon ve basıncı pnömotoraks mediasteni karşı tarafa iterek, atelektazi ve pnömonektomi ise ilgili tarafa çekerek mediastinal şift oluşturur. Mediastinal amfizemde şift sözkonusu değildir.

6. Aşağıdakilerden hangisi spontan pnömotoraksın en sık görülen etyolojik nedenidir?

- a) Akciğer kanseri
- b) Tüberküloz
- c) Konjenital lobar amfizem
- d) Subplevral apikal bleb
- e) Pnömoni

Cevap D (*Fry, Malvern, Williams-Wilkins, General Thoracic Surgery, 4.baskı, 1994*)

Subplevral apikal blebler en sık spontan pnömotoraks nedenidir.

7. Aşağıdakilerden hangisi akciğer kanserlerinde mutlak inoperabilite kriteri değildir?

- a) Malign plörezi oluşması
- b) Toraks duvarına invazyon bulunması
- c) Mediastinal yapılara (kalp, trakea, özefagus gibi) invazyon bulunması
- d) Karşı taraf mediastinal lenf bezlerinde metastaz saptanması
- e) Preskalen lenf bezlerinde metastaz saptanması

Cevap B (*Baki, Göğüs Hastalıkları, 3.baskı, 1993*)

Toraks duvarına invazyon mutlak inoperabilite kriteri değildir. Hastanın genel durumu müsaade ediyorsa genişletilmiş rezeksiyon uygulanabilir.

8. Derin ven trombozunun noninvaziv tanı yöntemleri içinde diagnostik değeri en yüksek olan hangisidir?

- a) Flebografi
- b) Renkli doppler ultrasonografi (duplex scanning)
- c) Manyetik rezonans
- d) Pletismografi
- e) Bilgisayarlı tomografi

Cevap B (*Douglas, Seminars in Vascular Surgery, 1996, s.3-12*)

Renkli duplex scan DVT tanısında % 95'in üzerinde sensitivite ve spesifiteye sahiptir. Komplet ya da inkomplet trombüsleri tesbit edebilir. Çevre dokuya ait tümör, kist, hematoma, lenfadenopati vs'nin ayırıcı tanısını yapabilir.

9. Taussig-Bing anomalisi aşağıdaki doğumsal kalp hastalıklarından hangisine verilen addır?

- a) Aort koarktasyonu+paraşüt şeklindeki mitral kapak+sol atrium içinde halka
- b) Fallot tetralojisi+pulmoner atrezi
- c) Triküspid atrezisi+büyük arter transpozisyonu+pulmoner atrezi
- d) Çift çıkışlı sağ ventrikül+subpulmonik ventrikül septal defekt
- e) Ostium primum tipi atrial septal defekt+mitral kapakta yırtık

Cevap D (*Mavroudis, Pediatric Cardiac Surgery, 2.baskı, 1994, s.305-337*)

10.Özofagus kanserinde uygulanan tedavi yöntemlerinden hangisi yalnızca palyatif amaçlı değildir?

- a) Kolon interpozisyonu
- b) Celastin tüp tatbiki
- c) Stent yerleştirilmesi
- d) İnternal derivasyon
- e) Gastrotomi

Cevap A (*Akata, Cerrahi, 2.cilt, 1.baskı, s.662*)

11.Sekonder spontan pnömotoraks etyolojisinde aşağıdakilerden hangisi yer almaz?

- a) Marfan sendromu
- b) Subplevral bleb rüptürü
- c) Osteosarkom
- d) Akciğer kanseri
- e) Eozinofilik granülom

Cevap B (*Shields, General Thoracic Surgery, 4.baskı, 1994, s.663*)

12.Aşağıda verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?

- a) Ebstein anomalisi (saf şekli), siyanozsuz konjenital kalp hastalıklarından birisidir.
- b) Patent duktus arteriosus'da şantın ters döndüğü vakalarda duktusun kapatılması öldürücü olabilir.

c) Vücutun alt tarafında arteriyel embolinin en sık yerleştiği bölge a.iliaca communis bifurkasyonudur.

d) Kronik konstrüktif perikardit tanısı konulmuş olanlarda ameliyattan başka bir tedavi düşünülmür.

e) Açık teknikle mitral kommisurotomi endikasyonları arasında restenoz, kapakta kalsifikasyon, geçirilmiş emboli sayılabilir.

Cevap C (*Solak, Göğüs Kalp ve Damar Hastalıkları Cerrahisi, 1.baskı, 1992, s.301*)

13.Bronş kanseri ile ilgili aşağıdaki bilgilerden hangisi yanlıştır?

- a) Küçük hücreli tipinde tedavi öncelikle kemoterapidir.
- b) Skalen lenf bezinde metastaz saptanması evre IV'ü gösterir.
- c) Diğer yöntemlerle tanı konulamamışsa eksploratris torakotomi başvuru bir seçenektir.
- d) Cerrahi tedavide sıklıkla uygulanan cerrahi prosedürler arasında segmentektomi de yer alır.
- e) Adenokanserlerinde periferik lokalizasyon diğer tiplere göre daha fazladır.

Cevap D (*Solak, Göğüs Cerrahisi, 1.baskı, 1993, s.144*)

14.Çocuklarda görülen en sık mediastinal nörojenik benign tümör hangisidir?

- a) Nörilemmoma,
- b) Nörofibroma,
- c) Ganglionöroma,
- d) Feokromisitoma,
- e) Ganglionöroblastoma

Cevap C (*Shields, General Thoracic Surgery, 1994*)

15.Aşağıdakilerden hangisi en sıklıkla ön medias-tende görülür?

- a) Teratom
- b) Nörilemmoma
- c) Malign Feokromasitoma
- d) Nöroenterik kist
- e) Bronkogenik kist

Cevap A (*Shields, General Thoracic Surgery, 1994*)

16.Akciğer kanserinde hangi tip için paraneoplastik sendromlar daha sık görülür?

- a) Küçük hücreli
- b) Squamöz hücreli
- c) Adenokarsinoma
- d) Dev hücreli akciğer kanseri
- e) Berrak hücreli akciğer kanseri

Cevap A (*Shields, General Thoracic Surgery, 1994*)

**17. Aşağıdaki oluşumlardan hangisi sağ atriumda bulunmaz?**

- a) Tendon todaro,
- b) Limbus fossa ovalis,
- c) Trabecula septomaginalis,
- d) Koch üçgeni
- e) Koroner sinus

Cevap C (*Goor, Lillehei, Konjenital Marformations of the Heart; 1995*)

**18. İntra-aortik balon pompa aşağıdaki durumlardan hangisinde kullanılmaz?**

- a) İntraktıbl angina
- b) Açık kalp cerrahisinden sonra kardiyak destek
- c) Kardiojenik şok
- d) Aort yetmezliği
- e) Akut mitral yetmezliği

Cevap D (*Bone, Alexandr, Geha, Itamniond, Keith, Narinhesni, Glenn's Thoracic and Cardiovascular Surgery, 1991*)

**19. Aşağıdakilerden hangisi endokardit profilaksisi gerektirir?**

- a) Koroner arter hastalığı
- b) Miksoma
- c) Kardiyak kist hidatik
- d) Prostetik kapak replasmanı
- e) Atriyal septal defekt

Cevap D (*Kirklin, BarratBoyes, Cardiac Surgery, 1993, s.494*)

**20. Aort darlığında ameliyat endikasyonu nedir?**

- a) Sol artriyum-sol ventrikül diyastolik gradient 10 mmHg üzeri
- b) Sol ventrikül aort diyastolik gradient 30 mmHg üstü
- c) Sol ventrikül aort sistolik gradient 30 mmHg
- d) Aort sol ventrikül arası 50 mmHg sistolik gradient
- e) Sol ventrikül basıncının 140mmHg üzerinde olması

Cevap D (*Kirklin, BarratBoyes, Cardiac Surgery, 1993, s.1215*)

**21. Ventriküler septal defekti (VSD) olan bir hastada, ameliyat endikasyonu neye göre belirlenir?**

- a) VSD'nin çapı
- b) VSD'nin yeri

- c) Hastanın yaşı
- d) Pulmoner/sistemik akımlar oranı
- e) Pulmoner arter basıncı

Cevap D (*Stark, Leval, Surgery For Congenital Heart Defects, 1983, s.408*)

**22. Aşağıdakilerden hangisi bir VSD tipi değildir?**

- a) Subarteriyel
- b) Trabeküler
- c) İnlet tipi
- d) Perimembranöz
- e) Doubly comitted

Cevap D (*Stark, Leval, Surgery For Congenital Heart Defects, 1983, s.272*)

**23. Aşağıdaki testlerden hangisi yapıldığında radikal arterin kateterizasyonu mümkündür?**

- a) Adson testi
- b) Allen testi
- c) Homan's sign
- d) Post oklüzyon test,
- e) Nicoladani-Branham belirtisi

Cevap B (*Halmovici, Vascular Surgery, 2.baskı, 1984*)

**24. Aşağıdakilerden hangisi antihemofilik faktördür?**

- a) Faktör II
- b) Faktör IV
- c) Faktör VII
- d) Faktör VIII
- e) Faktör XII

Cevap D (*Hemostaz, s.83*)

**25. Tedavi edilmemiş travmatik arteriyovenöz fistülün komplikasyonu, aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Rüptür
- b) Ulkus Kruris
- c) Venöz Tromboz
- d) Ödem
- e) Kalp yetmezliği

Cevap E (*Medical Examination Review Book, Comprehensive Volume I, 1961, s.108*)

**26. Aşağıdakilerden hangisi, yeni göğüs yaralanması geçiren bir hastada "acil torakotomi" endikasyonudur?**

- a) Hemotoraks
- b) Hemopnömotoraks
- c) Devam eden kanama
- d) Akciğerde kalmış mermi çekirdeği
- e) Pnömotoraks

Cevap C (*Medical Examination Review Book, Comprehensive Volume I, s.111*)

27.Çocukluk ve ergenlik döneminde en sık rastlanan sistolik üfürüm nedeni hangisidir?

- a) Patent duktus arteriosus (PDA)
- b) İnteratriyal septal defekt (ASD)
- c) Aort stenozu
- d) Fonksiyonel nedenler
- e) Mitral yetmezliği

Cevap D (*Medical Examination Review Book, Comprehensive Volume I, 1961, s.96*)

28.Tromboangitis obliterans'a hangi yaş grubunda sıklıkla rastlanır?

- a) Çocukluk çağı
- b) Orta yaş ileri dönemi
- c) 10-15 yaş grubu
- d) 20-40 yaş grubu
- e) 50 yaş üstü

Cevap D (*Medical Examination Review Book, Comprehensive Volume I, 1961, s.111*)

29.Üst ekstremitelerde kozaljiileri aşağıdakilerden hangisi ile "daima birlikte" bulunur?

- a) Pleksus servikalıs yaralanması
- b) Median sinir yaralanması
- c) Ulnar sinir yaralanması
- d) Radyal sinir yaralanması
- e) Fasiyal sinir felci

Cevap B (*Medical Examination Review Book, Comprehensive Volume I, 1961, s.111*)

30.Spontan Pnömotoraksın tedavisinde en sık uygulanan yöntem hangisidir?

- a) Tıbbi gözlem
- b) Tüp torakostomi
- c) Torakotomi
- d) Aspirasyonu
- e) Lobektomi

Cevap B (*Glenn, 5.baskı, s.205*)

31.Torasik outlet sendromunun (T.O.S) tanısında yeri olmayan muayene bulgusu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Adson
- b) Kol stres testi

- c) Homan
- d) Kostoklavikular test
- e) Hiper abduksiyon

Cevap C (*Shield, General Thoracic Surgery 4.baskı, 1994, s.564-565*)

32.Aşağıdaki patolojilerden hangisi özafagus kanseri için prekanseröz lezyon değildir?

- a) Barret özafagus
- b) Akalazya
- c) Plummer-Vinson Sendromu
- d) Duedenal ulcus
- e) Koraziv özafajit

Cevap D (*Shield TW: General Thoracic Surgery 4.baskı Philadelphia, Williams Wilkins, 1994 s.1631-1690*)

33.Mediastinoskopi ile aşağıdaki lenf nodlarından hangilerine ulaşamaz?

- a) Anterior mediastinal lenf nodları
- b) İinferior mediastinal lenf nodları
- c) Subkarinal lenf nodları
- d) Paraözofageal lenf nodları
- e) Aortopulmoner lenf nodları

Cevap D (*Shields 1994, 17,s.263-75*)

34.Sol pnömonektomi sonrası hastanın sesinde kısılma mevcut. Aşağıdaki komplikasyonlardan hangisi akla gelmelidir?

- a) Özofagusun aşırı disseksiyonu
- b) A. Tiroidea inferiorun kesilmesi
- c) N. Rekürrensın kopması
- d) Trakeanın aşırı disseksiyonu
- e) N. Laringeus inferiorun kesilmesi

Cevap C (*Shields 1994, 29, s.415-27*)

35.Paradoks solunum nedir?

- a) İnspiyumda leze tarafın çökmesi, sağlam tarafın şişmesi.
- b) İnspiyumda leze tarafın şişmesi, sağlam tarafın çökmesi.
- c) İnspiyumda ve ekspiyumda leze tarafın sabit kalması.
- d) İnspiyumda ve ekspiyumda leze tarafın çökmesi.
- e) İnspiyumda ve ekspiyumda leze tarafın şişmesi.

Cevap A (*Shields 1994, 64, s.767-83*)