

Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

EDİTÖR

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL (Ankara)

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

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

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

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

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

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

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

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

-İsimler Soyadı sırasına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

www.turkiye-klinikleri.com

TÜRKİYE KLİNİKLERİ MEDİTEST DERGİSİ

Sahibi

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL

e-posta: hakgul@turkiye-klinikleri.com

(Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji BD Başkanı)

Türkiye Klinikleri Tıp Dergileri

Editörler Kurulu

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL, Prof.Dr.Tansu ARASIL,
Prof.Dr.Esin AŞAN, Prof.Dr.Leyla ATMACA,
Prof.Dr.Seher BOSTANCI, Prof.Dr.F. Işık BÖKESÖY,
Prof.Dr.Selçuk BÖLÜKBAŞI, Prof.Dr.Nebil BÜYÜKPAMUKÇU,
Prof.Dr.Şali ÇAĞLAR, Prof.Dr.Abdülkadir ÇEVİK,
Prof.Dr.Ayşegül DEMİRHAN ERDEMİR,
Prof.Dr.Pakize DOĞAN, Prof.Dr.Semra V. DÜNDAR,
Prof.Dr.Alaittin ELHAN, Prof.Dr.Yücel ERK,
Prof.Dr.Orhan GÖĞÜŞ, Prof.Dr.Süleyman GÖRPELİOĞLU,
Prof.Dr.Ayfer GÜNALP, Prof.Dr.Nazan GÜNEL,
Prof.Dr.Haldun GÜNER, Prof.Dr.Mehmet Ali GÜRER,
Prof.Dr.Orhan GÜVEN, Prof.Dr.Enver HASANOĞLU,
Prof.Dr.Erkan İBİŞ, Prof.Dr.Gülay KINIKLI,
Prof.Dr.Sermet KOÇ, Prof.Dr.Bahattin KORUCU,
Prof.Dr.Zeynep MISIRLIĞIL, Prof.Dr.Nermin MUTLUER,
Prof.Dr.Numan NUMANOĞLU, Prof.Dr.B. Münici ORAN,
Prof.Dr.İlker ÖKTEN, Prof.Dr.Necati ÖRMECİ,
Prof.Dr.Yalçın ÖZKAPTAN, Prof.Dr.Yücel PAK,
Prof.Dr.İrfan SABAH, Prof.Dr.Erdener TİMURKAYNAK,
Prof.Dr.Cankat TULUNAY, Prof.Dr.Arslan TUNÇBİLEK,
Prof.Dr.Ersöz TÜCCAR, Prof.Dr.Nurten TÜRKÖZKAN,
Prof.Dr.Filiz TÜZÜNER, Prof.Dr.Nimet ÜNAY GÜNDOĞAN
(İsimler Alfabetik Sıralanmıştır.)

Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.

Genel Müdür

Dr.Mehmet AKGÜL

e-posta: makgul@turkiye-klinikleri.com

Genel Yayın Koordinatörü

Uz.Dr.Sinan KORUKLUOĞLU

e-posta: skoruklu@turkiye-klinikleri.com

Yayıncılar Teknik Koordinatörü

Recep ÇELEN

Reklam Koordinatörü

Dr.Deniz AKAGÜNDÜZ

e-posta: daakgul@turkiye-klinikleri.com

Abone ve Halkla İlişkiler Sekreterliği

Habibe ATAY, Gamze BEYAZ

e-posta: abone@turkiye-klinikleri.com

Ankara Kitabevi

Kazım ERCAN, Hakkı KAHVECİ

Yönetim Merkezi: Talatpaşa Bulvarı No:102/1

06230 Hamamönü/ANKARA

Tel : (0312) 309 36 66 pbx.

Faks : (0312) 312 67 41

e-mail: info@turkiye-klinikleri.com

Web : www.turkiye-klinikleri.com

Kitabevi: Tuna Cad. 11/10 Kızılay/ANKARA

Tel : (0312) 435 43 50

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

Abone Fiyatı: Bir yıllık abone fiyatı (2003 İçin) KDV dahil 36.000.000 TL'dir.

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

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

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

ISSN: 1300-0276

Baskı: Türkiye Klinikleri, ANKARA

Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

Cilt 12

Sayı 5

Haziran-Temmuz 2003

Tıp eğitimi, tıp fakültelerinde bitmez; ancak başlar.

W.H. Welch

İÇİNDEKİLER

233

Genel Cerrahi

253

Kadın Hastalıkları ve Doğum

273

Mikrobiyoloji

ISSN: 1300-0276

C i l t : 1 2 • S a y ı : 5 • H a z i r a n - T e m m u z 2 0 0 3

Cilt : 12 • Sayı : 5 • Haziran-Temmuz 2003 • Sayfa: 233-290

GENEL CERRAHİ

1. Aşağıdakilerden hangisi primer karaciğer tümörlerinde karaciğer rezeksiyonu kontrendikasyonlarından değildir?

- Operatif mortalitenin beklenen sağkalımdan daha fazla olduğu durumlar
- Erken evre siroz bulguları
- İleri derecede siroz varlığı
- Tümörün her iki lobu tutması
- Tümörün karaciğer dışına yayılması

AÇIKLAMA: B seçeneği dışındakilerin hepsi rezeksiyon için kontrendikasyon teşkil eder ve bunlara ilave olarak santral yerleşimli tümörlerde ve APCHE II skora >10 olanlarda karaciğer rezeksiyonu kontrendikedir.

Cevap B (Mahvi, Surgery, Corson Jd, 2001, s. 3,11,17)

2. Kolanjitte bakterilerin safra yollarına girişi hangi yolla olmaz?

- Duodenal içeriğin reflüsü
- Karaciğer ve safra kesesi lenfatikleri
- Portal ven
- Bağırsaklardan translokasyon
- Koledok içi basıncın 30 mmHg'dan yüksek olması

AÇIKLAMA: Bakteriyel translokasyon intestinal iskemi sonrası veya splanknik alanda dolaşan kan hacminin azalması sonrası ortaya çıkar.

Cevap D (Schwartz, Principles of Surgery, 7th ed., 1999, s. 1454,1455)

3. Evreerken meme kanseri olarak adlandırılmaktadır ve yapılabilecek en sınırlı cerrahi'dır, ancak..... mutlaka eklenmelidir. Boşluk olan yerlere hangisi en uygundur?

- I ve II - modifiye radikal mastektomi - kemoterapi
- I, II ve III - modifiye radikal mastektomi - radyoterapi
- I, II ve III - modifiye radikal mastektomi - radyoterapi+kemoterapi
- I ve II - lampektomi+aksilla diseksiyonu - radyoterapi
- I ve II - lampektomi+aksilla diseksiyonu - kemoterapi

AÇIKLAMA: Erken evre meme kanserleri evre I ve II kanserlerdir. Evre III ve IV kanserler ileri evre meme

kanserleridir. Yapılabilecek en sınırlı cerrahi lumpektomidir ve evreleme yapabilmek için en azından level 1 aksilla diseksiyonu eklenmelidir. Lokal kontrolün sağlanması için bu cerrahiden sonra radyoterapi yapılmaktadır.

Cevap D (Robinson, Anderson Surgical Oncology Handbook, 2nd ed., Ed. Faig MBW, LW&W, 1999, pp. 5-9)

4. Aşağıdakilerden hangisi meme kanserlerinde yüksek risk grubu parametrelerinden değildir?

- Tümör hücrelerinde anöploidi
- S faz fraksiyonunun yüksekliği
- Duktal karsinoma in situ
- Östrojen ve/veya progesteron reseptör negatifliği
- Multifokal yayılım

AÇIKLAMA: Diğer seçeneklerin tamamı ve tümör çapının >3 cm olması ve katepsin D düzeyinin yüksek olması yüksek risk taşır.

Cevap C (Robinson EK: The M. D. Anderson Surgical Oncology Handbook, 2nd ed, Ed. Faig BW, LW&W, Philadelphia, 1999, pp. 13-15)

5. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde splenektomi yapılması önerilmez?

- Portal hipertansiyona bağlı splenomegali
- Hereditör sferositoz
- İdiyopatik trombositopenik purpura
- Kronik myeloid lösemi
- Hodgkin lenfoma

AÇIKLAMA: ITP'de medikal tedavi başarısı %15 kadardır. Trombositopeni'ye yönelik medikal tedavi yetersiz kaldığında splenektomi endikedir. Hereditör sferositoz eritrosit membranında bulunan spektrin eksikliğiyle karakterize otozomal dominant bir hastalıktır. Spektrin eksikliği eritrositlerin dalakta parçalanmasına neden olur. Sonuçta anemiye karşı splenektomi önerilir. KLL ve KML'de hipersplenizm'e bağlı semptomları engellemek amacıyla palyasyon amaçlı splenektomi yapılır. Hodgkin lenfoma'da splenektomi evreleme amaçlıdır. Portal hipertansiyona bağlı splenomegali, yüksek portal basınç sonrası kanın dalakta göllenmesidir. Aynı zamanda çok sayıda kollateral dolaşım meydana gelmiştir. Splenektomi yapılması kompanse olan hastalığı dekompanse hale getirir. Çünkü splenektomiyle beraber kollateral dolaşım ortadan kalkar. Portal basınç daha da artar. Bu

GENEL CERRAHI

yüzden splenektomi önerilmez.

Cevap A (Cameron, *Current Surgical Therapy*, 7.baskı, 2001, s.587-590)

6. Gastrointestinal tüberküloz için aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- En sık ileoçekal bölgeyi tutar
- Olguların hemen tamamında, birlikte akciğer tüberkülozu saptanır.
- Patojik olarak ülseratif, hipertrofik ve ülserohipertrofik tipleri vardır
- Kazeifikasyon nekrozlu granülom varlığı, Crohn hastalığından ayırdettirici bir özelliktir.
- Perforasyon ve obstrüksiyon gibi bir komplikasyon gelişmedikçe, tedavisi medikaldir.

AÇIKLAMA: Gastrointestinal tüberküloz en sık ileoçekal bölgeyi (%75) tutar. Eski serilerde, birlikte akciğer veya larenks tüberkülozu saptanma oranı çok yüksek iken, günümüzde bu oran %50'nin altındadır. Hastalık %60 olguda ülserlerle, %10 olguda skar ve fibroza bağlı kütle oluşumu ile (hipertrofik form), diğer olgularda mikst tipte ortaya çıkar. Her olguda görülmemekle birlikte granülomlarda nekroz varlığı, Crohn'dan ayıracı bir özelliktir. Günümüzde, acil tedavi gerektiren perforasyon ve obstrüksiyon dışında, fistüllü formlar da dahil, medikal tedavi önerilir.

Cevap B (In Feldman, *Gastrointestinal and Liver Disease*, 7th Ed. 2002, Vol 2. p:1864)

7. Tiroid papiller karsinomu için hangisi doğrudur?

- Orphan Annie hücreleri tanıda yardımcıdır.
- Nadiren multifokaldir.
- Genellikle vasküler invazyon ve hematogen yolla yayılım gösterir.
- İyot eksikliği olan bölgelerde daha sık görülür.
- Birlikte var olan lenfositik tiroidit kötü prognoz göstergesidir.

AÇIKLAMA: Orphan Annie hücreleri olarak bilinen karakteristik hücreler tiroid papiller karsinom tanısında önemlidir. Papiller karsinom sıklıkla multifokaldir ve lenfatik yolla yayılım sıklığıdır. Beraberinde lenfositik tiroidit bulunması iyi prognoz işaretidir. İyot eksikliği olan bölgelerde daha sık görülen folliküler karsinom daha çok vasküler invazyon ve hematogen yolla yayılım gösterir.

Cevap A (Schwartz, *Principles of Surgery*, 7. baskı, 1999, s. 1682-1684)

8. Barrett özofagusu için hangi ifade yanlıştır?

- Gastroözofageal reflünün özofagus

mukozasında yaptığı hasara bağlıdır.

- İlk tanımı, özofagusun bir segmentinde skuamöz epitelin yerini kolumnar epitelin alması şeklindedir. Günümüzde, bu tanıma, kolumnar metaplazinin intestinal tipte olması koşulu eklenmiştir.
- Özofagus adenokarsinomlarının başlıca kaynağını oluşturur.
- Semptomları, gastroözofageal reflü semptomlarından farklı değildir.
- Gastroözofageal reflünün tedavi edilmesi ile, patolojik durum ortadan kalkar.

AÇIKLAMA: Barrett özofagusu; gastroözofageal reflünün, özofagus mukozasını tahrip etmesi sonucu ortaya çıkan, 1950 yılında Norman Barrett tarafından tanımlanmış bir metaplazidir. %10'a varan **adeno Ca** gelişme insidansı, söz konusu metaplazinin, **müsin içeren goblet (kadeh) hücreleri içermesi (intestinal metaplazi)** ile ilişkilidir. Aksi takdirde basit kolumnar metaplazinin, displazi potansiyeli ve kanser riski yoktur. Karsinom gelişmedikçe, semptomları reflü semptomları ile benzerdir. Barrett epiteli, reflünün tedavisi ile gerilemez. Antireflü işlemle kanser gelişme olasılığının azaldığı yönünde de kanıt yoktur.

Cevap E (In Cameron, *Barrett's esophagus*, *Current Surgical Therapy*, 7th Ed. 2001, p: 37)

9. Mide kanseri için hangisi yanlıştır?

- Histolojik Lauren sınıflamasına göre intestinal ve diffüz tipi vardır
- İntestinal tip daha ziyade öncü faktörlerin etkisinde (yüksek riskli gruplarda) görülür.
- Diffüz tip daha çok proksimal midede görülür ve prognozu daha kötüdür.
- Erken mide kanseri, serozayı aşmamış ve lenf bezlerini tutmamış kanseri ifade eder.
- Kronik atrofik gastrit, helicobacter enfeksiyonu, intestinal metaplazi, predispozan faktörler arasındadır.

AÇIKLAMA: Mide adenokanserleri tüm mide malign tümörlerinin %90'ını oluşturur. Histolojik olarak intestinal veya diffüz tiptedir. **İntestinal tip**, mide kanseri prevalansının yüksek olduğu toplumlarda görülür. Kronik atrofik gastrit, intestinal metaplazi, adenomatöz polip gibi prekürsör faktörlerin varlığında gelişir ve sıklıkla distal midede yerleşir. Daha ziyade proksimal mideyi tutan diffüz tipe nazaran, prognozu daha iyidir.

Erken mide kanseri; Büyüklüğü ne olursa olsun, invazyon derinliği mukoza ve submukozayı aşmamış kanseri ifade eder. Seyrek de olsa (%1-5) lenfatik tutulum görülebilir.

Cevap D (Cameron, *Current Surgical Therap.*, 7th Ed. St

Louis, 2001, p: 105)

10. Klatskin tümörü tanısında aşağıdaki görüntüleme yöntemlerinden hangisi en faydalıdır?

- ERCP
- PTK
- USG
- CT
- I.V kolanjiyografi

AÇIKLAMA: Sağ ve sol hepatic duktusların birleşim yerinde lokalize olan karsinoma Klatskin tümörü adı verilir. Safra yolları tümörlerinin lokalizasyonunu belirlemede en yararlı iki yöntem ERCP (endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi) ve PTK (perkütan transhepatik kolanjiyografi)'dir. İzole intrahepatik duktal dilatasyon mevcutsa PTK, safra kesesi ya da ekstrahepatik duktuslarda dilatasyon varsa ERCP daha yararlıdır.

Cevap B (Schwartz, Principles of Surgery, 7. baskı, 1999, s. 1457-1458)

11. Aşağıdakilerden hangisi operatif riski arttıran bir faktör değildir?

- S3 gallop ritmi veya konjestif kalp yetmezliği bulguları
- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
- Yaş>70
- Asemptomatik hepatit B taşıyıcılığı
- Malnütrisyon

AÇIKLAMA: S3 gallop ve konjestif kalp yetmezliği, kardiyak operatif risk faktörleri arasında en önde gelenidir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı da, abdominal ve torakal cerrahide, özellikle hasta yaşlıysa % 100'e yaklaşabilen, yüksek postoperatif morbidite riski taşır. İleri yaş, özellikle kardiyak bir risk faktörüdür. Malnütrisyon, yara iyileşmesinin bozulması ve enfeksiyona karşı immün direncin azalması bakımından bir risk faktörüdür. Karaciğer fonksiyonlarının korunduğu bir hepatit taşıyıcılığı, ancak cerrahi ekip için risk faktörü oluşturabilir.

Cevap D (Corson, Surgery, 2001, s. 1.1)

12. Aşağıdakilerden hangisi hepatosellüler karsinom gelişme olasılığı açısından en az risk taşır?

- Vinil klorid maruziyeti
- Alkole bağlı siroz
- Hemakromatozis
- Alfa I antitripsin eksikliği
- Postnekrotik siroz

AÇIKLAMA: Hepatosellüler karsinom doğumsal olan Alfa I antitripsin eksikliği yada hemakromatozis gibi hastalıklar zemininde gelişebileceği gibi örneğin Hepatit-B enfeksiyonu gibi enfeksiyöz nedenlerle

gelişebilir. Ayrıca alkolik siroz da bu açıdan bir risk faktörüdür.

Cevap A (Schwartz, Shires, Spencer Principles of Surgery 7th Edition, 1999, s. 1409)

13. Cerrahiye nöroendokrin yanıt için aşağıdaki ifadelerden hangis yanlıştır.

- Vazopressin sekresyonu artar
- İnsülin sekresyonu akut fazda süprese olur, flow fazda artar. Ancak her iki fazda da kan glukoz düzeyi yüksek olma eğilimindedir.
- Serum T3 ve T4 düzeyi düşer, serbest T4 ve TSH çoğu kez normaldir, reverse T3 (inaktif) artar.
- Glukagon sekresyonu azalır.
- Serum aldosteron düzeyi yükselir.

AÇIKLAMA: Artmış serum osmolatitesi (hipernatremi, hiperglisemi), ağrı, adrenerjik uyarı, baro ve kemoreseptör sinyalleri gibi travma sonrası karşılaşılan birçok uyarı, AVP sekresyonunu artırır. Travma sonrası kan glukoz düzeyi belirgin artış göstermekle beraber, muhtemelen katekolamin ve alfa adrenerjik uyarı sonucu insülin sekresyonu seviyesi normal veya düşüktür. Resüsitasyon sonrası flow fazda yine kan glukozu yüksek seyretmekle ve ekzojen glukozu tolerans azalmakla beraber, insülin seviyeleri artar. Normalde yüksek kan glukoz değerlerine paralel şekilde glukagon'un düşmesi beklenirken, alfa-adrenerjik uyarıya bağlı olarak yükselir. Cerrahiye nöroendokrin yanıtta "euthyroid sick syndrome" olarak adlandırılan, T3 ve T4 düşüklüğü, buna karşın normal TSH ve inefektif "revverse T3" yüksekliği ile karakterize bir tablo görülür. Cerrahi sonrası serum aldosteron seviyesi, ekstrasellüler sıvı hacmini korumak üzere, bilhassa renin-anjiyotensin ekseni yoluyla yükselir.

Cevap D (Corson, Surgery, 200, p: 3.1)

14. Piyojenik karaciğer absesinin en sık nedeni hangisidir?

- Septisemi
- Portal sistem aracılığıyla hematojen yayılım
- Asendan biliyer enfeksiyon
- İntraperitoneal enfeksiyonun doğrudan yayılımı
- Karaciğer travması

AÇIKLAMA: Taş ve ekstrahepatik biliyer sistem karsinomlarına sekonder kolanjit, pyojenik karaciğer absesinin en sık nedenidir. Bir seriye göre pyojenik karaciğer apseli olguların %80'inde alta yatan hepatobiliyer ya da pankreatik kanser mevcuttur. Septisemi, portal sistem aracılığıyla hematojen yayılım, intraperitoneal enfeksiyonun doğrudan yayılımı, karaciğer travması diğer

GENEL CERRAHI

nedenlerdir.

Cevap C (*Schwartz, Principles of Surgery, 7. baskı, 1999, s. 1399*)

15. Aşağıdakilerden hangisi kan tranfüzyonunun kanıtlanmış komplikasyonlarından değildir?

- a) Hemolitik reaksiyonlar
- b) Allerjik reaksiyonlar
- c) Enfeksiyöz, özellikle viral hastalık aktarımı
- d) Masif tranfüzyonda dilüsyonel trombositopeni
- e) İmmünoşüpresyon

AÇIKLAMA: Tranfüzyon sonrası ABO uyumsuzluğu veya başka antijenlere karşı reaksiyon sonucu hemolitik reaksiyonlar gelişebilir. Bunun dışında kanın hücresel komponentelerine karşı olmayan, ürtiker ve kaşıntı ile kendini gösteren allerjik reaksiyonlar da bilinir. Serolojik testlerle enfeksiyöz hastalık aktarımı olasılığı çok azalmıştır. Ancak non-A, non-B hepatitlerin %15 kadarı serolojik olarak saptanamaz. Seronegatif dönemde verilen kanda HIV pozitifliği de bilinemez. Bunun dışında test edilmeyen CMV, Ebstein-Barr virusu gibi enfeksiyon ajanları da transfüzyonla bulaşabilir. Masif transfüzyonun bilinen birçok komplikasyonundan biri de trombositopenidir. Banka kanında pratik olarak bulunmayan trombosit açığını bazen trombosit süspansiyonları ile telafi etmek gerekir. Tranfüzyonun immünoşüpresyon yaptığı bilinir. Hatta transpalantasyon hastalarında greft sağkalımını iyileştirmek için dahi kullanılmıştır. Ancak günümüzde bu immünoşüpresif etkiyi kanıtlayan prospektif randomize bir çalışma henüz yoktur.

Cevap E (*Corsün, Surgery, 2001, p. 6.1*)

16. Alt gastrointestinal kanamada hasta stabilize edildikten sonra, masif kanama yoksa veya devam etmiyorsa, odak saptanmasında ilk yapılması gereken inceleme hangisidir?

- a) Anjiyografi
- b) Tc99m sülfür kolloid veya Tc 99m ile işaretlenmiş eritrosit vererek sintigrafi
- c) Çift kontrastlı kolon grafisi
- d) Endoskopi
- e) Rektal kontrast vererek abdominal bilgisayarlı tomografi

AÇIKLAMA: Alt GIS kanamada hastanın hemodinamik parametreleri stabilize edildikten sonra kanama odağını tespit etmede ilk yapılacak inceleme endoskopidir. Yıllarca kanla dolu bağırsakta lezyon görmenin zorluğundan bahsedilmişse de, son yıllardaki yayınlarda kolonoskopi ile odak saptama oranları, %90'lara varmaktadır. Ayrıca endoskopinin, terapötik olarak da

kullanılabilme avantajı vardır. Kontrastlı radyolojik tetkikler anjiyodisplazi gibi küçük odakları göstermediği gibi, gerektiğinde yapılacak bir anjiyografiyi de gölgeler. Sintigrafik yöntemler, endoskopinin odağı saptayamadığı ve kanamının (masif olamamak kaydıyla) devam ettiği durumlarda uygulanır ve pozitif olduğunda lokalizasyonu kesinleştirmek için anjiyografi ile tamamlanması önerilir.

Cevap D (*Keigley, Surgery of the Anus Rectum and Colon, 1999, Vol: 2 p.: 2245*)

17. Paraözofageal herni (Tip 2 hiatus hernisi) için aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- a) Plöroperitoneal kanalın açık kalması sonucu gelişir
- b) Gastroözofageal bileşke, diafragmanın altında kalır
- c) Organoaksial mide volvulsuna yol açabilir
- d) Akciğere bası sonucu dispneye yol açabilir
- e) Asemptomatik dahi olsa, olası komplikasyonlar nedeniyle cerrahi tedavi uygulanmalıdır.

AÇIKLAMA: Plöroperitoneal kanal açıklığının yol açtığı herni, doğumsal bir diafragma hernisidir: Morgagni hernisi. Diğer bütün şıklar paraözofageal herniler için doğrudur.

Cevap A (*Corsan, Surgery, 2001, p: 5.1*)

18. İntestinal polipler için aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur?

- a) Asemptomatik polipler 70 yaş sonrası %10-20 oranında görülür.
- b) Poliplerin iki katına ulaşma süresi ortalama 4-5 yıldır.
- c) Cowden ve Crohn hastalığında hamartomatöz polipler görülür.
- d) Peutz Jeghers Sendromu'nda poliplerden kolon kanseri gelişmez.
- e) Juvenil polipozis sendromlu hastalarda kolon kanseri görülme oranı artar.

AÇIKLAMA: Asemptomatik poliplerin görülme sıklığı %1.6-%12 arasındadır. 70 yaşından sonra bu oran %40'a kadar yükselebilir.

Bir çok polip asemptomatik olmasına karşın sürekli büyüme gösterebilirler ve çaplarının iki katına çıkması 10 yıl gerektirir.

Hemartomatöz polipler; Peutz Jeyghers sendromu, Cowden hastalığı, Juvenil polipozis ve Cronhite Canada sendromu'nda görülür. Crohn hastalığında inflamatuvar polipler görülür.

Cowden hastalığı: Otozomal dominanttır. GIS polipleri görülür. Hiperkerototik deri ve gingiva lezyonları vardır. Trikolommomalar, acral keratozlar

ve oral mukozal papilomlar bulunur. Meme tiroid ve deri kanseri riski artmıştır.

Cronkhite Canada sendromu: Diffüz jevanil tip polipler tüm GİS te görülür ve ailesel bir hastalık değildir. Kellik, tırnaklarda distrofi ve deride hiperpigmentasyon vardır. Kilo kaybı, diyare malnutrisyon olabilir Malign potansiyel yoktur.

Peutz Jeghers sendromu: otozomal dominant bir sendromdur. Tüm GİS te polipler görülür. % 95 den fazla hastada dudakta ağız içinde, ağız çevresinde ve invaginasyona neden olabilirler. Premalign olarak kabul edilmezler fakat polipler adenomatöz komponent içerdiklerinde kolon kanseri gelişebilir. Total kolektomi gerekmez. Fakat kolonik polipler agresif olarak tedavi edilmeli ve kolonoskopiyle çıkarılmalıdır.

Juvenil polipler: En sık görülme yaşı 5-6 yaştır. Rektal kanama müköz akıntı diyare ve karın ağrısına neden olabilir. Daha az olarak intussusepsiyon ve rektal prolapsa neden olabilir. Premalign kabul edilmez. Buna karşın, **Juvenil polipozis sendromu;** otozomal dominanttır ve daenomatöz poliplerde beraber bulunabilir ve kolon kanseri görülme sıklığı artır. Profilaktik kolektomi yapılmaz.

Cevap E (*Sabiston, Tebook of Surgery, 15. baskı, 1997, s. 1020-1021*)

19.Aşağıdaki durumlardan hangisi splenektomi endikasyonu taşımaz?

- Splenik hilus lenf bezlerine metastaz yapmış mide kanseri**
- Hereditör sferositoz**
- Splenik ven trombozu**
- G-6-PD (glukoz-6-fosfat dehidrogenaz) eksikliğine bağlı hemolitik anemi**
- İmmün trombositopenik purpura**

AÇIKLAMA: Splenik hilus lenf bezlerine metastaz, mide kanserinde mide rezeksiyonuna ilave olarak splenektominin endikasyonlarından biridir. Hereditör sferositoz eritrosit membranındaki bir yapısal bozukluk sonucu eritrositlerin küresel form almaları ve buna bağlı frajiliteleri nedeniyle dalakta aşırı yıkımlardır. Splenektominin endikasyonlarından biridir. **Splenik ven trombozunun en önemli nedeni pankreatittir.** "Left sided" portal hipertansiyona, midede varis oluşumuna yol açar. Splenektomi ile olay geriler. Hemolitik anemiye yol açan eritrosit enzim defektleri arasında hangilerinin splenektomi endikasyonu taşıdığı halen tartışmalı olmakla birlikte, G-6-PD eksikliğinde splenektomi endike değildir. ITP, dalağın tufsin, properdin, Ig yapım ve kan hücrelerinin de ana yıkım yeri olması bakımından, önemli bir splenektomi endikasyonudur.

Cevap D (*Sabiston, Texbook of Surger, 14th Ed. 1991, p: 1108*)

20.Karaciğer hidatik kisti için aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- Tanıda yaygın kullanılan serolojik testler arasında en hassasları ELİSA ve IHA (indirekt hemaglütinasyon)dir.**
- Küçük (<4cm), derin intraparankimal yerleşimli, komplike olmamış kistler konservatif tedavi edilebilir.**
- Aseptomatik ve kalsifiye kistler izlenebilir.**
- En seyrek görülen komplikasyon, kistin safra yollarına açılmasıdır.**
- Albendazol, kistik ekinokok infeksiyonlarında etkili bir antihelminttir.**

AÇIKLAMA: Hidatik kistin yaygın kullanılan serolojik tanı yöntemleri arasında sırasıyla **ELİSA ve IHA testleri en duyarlı olanlardır.** Derin parankim içi yerleşimli küçük kistler, karaciğer yüzeyine ulaşmadıkça cerrahi tedavilerinin güçlüğü nedeniyle, albendazol tedavisi altında takip edilebilirler. Kalsifiye kistlerin büyük ölçüde viabilitelelerini kaybetmiş oldukları kabul edilir. Ayrıca müdahale edilen kalsifiye kistlerde morbidite daha yüksektir. Serilere göre oranları değişmekle beraber, safra yollarına rüptür, süpürasyon ile birlikte en sık rastlanın komplikasyondur. Albendazol, mebendazole göre intestinal emilimi ve kist içi konsantrasyonları daha yüksek, dolayısıyla daha efektif bir benzimidazol türevidir.

Cevap D (*Blumgart, Surgery of the Liver and Biliary Tract, 3d Ed. 200, Vol:2, p:1167 ;Howard, Surgery of the Liver, Bile Ducts and Prancreas in Children, 2th Ed. 2002, p:354*)

21.Aşağıdakilerden hangisi primer hipotiroidi nedeni değildir?

- Tiroid bezi disgenezisi**
- İyot yetmezliği**
- Periferde tiroid hormonuna direnç**
- Hashimato tiroiditi**
- Antitiroid ilaçlar**

AÇIKLAMA: Tiroid bezi tarafından hormon üretiminde bozukluk yoktur, hormon salgılanır ancak periferel rezistans nedeniyle görev yapamaz. Oysa a, b, d ve e şıklarında hormon üretimi olmaz.

Cevap C (*Seymour, Principles of Surgery, , Seventh edition, 1999, page; 1661-1713*)

22.Ülseratif Kolitis'te ameliyat endikasyonlarından olmayan hangisidir?

- Medikal tedaviye cevap vermeyen aktif hastalık**

GENEL CERRAHI

- b) Şiddetli kanama
- c) Toksik megakolon
- d) Kolonoskopide displazi olması.
- e) Hastalığın başlangıcından 15 yıl geçmesi

AÇIKLAMA: Ülseratif Kolit'te ameliyat endikasyonları: medikal tedaviye cevapsız aktif hastalık, kanser riski ve şiddetli kanamadır. Sıvı veya toksik megakolon olarak isimlendirilen bu durumda agresif medikal tedavi yapılır. Klinik durum kötüye gidiyor ise acil abdominal kolektomi yapılır. Kanser riski. Hastalık başladıktan sonra Pankoliti olanlarda 7 yıl sol taraflı koliti olanlarda 10 yıl sonra endoskopik takipler başlamalı ve her 1-2 yılda bir kolonoskopi ve biyopsiler displazinin tespiti için yapılmalıdır. Displazi tespit edilirse kolon ve rektum cerrahi olarak çıkarılmalıdır.

Cevap E (Schwartz, Shires, Spencer Principles of Surgery 7th Edition, McGraw-Hill Book Company, 1999, s. 1316)

23. Medüller tiroid karsinomu ile ilgili olarak doğru olanı işaretleyiniz.

- a) Tiroid bezinin en sık görülen karsinomudur.
- b) Tümör tiroid bezinin orta-üst polünde yerleşir.
- c) Hemen hepsi familial tiptedir.
- d) Tiroid bezi karsinomları içinde en kötü prognoza sahiptir.
- e) İdeal tedavi yeterli rezeksiyonu takiben TSH supresyonu ve radyoaktif iyot tedavidir.

AÇIKLAMA: Embriyolojik gelişimlerini sonucu olarak C hücreler ve doğal olarak da bunlardan kaynaklanan medüller tiroid karsinomu tiroid bezinin orta-üstü polünde yerleşir. Olguların %80'i sporadiktir. **Tiroidin en sık gözlenen karsinomu papiller, en kötü prognozlu karsinomu ise anaplastik olanıdır.** Medüller tiroid Ca, tiroid (folliküler hücrelerinden değil) C hücrelerinden kaynaklandığı için TSH ve radyoaktif iyoda duyarlı değildir.

Cevap B (Seymour, Principles of Surgery, , Seventh edition, 1999, page; 1661-1713)

24. Aşağıdakilerden hangisinin tedavisi cerrahi girişim gerektirir?

- a) Sellülit
- b) Felon
- c) Lenfanjit
- d) Laktasyonda ortaya çıkan mastit
- e) Erizipel

AÇIKLAMA: Felon distal falanksın pürülan koleksiyonudur, bu nedenle tedavisi drenajdır. Sellülit, lenfanjit, mastit ve erizipel ise süpürasyonla komplike olmadıkları sürece antibiyoterapi ile tedavi edilebilen yumuşak doku enfeksiyonlarıdır.

Cevap B (Seymour, Principles of Surgery, , Seventh edition, 1999, page; 123-153)

25. Gebelikte apandisit ile ilgili olarak hangisi doğrudur?

- a) Tanısı daha kolaydır.
- b) Operasyon kontrendike olduğu için medikal tedavi önceliklidir.
- c) Abdominal ağrı ve duyarlılık olmasa da rebound ve defans her zaman mevcuttur.
- d) Fetal gestasyon ilerledikçe apandiks pelvise doğru yer değiştirir.
- e) Anne ve bebek yaşamını tehdit eden en önemli faktör apandiks perforasyonudur.

AÇIKLAMA: Batın duvarı gevşek olduğu için ağrı ve duyarlılık olsa da **rebound ve defans sık değildir.** Ayrıca apandiks laterale ve yukarıya doğru yer değiştirir. Bu nedenle **gebelikte apandisit tanısı zordur. Perforasyon gelişimi anne ve bebek mortalitesini artırdığı için erken tanı ve cerrahi tedavi şarttır.**

Cevap E (Seymour, Principles of Surgery, Seventh edition, 1999, s. 1265-1382)

26. Aşağıdaki nöroendokrin tümörlerden hangisinde yer değiştiren nekrotik dermatitis gözlenir?

- a) Somatostatinoma
- b) Gastrinoma
- c) Glukagonoma
- d) İnsülinoma
- e) Vipoma

AÇIKLAMA: Glukagonoma, genellikle bacaklarda ve perinede gizlenen, hipoaminoasidemiye bağlı deri lezyonları, kilo kaybı, stomatit, anemi ve hafif diabetes mellitus ile karakterize bir tabloya neden olur.

Cevap C (Schwartz, Principles of Surgery, 7. baskı, 1999, s. 1496)

27. Baş-boyun bölgesine radyoterapi almamış, tiroid kanseri yönünden pozitif aile öyküsü olmayan bir olguda tiroidektomi endikasyonu hangi durumda vardır?

- a) Ultrasonografide basit tek kist varlığında
- b) İlk aspirasyondan sonra bir kez tekrarlayan kist varlığında
- c) Ultrasonografide 1,5 cm boyutunda tek kist var ve tiroglobülin düzeyi normalin üst sınırında ise
- d) Ultrasonografide 4 cm'den büyük tek kist varlığında
- e) İki santimetre boyutunda tek kist varlığında

AÇIKLAMA: İnce iğne aspirasyonu ile basit kistlerin %75'inde kür sağlanır. Ancak bazı basit kistler rektüre ederek aralıklı olarak yapılan iki veya üçüncü

aspirasyona gereksinim gösterebilirler. Eğer üçüncü aspirasyondan sonra da reküre ediyorsa unilateral lobektomi önerilmektedir. Kist 4 cm'den daha büyükse, solid ve kistik komponentler yanyana (kompleks kist) ise, bu olgularda da tiroidektomi önerilmektedir çünkü bu kistlerde malignite insidansı %15 olarak bildirilmektedir. Tiroglobülin düzeyi, tiroid kistlerinin değerlendirilmesinde değil, diferansiye tiroid karsinomlarının total tiroidektomi ile cerrahi tedavi sonrası izleminde kullanılmaktadır.

Cevap D (*Schwartz, Principles of Surgery, 7. baskı, 1999, s. 1679-1680*)

28. Erkeklerde meme kanseri ile ilgili olarak doğru olanı işaretleyin.

- Kadınlara oranla daha ileri yaşta gözlenir.
- Lobuler karsinoma in situ en sık gözlenen tümör tipidir.
- Hormon reseptörleri içermezler.
- Sıklıkla üst dış kadranda yerleşirler.
- Kemoterapi ve radyoterapi öncelikli tedavi yöntemleridir.

AÇIKLAMA: Erkeklerde meme kanserinin ortalama yaşı 60-70'dir, kadınlardan 10 yıl daha geç gözlenir. **Lobuler karsinoma in situ erkeklerde gözlenmez.** Olguların %80'inde hormon reseptörleri mevcuttur. Sıklıkla meme başı areola kompleksinin altında yerleşirler ve cerrahi rezeksiyon standart tedavi yöntemidir.

Cevap A (*De Vita VT, Cancer; Principles and Practice of Oncology, 5. Edition, 1997, s. 1586*)

29. Aşağıdaki ikilerden yanlış olanı işaretleyin.

- Psammoma cisimcikleri-papiller troid karsinomu
- Orphan Annie hücreleri – Hashimoto tiroiditi
- Hürtle hücreleri-Hashimoto tiroiditi
- Askanazy hücreleri-Hashimoto tiroiditi
- Dev hücreler – Subakut tiroiditi.

AÇIKLAMA: -Psammoma cisimcikleri; Fibrovasküler stromadaki kalsiyum depozitleri-papiller troid karsinomu

-Orphan Annie hücreleri; Stoplazması soluk ve belirgin, nükleusları yoğun, intranükleer inklüzyonlar içeren küboidal hücreler – papiller tiroid karsinomu için karakteristik.

-Hürtle veya Askanazy hücreleri; oksifilik değişiklik gösteren genişlemiş epitel hücreleri – Hashimoto tiroiditi

-Dejenere tiroid follikülleri dev hücreler ile çevrilerek granülomları oluştururlar- Subakut tiroiditi.

Cevap B (*Seymour, Principles of Surgery, , Seventh edition, 1999, page; 1661-1713*)

30. Aşağıdakilerden hangisi gebelikte meme kanseri ile ilgili olarak yanlıştır?

- Tanıda mamografi yararlı değildir.
- Şüpheli kitle varlığında lokal anesteziyle meme biyopsisi güvenle yapılabilir.
- Aynı evre ve yaştaki hastalar karşılaştırıldığında gebe olanlarda yaşam oranları gebe olmayanlardan düşüktür.
- Tanı metodlarından yeterince yararlanılmadığı için gebelerde hastalık daha ileri evrelerde tespit edilebilmektedir.
- Hastalık ilk trimesterde saptanırsa medikal abortus önerilir.

AÇIKLAMA: Gebelikte meme dokusunun yoğunluğu arttığı için mamografiden yararlanılmaz. En güvenilir olanı fizik muayene ve bunda tespit edilen şüpheli lezyonunu biyopsi ile tanınmasıdır. **Gebelikte meme Ca prognozu tanıda geç kalındığı için kötüdür.** Aynı evre ve yaştaki hastalar karşılaştırıldığında gebe olanlarda yaşam oranları gebe olmayanlarla aynıdır.

Cevap C (*De Vita T, Cancer; Principles and Practice of Oncology, 5. Edition, 1997, s.1586*)

31. Akut pankreatitli hangi olgularda kompüterize tomografi incelemesi önerilir?

- 10 gün içinde klinik düzelme gösteren olgular
- Ranson skoru üç'den büyük olgular
- Plevral effüzyon olan olgular
- İlk başvuru anında tüm olgulara
- Amilaz düzeyi normal olan olgular

AÇIKLAMA: Kontrastlı CT, akut pankreatitte inflamatuvar sürecin genişliği, pankreas nekrozunun derecesi ve infeksiyon varlığı konusunda en objektif bilgiyi sağlar. Fakat invaziv ve pahalı bir işlem olması nedeni ile akut pankreatit nedeni ile hastaneye başvuran her olguya önerilmemektedir. Eğer hasta kullanılan prognostik kriterlere göre yüksek risk grubunda kabul edeliyorsa (örneğin Ranson skoru >3 ise), tıbbi tedaviye rağmen hastaneye başvurudan itibaren 2-3 gün içerisinde tabloda gerileme gözlenmiyorsa, herhangi bir nedenle akut pankreatitin komplikasyonunu geliştirdiğinden şüpheleniliyorsa, kontrastlı CT tetkiki önerilmektedir.

Cevap B (*Schwartz SI; Principles of Surgery, 7. baskı, 1999, s. 1477*)

32. Kafa içi basınç artışı sendromu olmayan kronik hiponatremili bir olguda semptomatik hiponatremi sınırı kaçtır?

- 110 µEq/L
- 115115 µEq/L
- 120 µEq/L
- 125µEq/L

GENEL CERRAHI

e) 130 µEq/L

AÇIKLAMA: Akut semptomatik hiponatremi (Na düzeyi 130 µEq/L'den az) klinik olarak intrakraniyal basınç artımı ve fazla intrasellüler su nedeni ile santral sinir sistemi bulguları ile karakterizedir. Ancak kronik hiponatremi durumlarında serum Na düzeyi 120 µEq/L'nin altına düşmedikçe olgu asemptomatiktir. Bunun tek istisnası vardır: kapalı kafa travması nedeni ile kafa için basıncı artmış ise hafif hiponatremi bile, ekstrasellüler sıvı osmolaritesinin azalması sonucu intrasellüler sıvıdaki progresif artış kafa içi basıncında daha da artışa neden olacağı için, fatal olabilir.

Cevap C (*Schwartz SI; Principles of Surgery, 7. baskı, 1999, s. 58*)

33.Memenin; palpabl kitlesi olmayan ve tek odaklı (unisentrik) Paget hastalığının tedavisinde aşağıdakilerden hangisi yeterli ve uygun, en minimal işlem kabul edilebilir?

- a) Modifiye radikal mastektomi
- b) Negatif cerrahi sınırla geniş eksizyon
- c) Negatif cerrahi sınırla geniş eksizyon+radyoterapi
- d) Negatif cerrahi sınırla geniş eksizyon+aksilla disseksiyonu
- e) Negatif cerrahi sınırla geniş eksizyon + aksilla disseksiyonu + radyoterapi

AÇIKLAMA: Meme başı-areola bölgesinin Paget hastalığı, altta bir invaziv meme karsinomu ile veya daha yaygın olarak altta bir non-invaziv intraduktal meme karsinomu (DCIS) ile birlikte gözlenir. DCIS ile birlikte gözlenen Paget olgularında sıklıkla bir kitle yoktur ve bu olgular tüm Paget hastalığı olgularının %50'sini oluşturur. Kitle ile birlikte olan Paget olgularında, hemen daima invaziv karsinom, hastalığın bir komponentidir ve bu olguların 1/2 ile 2/3'i prezentasyonda aksiller lenf nodu metastazına sahiptir. Oysa kitlesiz yani büyük olasılıkla DACIS'li Paget hastalığında aksiller lenf nodu metastaz oranı hemen hemen % 0 dir. İşte bu olgularda A, D ve E seçeneklerinde belirtilen tedaviler kür sağlayıcı işlemler olmakta birlikte non-invaziv ve iyi seyirli bir hastalık için fazla agresif yaklaşımlar olarak düşünülebilir. B seçeneğinde belirtilen işlem ise lokal rekürens olasılığını yüksekliği nedeni ile tercih edilmemektedir. C seçeneğinde belirtilen geniş eksizyon ve ardından radyoterapi ise yeterli ve uygun, en minimal işlemdir.

Cevap C (*Jamali FR, et al, In: Surg Clin North Amer, 1996, 365-381*)

34.Aşağıdakilerden hangisi tiroid kanseri için risk değildir?

- a) Düşük doz iyonize radyasyona maruz kalma

- b) Aile bireylerinde papiller tiroid Ca olması
- c) Aile bireylerinde medüller tiroid Ca olması
- d) Hodkin hastalığı için yüksek doz radyasyon almış olmak
- e) Hashimato tiroiditi tanısı almış olmak

AÇIKLAMA: Tiroid kanserleri için iki major risk faktörü vardır; iyonize radyasyona maruz kalmak ve ailede papiller veya medüller tiroid Ca öyküsünün olması. **Hashimato tiroiditi ise tiroid lenfoması için risk faktörüdür.**

Cevap E (*Seymour, Principles of Surgery, Seventh edition, 1999, s. 1661-1713*)

35.Aşağıdakilerden hangisi kronik pankreatitteki ağrı nedenlerinden değildir?

- a) Pankreatik duktal hipertansiyon
- b) İntrapankreatik sinirlerin enflamasyonu
- c) Pankreatik iskemi
- d) Kolanjit
- e) Peripankreatik yağ nekrozu

AÇIKLAMA: Peripankreatik yağ nekrozu akut pankreatitte gözlenir. Diğer nedenlerin tümü kronik pankreatitte ağrı nedenlerindedir.

Cevap E (*Seymour, Principles of Surgery, Seventh edition, 1999, s.1467-1498*)

36.Aşağıdakilerden hangisi gazlı gangren yapmaz?

- a) Clostridium perfringens
- b) Stretococcus pyogenes
- c) Clostridium novyi
- d) Vibrio marine
- e) Erysipelothrix rhusiopathiae

AÇIKLAMA: Clostridium türleri anaerobik metabolizmaya bağlı olarak hidrojen, metan ve nitrojen gibi, dokuda erimeyen gazlar yaparlar. Aerobik bakteriler de gaz yapabilirler. Stretococcus pyogenes, Vibrio marine da bunlardandır.

Cevap E (*Seymour, Principles of Surgery, Seventh edition, 1999, s. 123-153*)

37.Künt karın travmasından birkaç gün sonra duodenal hematoma sekonder olarak ortaya çıkan duodenal obsrüksiyonda seçilecek tedavi yöntemi hangisidir?

- a) Acil eksplorasyon
- b) Retrokolik gastrojejunostomi
- c) Tüp duodenostomi
- d) Duodenojejunostomi
- e) Nazogastrik dekompresyon

AÇIKLAMA: Geç dönemde ortaya çıkan ve obstrüksiyona neden olan ince bağırsak hematomalarında oral alımı kesip nazogastrik dekompresyon yapmak çoğu zaman yeterli

olmaktadır.

Cevap E (Schwartz, Principle of Surgery, 7. baskı, Chapter: 6, p. 198)

38.Tiroidin hürtle hücreli kanseri ile folliküler hücreli kanserini birbirinden ayıran özelliklerden hangisi yanlıştır?

- a) Hürtle hücreli kanserin multifokal olma olasılığı daha yüksektir.
- b) Hürtle hücreli kanserin bilateral olma olasılığı daha yüksektir.
- c) Hürtle hücreli kanserin boyun lenf bezlerine yayılım yapma olma olasılığı daha yüksektir.
- d) Hürtle hücreli kanserin radyoaktif iyot (RAI¹³¹) tutma olasılığı daha yüksektir.
- e) Klinik olarak lenf nodu saptanmayan Hürtle hücreli kanserin cerrahi tedavisinde sadece total tiroidektomi yeterli değildir.

AÇIKLAMA: Hürtle hücreli tiroid kanserleri folliküler kanserlere göre daha sıklıkla multifokal ve bilateraldirler, servikal lenf nodlarına daha sıklıkla (%25) metastaz yapma eğilimindedirler. Bu tümörler genellikle RAI131 tutmazlar. Bu olgularda, klinik olarak lenf nodu olması bile, total tiroidektomi yanında rutin santral boyun diseksiyonu önerilmektedir. Eğer santral boyun diseksiyonunda lenf nodu tutulumu saptanırsa ya da ilk tanı anında metastatik lenf nodu varlığı saptanırsa total tiroidektomiye modifiye boyun diseksiyonu eklenmesi gerekli görülmektedir. Oysa foliküler kanserde, rutin santral boyun diseksiyonunun yeri yoktur ve saptanmış lenf nodu metastazı olmadığı sürece sadece total tiroidektomi yeterlidir.

Cevap D (Schwartz, Principles of Surgery, 7. baskı, 1999, s. 1686)

39.Aşağıdakilerden hangis karaciğerin benign tümörü değildir?

- a) Hamartom
- b) Hepatoblastom
- c) Adenom
- d) Fodkal nodüler hiperplazi
- e) Hamangioma

AÇIKLAMA: Hepatoblastoma, çocuklarda özellikle ilk 3 yaşta en sık görülen malign hepatik tümördür. Erkek çocuklarda 2 kat daha fazladır. **En sık görülen semptomlar;** karın şişliği, iştahsızlık, gelişme geriliği, karın ağrısı, kusma ve ishaldir. Paraneoplastik sendrom olarak hCG üretimi nedeniyle izoseksüel prekoksiziteye neden olabilir. AFP olguların %80-90'ında yüksektir.

Cevap B (Schwartz, Principles of Surgery, 6.baskı , 1994, s. 1333)

40.Yara iyileşmesinin hangi evresinde anjiyogenezis olur?

- a) Koagülasyon
- b) İnflamasyon
- c) Fibroplazi
- d) Remodeling
- e) Epitelizasyon

AÇIKLAMA: Fibroplazi fazı cerrah için en önemli olayların meydana geldiği evredir. Fibroplazi doku direncini artırır. Ve doku bütünlüğünün sağlanmasında büyük önemi vardır. Yara oluşmasından 10 saat sonra yarada kollajen artışı görülmeye başlar. 5-7 gün içinde en yüksek seviyeye varan kollajen sentezi kademeli olarak azalır. **Yara içinde anjiyogenezis üretimi de bu evrede görülür.**

Cevap C (Schwartz, Principles of Surgery, seymour I. 1999-1999,265/9)

41.Karsinoid tümörlerden prognozu en iyi olanlar nerede yerleşirler?

- a) Rektum
- b) Apendiks
- c) İleum
- d) Çekum
- e) Over

AÇIKLAMA: Karsinoid tümörler en sık apendikste yerleşir ve en iyi prognoza sahip olanlar da apendikste yerleşenlerdir.

Cevap B (Alican, I. Cerrahi Dersleri, 1. Baskı 1996, s. 290/914)

42.Terminal ileum rezeksiyonunu takiben aşağıdaki maddelerden hangisi devamlı verilmelidir?

- a) E vitamini
- b) Demir
- c) C vitamini
- d) B₁₂ vitamini
- e) Folik asit

AÇIKLAMA: B12 vitamini ve safra tuzları distal ileumdan emilir.

Cevap D (Schwartz Principles of Surgery, 6. Baskı, 1184-1189/1095-1096-1098)

43.Aşağıdakilerden hangisi adenoma bağlı primer hiperparatiroidi ile uyumludur?

- a) Serum kalsiyumu 8mg/dl'den az, serum fosforu normalden yüksek, serum klorürü normal sınırlarda
- b) Serum kalsiyumu 8mg/dl'den az, serum fosforu normalden düşük, serum klorürü normal sınırlarda
- c) Serum kalsiyumu 8 mg/dl'den yüksek, idrar

GENEL CERRAHI

kalsiyumu 100 mg/gün'den düşük, fraksiyone kalsiyum ekskresyonu %1'in altında

- d) Serum kalsiyumu 8 mg/dl'den yüksek, serum fosforu normalden düşük, serum klorürü yüksek, idrar kalsiyumu 200 mg/gün'den yüksek
- e) Serum kalsiyumu 14 mg/dl'den yüksek, alkalin fosfataz yüksek, hemoglobin 8 mg/dl, idrar kalsiyumu 200 mg/gün'den yüksek

AÇIKLAMA: A seçeneği; primer hiperparatioidi için uygulanmış paratiroidektomi sonrası ortaya çıkabilen ve parathormon yetersizliği nedeni ile hipokalsemi ve hiperfosforemi ile karakterize “**postoperatif hipoparatioidi**” tablosunu ifade etmektedir.

B seçeneği; yine paratiroidektomi sonrası ortaya çıkabilen ve daha önceki primer hiperparatiroidi sırasında kemiklerde eksilmiş kalsiyumun, patolojik nedenin ortadan kalkması ile, hızla tekrar yerine konulması sonucu serum kalsiyumunun ve serum fosforunun düşüklüğü, parathormon düzeyinin normal olması ile karakterize “**kemik açlığı**” tablosunu yansıtmaktadır.

C seçeneği böbreklerden kalsiyum ekskresyonundaki yetersizlik nedeni ile ortaya çıkan hiperkalsemi tablosunu yani “**benign familiyal hipokalsiürik hiperkalsemi**” tablosunu göstermektedir.

E seçeneği de çok yüksek kalsiyum düzeyi, **yüksek alkalin fosfataz bağlı hiperkalsemi** tablosunu (ektopik veya psödohiperparatiroidi) yansıtmaktadır.

D seçeneğindeki tablo ise parathormon fazlalığı nedeni ile karakterize **primer hiperparatiroidiyi** ifade etmektedir.

Cevap D (*Schwartz, Principles of Surgery, 7. baskı, 1999, s. 1700 ve 1701; Schwartz, Principles of Surgery, 6. baskı, 1999, s. 1651, 1653, 1654, 1655*)

44.Aşağıdakilerden hangisi cerrahi gibi major bir travmaya yanıt olarak artmaz?

- a) Kortizol
b) Aldosteron
c) TSH
d) Prolaktin
e) Oksitosin

AÇIKLAMA: Major bir travma veya stres sonrasında bir dizi hormonlar ve nöromedyatörler artar. Bu durum **travmaya nöroendokrin yanıt** adını alır. **Artan hormonlar;** epinefrin, norepinefrin, dopamin, glukagon, renin, GH, kortizol, ACTH, serotonin, GH, IL-1 oksitosin, kininler, Aldosteron.

Cevap C (*Schwartz, Principle of Surgery, 7. baskı, Chapter: 6, p. 4*)

45.Kramaster kası aşağıdakilerden hangisinden oluşmuştur?

- a) Eksternal oblik aponevrozu
b) İnternal oblik kası
c) Tranversus abdominis kası
d) Fasya transversalis
e) Parietal periton

AÇIKLAMA: Kremaster kasını internal oblik kas oluşturur.

Cevap B (*Schwartz, Principles of Surgery, 8. baskı, 1994, s. 1519*)

46.Serum gastrin düzeyi aşağıdakilerden hangisinde yüksek değildir.

- a) Zollinger-Elison sendromu
b) Pilon stenozu
c) Billroth II gastrektomi sonrası antrumun kalması
d) Pernisiyöz anemi
e) Komplikasyonsuz duodenal ülser.

AÇIKLAMA: Gastrin mide antral G hücrelerinden salgılanır. Gastrik asit salgısını artırır. Midenin gerilmesi, midede protein varlığı salgısını artırır. Zollinger-Ellison sendromunda salgısı artmıştır. Ülser oluştuğunda da asit arttığı için gastrin artmıştır. Pernisiyöz anemide artmaz.

Cevap D (*Texbook of Surgery Sabiston, Fifteenth edition 1997, s. 848*)

47.Aşağıdakilerden hangisi kolorektal karsinogenezde önemli genetik değişikliklerden değildir?

- a) 5q (MCC)
b) 12p (RAS)
c) 18q (DCC)
d) 10 (RET)
e) 17p (p53)

AÇIKLAMA: Kolorektal karsinogenez için bir model olan Vogelstein önermesinde; tümör süpresör gen olan 5q mutasyonu veya kaybı (MCC) DNA hipometilasyonu bir onkogen olan **12p mutasyonu (RAS)**, bir tümör süpresör gen olan **18q kaybı (DCC)**, yine bir tümör süpresör gen olan **17 p kaybı (p53)** normal epitelden karsinoma dönüşümde önemlibasamaklardır. Bu önermede RET gen mutasyonlarının yeri yoktur. Bu mutasyonlar büyük ölçüde papiller tiroid kanseri ile nöral krest hücreleri kökenli tümörlerin (medüller tiroid kanseri ve feokromositoma gibi) gelişiminde rol oynamaktadır.

Cevap D (*Schwartz, Principles of Surgery, 7. baskı, 1999, s. 1335 ve 1681*)

48.Duodenal ülser kanamasında aşağıdakilerden

hangisi ameliyat endikasyonu değildir?

- İlk 24 saatte 8 üniteden fazla kan tranfüzyonuna ihtiyaç duyulması
- 48 saattir devam eden yavaş ve sürekli kanama
- Medikal tedavi alırken 2'den fazla tekrar eden kanama
- Endoskopik olarak tedavi edilemeyen gözle görülür kanama
- 2 ünite ile hemodinamisi stabil edilebilen kanama.

AÇIKLAMA: Duodenal ülser kanamalarında ameliyat endikasyonu kanamanın devam etmesi, medikal tedaviye rağmen 2'den fazla tekrar etmesi ve endoskopi de tedavi edilemeyen kanamadır. İlk gelişte 3 ünitenin altında kan transfüzyonu ile hemodinamisi stabil edilebilen hastalar medikal tedavi ile takip edilir.

Cevap E (Cameron, *Current Surgical Therapy*, 2001, s. 81)

49. Kompüterize tomografide saptanmış 5 cm'den küçük asemptomatik (insidentiloma) adrenal kitleye yaklaşımda hangisi önceliklidir?

- İnce iğne aspirasyon biyopsisi
- Fonksiyonel durumu değerlendirme
- Sintigrafi
- Magnetik rezonans
- Cerrahi girişim

AÇIKLAMA: CT'de adrenal kitlenin boyutu, bu kitlenin malign potansiyeli hakkında önemli bir kriterdir. Adrenal kortikal kansinolar genellikle 5 cm'den büyüktürler, benign lezyonlar ise genellikle 5 cm den küçüktür fakat küçük lezyonların malign olabileme olasılıkları da gözardı edilemez. **CT, malign lezyonları benignlerden boyut, direkt invazyon varlığı ve uzak metastaz varlığının gösterilmesi ile ayırabilir.** MR da CT ile aynı rezolüsyona sahiptir fakat farklı sekanslardaki karakteristiklere dayanarak adrenal kanseri, adrenele metastazı, feokromositomayı ve adenomayı CT'e göre daha iyi ayırabilme özelliği de vardır. **İnce iğne aspirasyon sitolojisi adrenal kitlede benign-malign ayrımını yapmada sınırlı değere sahiptir çünkü benign-malign ayrımında en önemli kriterler olan vasküler invazyonu, kapsül invazyonunun göstermez.** Bir başka organda primer kanseri bilinen bir hastada, adrenal kitlenin metastaz olup olmadığını anlaşılmasında ince iğne aspirasyon biyopsisi önemlidir. Ayrıca eğer adrenal kitle beklenmedik bir feokromositomaya ait ise, ince iğne aspirasyonunun sonucu katastroofik olabilir. Bu nedenle öncelikle kitlenin fonksiyonel durumun biyokimyasal olarak değerlendirilmesi önemlidir. Ancak kanser öyküsü olan, biyokimyasal olarak non-

aktif ve 5 cm'den küçük bir adrenal kitlede aspirasyon sitolojisi önerilmektedir. Diğer yandan adrenal kitle, 5 cm'den küçük ise ancak biyokimyasal olarak fonksiyonel olma durumunda ya da ilk saptandığı CT'de 5 cm'den büyük olma durumunda cerrahi girişim gerektiği ifade edilmektedir. İnsidentilomaların değerlendirilmesinde sintigrafik çalışmalar ek bilgi sağlamamaktadır.

Cevap B (Schwartz, *Principles of Surgery*, 7. baskı, 1999, s. 1644)

50. Pankreas başı kanseri için tanıda en duyarlı (sensitif) yöntem hangisidir?

- Ultrasonografi
- Kompüterize tomografi
- ERCP
- İnce iğne aspirasyon biyopsisi
- Magnetik rezonans

AÇIKLAMA: Pankreas başı kansinomu için USG'nin sensitivitesi %70, spesifitesi %95; CT'nin sensitivitesi %85 spesifitesi %95; ERCP'nin sensitivitesi %95, spesifitesi %85; iğne aspirasyon biyopsisinin sensitivitesi %85, spesifitesi %100 ve MR'ın sensitivite ve spesifitesi ise CT ile aynı olarak bildirilmektedir. Böylece **ERCP pankreas başı kansinomu için en yüksek sensitiviteye sahip yöntemdir.** Kanser ile kronik pankreatiti ayırmadaki güçlük nedeni ile ERCP'nin spesifitesi biraz düşüktür. Diğer yandan kanser ve kronik pankreatiti ayırmadaki üstünlüğü nedeni ile ince iğne aspirasyon biyopsisinin spesifitesi %100 olmasına karşın sensitivitesi düşüktür.

Cevap C (Schwartz, *Principles of Surgery*, 7. baskı, 1999, s. 1488 ve 1489)

51. Tıkanma sarılığı olan bir olguda pankreas başında kitleden kuşkulaniyorsa aşağıdakilerden hangisi gerekli değildir?

- ERCP
- Kompüterize tomografi
- Akciğer grafisi
- Perkütan biyopsi ile malignite tanısı
- Ultrasonografi

AÇIKLAMA: Pankreas başı kansinomu tanısında sensitivitesi %100 olan bir yöntem olmayıp, en yüksek sensitivite %95 ile ERCP'dedir. İnce iğne aspirasyonunun ise spesifitesi yani kanser ile kronik pankreatiti ayırdetmedeki başarısı %100 iken sensitivitesi yani gerçek malign lezyonları belirlemedeki başarısı düşüktür ve %85'dir. Görüntüleme yöntemleri ile rezektabel olduğu saptanmış pankreas başında kitlesi ve tıkanma sarılığı olan olgularda operasyon öncesi, ince iğne

GENEL CERRAHI

aspirasyon biyopsisi ile tanının malignite lehine doğrulanması yada kitlenin tam ayrımının yapılması rutin olarak önerilmemektedir. Çünkü pankreas başı karsinomu yanında periampuller neoplazmlar da (Ampulla vateri karsinomu, distal safra yolu karsinomu, duodenum malignitesi) benzer tedavi yaklaşımı ile tedavi edilmektedir. Diğer yandan pankreatik kanserle karışabilecek kronik pankreatiti ayırdetmenin güçlüğü yanında uygulanacak bir pankreatikoduodenektomi kronik pankreatit için de uygun bir tedavi yaklaşımı olacaktır. Bu nedenlerle **preoperatif doku tanısının mutlak elde edilmesi rezektable pankreas başı kitlelerinde gerekli görülmemektedir.**

Cevap D (*Schwartz, Principles of Surgery, 7. baskı, 1999, s.1489 ve 1490*)

52.Aşağıdaki ifadelerden hangisi akalazyaya için söylenemez?

- En sık görülen özofagus motilite bozukluğudur.
- İstirahat halinde manometri ile alt özofagus sfinkterinde gevşeme saptanmaz
- Sıklıkla özofagus hiperperistaltizmi ile birlikte.
- Lümen içi basınç artmıştır.
- Myotomi en iyitedavi yöntemlerinden biridir.

AÇIKLAMA: Akalazyaya en sık görülen özofagus motilite bozukluğudur. Özofagus düz kasında aperistaltizm ve alt özofagus sfinkterinde gevşeme bozukluğu ile karakterizedir.

Cevap C (*Patti MG, Comparison of medical and minimallyinvasive surgical therapy for primary esophageal motility disorders, Arch Surg 1995, p. 130: 609-616*)

53.Aşağıdaki gastrointestinal sistem salgılarından hangisi katyon ve anyon içeriği olarak plazmaya en çok benzer?

- Tükrük
- Mide
- Duodenum
- İleum
- Kolon

AÇIKLAMA: Gastrointestinal sistem salgılarının içeriği;

Tükrük: Na: 10, K: 26, Cl: 10, HCO₃:30,

Mide: No:60, K:10, Cl:130,

Duodenum: Na:140, K:5, Cl:80,

İleum: Na:140, K:5, Cl:104, HCO₃:30,

Kolon: Na:60, K:30 Cl:40.

Bu sonuçlara bakıldığında plazmaya en yakın içeriğin ileum olduğu görülmektedir.

Cevap D (*Schwartz, Principles of Surgery, 7. edition, s. 56*)

54.Rutin olarak eksplore edilmemesi gereken retroperitoneal hematoma hangisidir?

- Büyümekte olan hematoma
- Pelvis fraktürüne bağlı hematoma
- Omentum minusun arkasında olan hematoma
- Hepatik fleksura ile ilgili hematoma
- Splenik fleksura ile ilgili hematoma

AÇIKLAMA: Pelvis fraktürü ile beraberse ve hematoma büyümüyorsa veya hastayı şoka sokmuyorsa hematoma rutin olarak eksplore edilmez.

Cevap B (*Schwartz, Principles of Surgery, 7. edition, s. 215*)

55.Taşlı kolesistit nedeni ile yapılan kolesistektomi sonrası (insidental) saptanan bir safra kesesi karsinomlu olguda, aşağıdaki histolojik tabakalardan hangisinin tümör tarafından tutulması veya aşılması radikal amaçlı reoperasyon için endikasyondur?

- Mukoza epiteli
- Bazal membran
- Lamina propria
- Submukoza
- Muskularis mukoza

AÇIKLAMA: Safra kesesi duvarı epitel ve lamina propria'dan oluşan mukoza, ince bağırsaktaki muskularis mukozanın analoğu olan bir düz kas tabakası, perimusküler bağ dokusu ve seroza'dan oluşur. **İnce bağırsağın aksine safra kesesi submukoza içermez.** Arka yüzde seroza olmayıp doğrudan perimusküler bağ dokusu karaciğerin interlobüler bağ dokusu ile temas halindedir.

AJCC-1997'e göre bazal membranı aşmış lamina propria invazyonu yapmış tümörler T-A,

musküler tabaka tutulumu yapmış tümörler T-lb,

perimusküler bağ dokusu tutulumu T-2,

seroza tutulumu T-3

ve karaciğer ya da diğer komşu organ tutulumu T-4 olarak sınıflandırılmaktadır.

İnsidental safra kesesi karsinomlarında invazyon derinliği T-la ise, yani tümör mukozal ise, yapılmış olan kolesistektomi yeterlidir, oysa daha derin invazyon (T-lb ve ötesi) safra kesesi yatağını içeren karaciğer rezeksiyonu ve rejyonel lenf nodu diseksiyonunu (genişletilmiş veya radikal kolesistektomi) gerekli kılmaktadır.

Cevap E (*Pleming, AJCC cancer Staging Manual. 5.baskı, 1997, s. 103; Blumgart Surgery of the Liver and Biliary Tract, 3.baskı, 2000, s. 1006; Townsend, Sabiston Textbook of Surgery, 16.baskı, 2001, s. 1104*)

56. Karaciğer aşağıdakilerden hangisine göre anatomik segmentlere ayrılır?

- Safra yolu drenajı
- Hepatik arter dolaşımı
- Hepatik venöz drenaj
- Portal ven dağılımı
- Umblikal fissür

AÇIKLAMA: Karaciğer venöz drenajına göre anatomik segmentlere ayrılır.

Cevap C (*Schwartz, Principles of Surgery, 8. baskı, 1994, s. 1319*)

57. Perikard tamponadı ile ilgili aşağıdaki cümlelerden hangisi yanlıştır?

- Santral venöz basınç artmıştır.
- Nabız basıncı azalmıştır.
- Sol atrium basıncı ölçümü tanıda yardımcı değildir.
- Göğüs filminde normal kalp gölgesi tanıyı ekarte eder.
- Perikardiyosentez tanıda yardımcıdır.

AÇIKLAMA: Perikard tamponadında santral venöz basınç artar, nabız basıncı azalır, hipotansiyon, boyun venlerinde dolgunluk ve grafide kalp gölgesinde artış olur. Ancak bunun olmaması tanıyı ekarte ettirmez.

Cevap D (*Sabiston, Textbook of Surgery, 7. edition 1997, s. 1948*)

58. Pankreatik asidi karaciğer sirozuna bağlı gelişen asitten ayırmak için kullanılan en önemli test hangisidir?

- Abdominal parasentez
- Abdominal ultrasonografi
- Abdominal bilgisayarlı tomografi
- Endoskopik retrograd kolanjiyo-pankreatikografi
- Perkutan transhepatik kolanjiografi

AÇIKLAMA: Pankreatik asit ile karaciğer sirozuna bağlı asiti birbirinden ayırmada kullanılan en önemli test abdominal parasentezdir.

Cevap A (*Schwartz, Principles of Surgery, 8. baskı, 1994, s. 1420*)

59. Sigmoid divertikülünün komplikasyonu aşağıdakilerden hangisi değildir?

- Lokalize abseler
- Yaygın peritonit
- Kolovezikal fistül
- Kolon kanseri
- Kolon perforasyonu

AÇIKLAMA: Sigmoid kolon divertiküllerinin komplikasyonları; lokalize abseler, perforasyon,

perforasyon sonrası yaygın peritonit, kolovezikal fistüllerdir. Premalign bir lezyon değildir.

Cevap D (*Schwartz, Principle of Surgery, 7. edition, Chapter 26, s. 1277*)

60. Aşağıdakilerden hangisi anterior yaklaşımla gerilimsiz (tension-free) fitik onarımı için sık endikasyondur?

- Bağ dokusu hastalığı olan fitikliler
- Primer indirekt hernisi olan kadınlar
- Rekürren fitikliler
- Komplike olmayan fitikliler
- On yaşından genç fitikliler

AÇIKLAMA: Bağ dokusu hastalıklarında anterior yaklaşımla gerilimsiz fitik onarımı kontrendikedir. Primer indirekt hernili kadınlarda da genellikle endike değildir çünkü bu olgularda derin halkanın basit obliterasyonu daima yeterli olmaktadır. Erkeklerde rekürren hernilerde anterior yaklaşımla gerilimsiz onarım uygun değildir çünkü bu olgularda re-diseksiyon ve spermatik kordun re-mobilizasyonu testiküler atrofiye neden olmaktadır. Bu nedenlerle posterior yaklaşım rekürren hernilerde daha uygundur. Genç çocuklarda ise fitik kesesinin yüksek ligasyonu tek başına yeterli bir operasyondur. Anterior yaklaşımla gerilimsiz herni onarımları basit, komplike olmayan erkek fitiklileri için uygun yaklaşımlardır.

Cevap D (*Pleming, AJCC cancer Staging Manual. 5. baskı, 1997, s. 1599 ve 1743*)

61. Postsplenektomi enfeksiyonları ile ilgili hangisi doğru değildir?

- Travma nedeniyle splenektomi olmuş hastalarda nadirdir.
- Genellikle pnömokoklar neden olur.
- Fulminan bir başlangıcı vardır.
- Sıklıkla disissemine intravasküler koagülasyon eşlik eder.
- Septik bir tabloyla seyreder.

AÇIKLAMA: Postsplenektomi enfeksiyonları genelde; pnömokoklarla olur, fulminan başlar, septisemi, pnömoni, menenjit gelişebilir, travmatik splenektomiden sonra nadirdir. Trombosit sayısı artar. Kanamaya değil pıhtılaşmaya eğilim vardır.

Cevap D (*Schwartz, Principle of Surgery, 8. edition, Chepter 26, s. 1446*)

62. Erişkinlerde ince bağırsak obstrüksiyonlarının en sık nedeni hangisidir?

- Fitik
- Neoplaziler
- Ameliyat sonrası yapışıklıklar
- Crohn hastalığı

GENEL CERRAHI

e) Volvulus

AÇIKLAMA: Erişkinlerde ince bağırsak obstrüksiyonlarının en sık nedeni ameliyat sonrası gelişen yapışıklıklardır. Batın ameliyatlarını takiben %75 oranında yapışıklıklar oluşur ve bunların %5'i ameliyat gerektirir.

Cevap C (Pleming, AJCC cancer Staging Manual. 5.baskı, 1997, s. 1054)

63.Endoskopik sfinkterotominin hangisi sık rastlanan komplikasyonlarından değildir?

- a) Kanama
- b) Kolanjit
- c) Pankreatit
- d) Duodenal perforasyon
- e) Hepatik ve splenik hematom

AÇIKLAMA: Endoskopik sfinkterotominin sık komplikasyonları; kolanjit, pankreatit, kanama ve duodenal perforasyondur. Nadir görülen komplikasyonları ise; hepatosplenik hematom, özofagus perforasyonu, Mallory-Weis yırtığı, sfinkterotomi sırasında safra yolları perforasyonudur.

Cevap E (Conner, The Sages Manual fundamentals of laparoscopy and GR endoscopy, 1999, s. 516)

64.Aşağıdakilerden hangisi, mide karsinomu için zemin hazırlayıcı faktör değildir?

- a) Kronik atrofik gastrit
- b) Kronik eroziv gastrit
- c) Mide mukozasında intestinal metaplazi
- d) Midenin geniş tabanlı polipleri
- e) Pernisiyöz anemi

AÇIKLAMA: Mide kanseri için hazırlayıcı faktörler;

1-Genetik; A kan grubu olan insanlarda mide kanseri insidansının yüksek olduğu iddia edilmektedir.

2-Irk ve coğrafi bölge

3-Diyet ve sosyoekonomik durum; Yeterli protein ve yağ alamayan, tuzlu balık ve et yiyen, karbonhidrattan zengin diyet alan ve içme sularında nitrit bulunan toplumlarda mide kanserine rastlanılma oranı çoktur.

4-İmmün durumun azaldığı olaylarda insidans artmıştır.

5-Prekanseroz hastalıklar;

-Mide polipleri; 2 cm ve daha büyük çapta olanlarda kanser saptanma oranı daha yüksektir.

-Atrofik gastrit; Genellikle aklorhidri ve hipoklorhidri ile seyredir. Ayrıca pernisiyöz anemiye de yol açabilir.

-Geçirilmiş mide ameliyatı; Ameliyata bağlı hipoasidite ve alkalen reflü sonucu olan metaplaziye bağlı kanser geliştiği düşünülmektedir.

-Uzun süre H₂ reseptör blokörlerinin kullanılması

-H. Piloni enfeksiyonu

Cevap B (Wastell, Surgery of the Esophagus, Stomach and Small Intestine 5. baskı, 1995, s. 591; Cerrahi, Türkiye Klinikleri, s.358)

65.Faringoözofageal divertikül (Zenker divertikülü) ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- a) Zenker divertikülleri M. Krikofaringeus ve M. Konsrikter faringeus inferior arasındaki nisbeten zayıf bir bölgeden çıkarlar.
- b) Zenker divertikülleri bir traksiyon (çekilme) divertikülleridir.
- c) Zenker divertikülleri cidarı mukoza ve submukozadan oluşur.
- d) Zenker divertikülleri genellikle, boynun sol tarafına doğru büyüme gösterirler.
- e) Zenker divertikülleri olgularında, divertikül içindeki gıda artıklarının boşalması laringeal aspirasyona sebep olabilir.

AÇIKLAMA: Traksiyon (çekilme) divertikülleri komşu organ ve dokulardaki inflamatuvar olaylarda meydana gelen fibröz bantların özofagus duvarını dışarı doğru çekmesiyle oluşur. Pulsiyon (itilme) divertikülleri ise lümen basıncının artması sonucu, kas tabakasının zayıf bir noktasından mukoza ve submukozanın fıtıklaşmasıdır.

Zenker divertikülleri özofagusun en sık rastlanan divertikülleridir. Çoğunluğu pulsiyon divertikülleridir.

Cevap B (Zuidema, Shockel ford's surgery of the Alimentary Trael 4.baskı, Vol-I, Chapter. 16, p. 269; Cerrahi, Türkiye Klinikleri, s.317)

66.Aşağıdakilerden hangisi kolorektal kanserler için risk faktörü değildir?

- a) Villöz adenom
- b) Familial polipozis
- c) Ülseratif kolitis
- d) Crohn hastalığı
- e) Somatostatinoma

AÇIKLAMA: Villöz adenomalar tüm neoplastik adenomların %10'unu oluştururlar ve klasik olarak kabul edilen malignite oranları %40'dır. Familial adenomatosis koli otozomal dominant bir hastalıktır ve değişmez bir şekilde ve özellikle 40 yaşından önce malign karakter kazanır. Ülseratif kolit premalign bir hastalıktır ve yüksek oranda kolon kanseri riski taşır. Bu hastalığın kronikliği ve kolonik mukozal tutulumun genişliğine bağlıdır. Crohn hastalığı, ülseratif kolondan daha az olmakla beraber malignleşme gösteren inflamatuvar bağırsak hastalığıdır. Somatostatinoma ise pankreasın adacık hücreli bir tümördür ve kolorektal kanser gelişimi için bir risk faktörü değildir.

Cevap E (*Schwartz, Principles of Surgery, 7th ed., 1999, s. 1314,1330,1342*)

67. Massif ince bağırsak rezeksiyonunu vücut nasıl kompanse eder?

- Villus sayısını artırır.
- Villus uzunluğunu artırır.
- Emici hücrelerin yaşam süresini uzatır.
- Emici hücreler tarafından sindirim enzimlerinin sentezini artırır.
- Villöz epitelden emilim faaliyetlerini artırır.

AÇIKLAMA: İnce bağırsağın geniş rezeksiyonlarında bütün besinlerin emilmesinde bir yetersizlik meydana gelir. Elektrolitler, su, karbonhidratlar, protein, yağ ve vitaminlerin emilimi bozulur. Demir, folik asit ve kalsiyum proksimal ince bağırsaktan emilir. Safra tuzları ve B₁₂ vitamini distal ileumdan emilir. İnce bağırsak rezeksiyonlarından sonra bağırsaklar kendilerini yeni duruma adapte ederler. İntestinal adaptasyon mekanizmasında emilme yüzeyinin artırılması için **enterositlerde hiperplazi** meydana gelir. **Villusların boyları uzar, hücre sayıları artar.**

Cevap B (*Schwartz, Principles of Surgery, 8. baskı, 1994, s. 1183, Cerrahi, Türkiye Klinikleri, s.386*)

68. Özofagusun Akalazyaya hastalığı ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- Akalazyada patognomonik anormallik alt özofagus sfinkterinin gevşememesi veya tam olmayan gevşemesidir.
- Akalazyaya olgularında özofagografide, kardiya "Kuş gagası görünümü" ve hastalığı bulunduğu evreye göre değişen derecede özofageal dilatasyon tespit edilir.
- Tüm akalazyaya olgularında hakim semptom progresif (ilerleyici) disfajidir.
- Her iki cinsde de çoğunlukla 3. ve 4. dekatlarda görülür.
- Teşhis özofagografide, endoskopi ve gerekirse endoskopik biyopsi ile konur.

AÇIKLAMA: Akalazyada disfaji kardiyo-spazmın genellikle ilk belirtisidir. İntermitant karakterde olup, öncelikle sıvı gıdaların geçişinde görülmesi tipiktir (**paradoksal disfaji**).

Cevap C (*Way L. L. Current surgical Diagnosis & Treatment, 8. baskı, 1995, S. 134*)

69. Meme kanserinin en sık nereye metastaz yapar?

- Akciğer
- Karaciğer
- Kostalar
- Kranium
- Vertebral kemikler

AÇIKLAMA: Meme kanserinin hematojen yolla en sık metastaz yaptığı yer, vertebralardır.

Cevap E (*Sayek, Temel Cerrahi, I. Baskı, s. 529,559*)

70. Post-splenik sepsisten en sık sorumlu olan mikroorganizmalar hangisidir?

- Pnömonokok, stafilokok
- Stafilokok, meningokok
- Hemofiliz influenza, meningokok
- Meningokok, Escherichia coli
- Escherichia coli, stafilokok

AÇIKLAMA: Splenektomi sonrası en sık sepsis sorumlusu kapsüllü bakterilerdir (H. İnfluenza ve meningokoklar).

Cevap C (*Alican, Cerrahi Dersleri, I. Baskı 1996, s. 1048-644*)

71. Aşağıdakilerden hangisi Dumping Sendromunun medikal tedavisinde etkinliği gösterilmiş ajandır?

- Sukralfat
- Octreotid
- Kalsiyum kanal blokörleri
- Nitratlar
- Beta agonistler

AÇIKLAMA: Dumping sendromunun medikal tedavisinde **somatostatin analogu octreotid, hem erken hem de geç dumping sendromunda semptomları azaltır.** Octreotid dumpingli hastalarda hem gastrik boşalımı geciktirir, hem de ince bağırsak transitini yavaşlatır. Ayrıca insülin salınımını inhibe ederek hipoglisemik semptomları ortadan kaldırır ve vazoaaktif peptit ve aminlerin salınımını da engelleyerek vazomotor semptomları önler. Octreotid ile dumping semptomları ve diyare önemli ölçüde geriler. Fakat normal kişilerde octreotidin intestinal motiliteyi stimüle ettiğine dair bilgiler de mevcuttur.

Cevap B (*Doherty, The Washington Manual of Surgery, 2nd ed., 1999, B*)

72. Aşağıdaki biyopsi bulgularından hangisi daha sonra gelişecek karsinom açısından en yüksek riske sahiptir?

- Apokrin metaplazi
- Atipik lobüler hiperplazi
- Duktal ektazi
- İntraduktal papillom
- Sklerozan adenozis

AÇIKLAMA: Atipik hiperplazisi olanlarda meme kanseri riskinin 4 kat, atipik hiperplazi ve aile hikayesi olanlarda ise 9 kat arttığı bildirilmektedir. Memede prekanseröz sayılan diğer bir benign tümör multipl

GENEL CERRAHI

intraduktal papillomatozistir. Tek intraduktal papillomu olanlarda meme kanseri riski söz konusu değilken, multipl papillomatozisi olanlarda risk 2-3 kat artmaktadır.

Cevap B (*Schwartz, Principles of Surgery, 8. baskı, 1994, s. 548*)

73. Sellülit nedir?

- Cilt altı dokusunun konnektif doku planları boyunca ve intersellüler mesafeleri geçerek ilerliyen nonsüpüratif iltihabıdır.
- Ekseriya, deride eritematöz çizgiler olarak görülen, lenfatik kanalların enflamasyonudur.
- Enflamasyonlu doku ile çevrili, lokal pürülan kolleksiyondur.
- Ter bezleri ve kıl folliküllerinin iltihabıdır.
- Kan dolaşımında bakterilerin mevcudiyetidir.

AÇIKLAMA: Sellülit cilt ve ciltaltı dokuda yaygın olan ve nekroz bulunmaması ile karakterize enfeksiyondur.

Lenfanjit; ciltaltı dokudaki lenfatik kanalların inflamasyonudur.

Cevap A (*Schwartz, Cerrahi Prensipleri El Kitabı, 1. baskı, 2002, s. 106*)

74. Aşağıdakilerden hangisi, kolorektal karsinomlarda zemin hazırlayıcı faktör değildir?

- Ülseratif kolit
- Kolorektal anjiyodisplazi
- Familyal Polipozis
- Geniş tabanlı polipler
- Crohn koliti

AÇIKLAMA: Kolorektal anjiyodisplazi kolorektal karsinoma için risk faktörü değildir.

Cevap B (*George, Shackelford's Surgery of the Alimentary tract, 4. edition, 1996, vol 4, Chapter 11, s. 124*)

75. Hangisi eroziv gastrit gelişmesi için önemli mekanizmalardan değildir?

- Lokal iskemi
- Mukozal bariyerin bozulması
- Gastrik asidite
- Lokal sekretin artışı
- Enerji substratların sağlanabilmesi

AÇIKLAMA: Eroziv gastritin oluş mekanizmaları veya etiyolojik nedenleri şunlardır;

-Asit sekresyonu artışı

-Gastrik asit bariyerinin bozulması, H⁺ iyonu geri difüzyonu,

-Mide mukozası kan akımında değişiklik, hipoksi,

hipoperfüzyon,

-Mukus ve alkali sekresyonunda değişiklik

-Submukozal tampon sisteminde meydana gelen olaylardır.

Cevap D (*Sabiston, Davis-Chiristopher Texbook of Surgery, 14th Ed. 1991, pp: 798-799; Sabiston, Sabiston's Essantials of Surgery, 1987, pp: 1173*)

76. Olası bir pankreas yaralanmasında en kullanışlı test hangisidir?

- Tanısal peritoneal lavaj
- Abdominal BT
- Beyaz küre yüksekliği
- Yüksek üriner amilaz
- Yüksek serum lipazı

AÇIKLAMA: Pankreas yaralanmalarında en kullanışlı test üriner amilazın yüksekliğidir.

Cevap D (*Sabiston, Davis-Chiristopher Texbook of Surgery, 14th Ed. 1991, p. 275*)

77. Hepatik ensefalopatili hastaya aşağıdakilerden hangisi yapılmaz?

- Diyete glukoz eklenmesi
- Laktüloz verilmesi
- Yan-yana portakaval şant yapılması
- Diyet proteininin sınırlandırılması
- Lavman yapılması

AÇIKLAMA: Hepatik ensefalopati akut ve kronik karaciğer hastalıkları seyri sırasında, portal venöz kanın sistemik dolaşıma katılması ve beynin bağırsak kökenli nörotoksinlere maruz kalmasıdır. **Kronik karaciğer hastalığında ekstrahepatik portosistemik şantların oluşumu ve portal hipertansiyonun varlığı en sık ensefalopati nedenidir.** İntrahepatik şantların artması ve karaciğerdeki hücre kitlesinin azalmasına bağlı olarak bağırsak kökenli nörotoksinlerin karaciğer tarafından alımı azalır. Portakaval şant, sistemik dolaşıma amonyak geçişini artıracığından uygulanmamalıdır.

Cevap C (*Schwartz, Principles of Surgery, 8. baskı, 1994, s. 1351*)

78. Hangisinde divertikülit yada divertikülozis için acil cerrahi endikasyon yoktur?

- Perforasyon
- Fistül
- Kanama
- Tekrarlayan atak
- Obstrüksiyon

AÇIKLAMA: Tekrarlayan ataklarda cerrahi endikasyonu yoktur. Diğerlerinin tamamında cerrahi tedavi uygulanır.

Cevap D (*Sabiston, Davis-Christopher Textbook of Surgery, 14th Ed., 1991, s.916-917; Sabiston, Sabiston's Essentials of Surgery, 1987, s. 256-1257*)

79.İnguinal herni tamiri sırasında kullanılan süperior ve medial yapı hangisidir?

- a) İnguinal ligament
- b) İlliopubik trakt
- c) Transversus abdominis apenevrotik arki
- d) Lakuner ligament
- e) Rektus kılıfı

AÇIKLAMA: İnguinal herni tamirinde lakuner ligament kullanılır.

Cevap D (*Sabiston, Davis-Christopher Textbook of Surgery, 14th Ed. 1991, s. 1140; Sabiston, Sabiston's Essentials of Surgery, 1987, s. 1536*)

80.Hangi ifade hafif akut pankreatit için yanlıştır?

- a) ARDS nadiren gelişir.
- b) Mortalite % 0-2 arasındadır
- c) Tüm akut pankreatitlerin % 80'ini oluştururlar.
- d) Tedavisinde antibiyotik kullanılması gerekir.
- e) Ultrasonografinin tanı değeri % 30-40 kadardır.

AÇIKLAMA: Hafif akut pankreatit vakalarında antibiyotik tedavisi gerekmez. Antibiyotik profilaksisi ciddi akut pankreatit vakalarında, özellikle de nekrotizan pankreatitte önemlidir. Pankreas dokusuna penetrasyonu iyi olan imipenem, kinolonlar veya metranidazol parantal olarak verilir.

Cevap D (*Norton, Science and Clinical Evidence, 2001, p. 523-526*)

81.Özofagusun spontan perforasyonunun en sık olduğu lokalizasyon aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Sol plevral boşluk
- b) Perikard
- c) Posterior mediasten
- d) Retrofarengeal bölge
- e) Sağ plevral boşluk

AÇIKLAMA: Özofagus perforasyonu mortalitesi ve morbiditesi yüksek olan bir olaydır. **En sık sebebi iatrojeniktir.** Tanı ve tedavi amacıyla kullanılan özofageal dilatasyon, gastroözofageal tamponman, entübasyon, özofagoskopi ve gastroskopi sırasında meydana gelir. **Perforasyon en sık sol plevral boşluğa olur.**

Cevap A (*Schwartz, Principles of Surgery, 8. baskı, 1994, S. 1101*)

82.Vagotomi türlerinden hangisinde drenaj

ameliyatına gerek yoktur?

- a) Trunkal vagatomii
- b) Selektif vagotomi
- c) Proximal gastrik vagotomi
- d) A+B
- e) C+B

AÇIKLAMA: Proksimal gastrik vagotomi mortalite ve morbiditesinin çok düşük olmasına karşın, ülser nüksü bakımından trunkal vagotomi ve drenaj ameliyatına nazaran dezavantaj taşımaktadır. Vagotomi+antrektomi mortalite, morbiditesi düşük, nüksü en az olan ve tercih edilmesi gereken cerrahi girişimdir. Özellikle stresli yaşayan, çok sigara içen, kronik alkolizmi olan, yüksek risk grubuna giren hastalarda ve çok yüksek mide asiti bulunan şahıslarda en iyi sonuçların alındığı ameliyatlardır.

Trunkal vagotomi+drenaj ameliyatları genellikle kolaylığı bakımından en popüler olanıdır. Selektif vagotomi ise antrektomi ile uygulandığı zaman en iyi vagal denervasyonu sağlar fakat postgastrektomi ile ilgili morbidite riski fazladır. Drenajın gerekli olmadığı hallerde proksimal gastrik vagotomi tercih edilecek cerrahi yöntemdir.

Cevap C (*Schwartz, Principles of Surgery, 1999/1994, 1208-1209/920-921*)

83.TPN endikasyonu olmayan hangisidir?

- a) Kısa bağırsak sendromu
- b) Üst GIS obstrüksiyonu
- c) Yanık
- d) Kardiyovasküler yetmezliği olanlar
- e) Multipl travmalı hastalar

AÇIKLAMA: Hemodinamik olarak stabil olmayan olgularda TPN kontrendikedir.

Cevap D (*Türkiye Klinikleri Cerrahi Dergisi, Türkiye Klinikleri Cerrahi Dergisi, 1998, 81/61/88-93*)

84. Meckel divertikülünün en sık yerleştiği yer neresidir?

- a) Proksimal ileum
- b) Distal jejunum
- c) Terminal ileum
- d) Proksimal jejunum
- e) Kolon

AÇIKLAMA: Gastrointestinal sistemin gerçek divertikülleri Meckel divertikülleridir. Omfalomezenterik kanalın tam kapanmaması sonucu ortaya çıkar. İleumun antimezenterik kenarındadır. İleçekal valvden 12-14 cm uzaktadır, uzunluğu 1-2 cm dir. **En sık belirtisi kanamadır.**

Cevap C (*Cerrahi, Türkiye Klinikleri, s.383*)

GENEL CERRAHI

85. Meckel divertikülünün içinde bulunduğu fitik aşağıdakilerden hangisidir?

- Richter fitiği
- Morgagni fitiği
- Littre fitiği
- Petit fitiği
- Maydl fitiği

AÇIKLAMA: Erişkinlerde görülen Meckel divertikülü komplikasyonları intestinal obstrüksiyon, kanama, akut divertikülitis ve fitik kesesi içinde divertikül bulunmasıdır (**Littre fitiği**).

Cevap C (*Schwartz Principles of Surgery, 2.cilt, 7.baskı, 1999, s. 1249*)

86. Travma sonrasında iskelet kaslarından salınan başlıca aminoasitler hangileridir?

- Glutamin – Arjinin
- Arjinin – Alanin
- Arjinin – Laktat
- Laktat – Alanin
- Glutamin – Alanin

AÇIKLAMA: Travmalı hastada protein metabolizması kendini, çizgili kas kitlelerinde azalış olarak gösterir. Glukoneogenez için çizgili kaslar proteolize uğramaktadır. Yara, karaciğer ve iskelet kası arasında substrat döngüsü başlar. Bu döngüyü enterohepatik yol takip eder. **Katabolik safhada proteoliz sonucu iskelet kasından alanin ve glutamin salınır.** Glutamin üriner sistemden üre ve amonyak şeklinde atılır. Alanin karaciğere gider.

Cevap E (*Schwartz Principles of Surgery, 1.cilt, 1999, s.32*)

87. Karsinoid tümörlerle ilişkili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Sıklıkla serotonin üretimine ait bulgular vardır
- Tümör büyümesi genellikle yavaştır
- Çoğunlukla (%70-90) karsinoid sendrom görülür
- Tümör çapı 2 cm'den küçük olduğunda prognoz çok daha iyidir
- Streptozosin ve 5 Fluorourasil kombinasyonu tedavide iyi sonuç verir

AÇIKLAMA: Gastrointestinal kanala yerleşen karsinoid tümörler en sık kolon, rektum, mide, özofagus, safra kanalı ve çok az da pankreasta saptanır, **en sık görülme yerleri apendikstir. Seyrek olarak metastaz yaparlar ve bunlar karsinoid sendromu oluştururlar.** Enterokromafin hücrelerden köken alırlar ve histokimyasal olarak argenotoffin reaksiyonları pozitifdir. Bu hücrelerden serotonin, bradikinin, histamin, prostaglandin, vazoaaktif peptitler ve diğer peptitler sentez edilir.

Cevap C (*Shackleford's Surgery of the Alimentary Tract, 5.cilt, 4.baskı, 1996, s.456-8*)

88. Aşağıdaki bulgulardan hangisi Ranson kriterlerinden hastaneye ilk gelişte önemsizdir?

- Hasta yaşının 55'den fazla olması
- Serum Ca düzeyinin 8 mg/dk'den az olması
- Kan şekeri 200 mg/dk yüksek olması
- Lökosit sayısının 16.000'den fazla olması
- SGOT (AST) 250 I.U/dk fazla olması

AÇIKLAMA: Ranson kriterleri:

- Yaşın 55 üzerinde olması
- Lökosit sayımının 16000/mm³ üzerinde olması
- Kan şekerinin %200 mg üzerinde olması
- LDH düzeyi normalin iki katı üzerinde olması
- SGOT düzeyinin normalin 6 katı üzerinde olması
- İlk 48 saat içerisinde:
 - *Hematokrit değerinde %10'dan fazla düşme
 - *Serum kalsiyum düzeyinin %8 mg altında olması
 - *BUN değerinin %5 mg'dan daha fazla yükselmesi
 - *Arteriyel PO₂ değerinin 60 mmHg altında olması
 - *Baz açığının 4 mEq/L'den fazla olması
 - *Tahmini sıvı sekestrasyonunun 6000 cc'den fazla olması

Albumin <3.2 g/l'ten az olması İmrie kriterlerindedir.

Cevap B (*Scwartz Prenciples of Surgery, Scwartz, 6. Baskı, 1410-1432/1334-1337-1343-1401*)

89. Yanık derinliğinin belirlenmesinde en etkin yöntem hangisidir?

- Biyopsi
- Vital boyalar
- Fluorescein fluorometri
- Laser doppler flowmetri
- Termografi

AÇIKLAMA: Yanık derinliğini belirlemede en etkin yöntem biyopsidir.

Cevap A (*Schwartz Principles of Surgery, 1.cilt, 7.baskı, 1999, s.230*)

90. Karın ön duvarında yerleşimli desmoid tümör için aşağıdaki tedavi seçeneklerinden hangisi doğrudur?

- Geniş lokal eksizyon ile gerekirse kemoterapi
- İnsizyonel biyopsi ve radyoterapi
- Basit eksizyon ve kemoterapi
- Basit eksizyon
- İnsizyonel biyopsi ve hormonal tedavi

AÇIKLAMA: Desmoid tümör çoğunlukla karın ön duvarı kaslarının içinde veya derinlerinde gelişen, aponevrotik kökenli, fibroma yapısında benign bir

tümördür. Bayanlarda daha sık görülür. Sıklıkla musküler travma ve **premenopozal gelişmesi nedeniyle etiolojide hormonal faktörler suçlanmıştır**. Desmoid tümör **benign bir tümör olmasına rağmen, malign bir tümör gibi invazyon yapma eğilimi gösterir**. Klinik olarak genellikle karın alt yarısında, sert, ağrısız, tek bir kitle ile kendini gösterir. **Tedavide lezyonun, kısmen komşu organları da içine alacak şekilde geniş eksizyonu en etkili yoldur**. Yeterince geniş bir rezeksiyon yapılamadığı endişesi varsa ameliyattan sonra kemoterapi veya radyoterapi eklenebilir.

Cevap A (*Medical Subject Review CD-Rom., Cerrahi, Türkiye Klinikleri, s.558*)

91.Majör pulmoner embolide en sık görülen semptom hangisidir?

- a) Öksürük
- b) Dispne
- c) Ölüm korkusu
- d) Hemoptizi
- e) Plöral ağrı

AÇIKLAMA: Major pulmoner embolide en sık görülen semptom dispnedir.

Cevap B (*Schwartz Principles of Surgery, 1.cilt, 7.baskı, 1999, s.1017*)

92.Biliyo – enterik fistülde, safra kesesi en sık nereye fistülize olabilir?

- a) Transvers kolon
- b) İleum
- c) Jejunum
- d) Duodenum
- e) Mide

AÇIKLAMA: Safra kesesi en çok duodenuma fistülize olur.

Cevap D (*Schwartz Principles of Surgery, 2.cilt, 7.baskı, 1999, s.1451*)

93.Sulu diyare, hipokalemi ve aklorhidri triadıyla karakterize pankreas tümörü hangisidir?

- a) İnsülinoma
- b) VIPoma
- c) Glukagonoma
- d) Somatostatinoma
- e) Gastrinoma

AÇIKLAMA: VIPomada 24 saatte 6-8 litreden fazla su kaybına sebep olan diyare vardır. Dışkı elektrolitlerden çok zengindir. Hipokalemi, dehidratasyon, konfüzyon, kilo kaybı ve abdominal kramplar sık görülür.

Cevap B (*Schwartz Principles of Surgery, 2.cilt, 7.baskı, 1999, s.1495*)

94.Peutz Jeghers sendromunda yanlış olan şıkki işaretleyiniz.

- a) Otozomal resesif geçişlidir.
- b) Çocukluk çağında sıklıkla anemi ile birlikte gözlenir.
- c) Ağız çevresindeki mukokütanöz pigmentte lezyonlar karakteristiktir.
- d) Kalın bağırsaklarda adenomatöz poliplerin varlığı ile birlikte gözlenir.
- e) Poliplerde maligniteye değişim %2-3 oranında gözlenir.

AÇIKLAMA: Mukokütanöz melanin pigmentasyonu ve gastrointestinal poliplerle karakterize bir sendromdur. Pigmente lezyonlar çocukluk çağında ortaya çıkar. Cilt lezyonları zamanla kaybolabilir. **Ağız mukozasındaki lezyonlar kalıcıdır.** Polipler en sık jejunum ve ileumde görülür. **Polipler gerçek polip değildir.** Premalign bir karakter taşımaz. Ancak bazı vakalarda malign tümör gelişimi bildirilmiştir. **En sık görülen belirti sık tekrarlayan karın ağrılarıdır.** Ağrı, intermitant invajinasyonlardan ileri gelmektedir. Vakaların 1/3'ünde ağrı ile birlikte karında palpabl kitle tespit edilir. Masif kanama nadir görülür ancak gizli ve devamlı kanama nedeniyle **anemi yapabilir.** Cerrahi girişim obstrüksiyon ve kanam görüldüğünde uygulanır.

Cevap A (<http://www.surgical-tutor.org.uk/>)

95.Aşağıdakilerden hangisinde hiperkalsemi görülmez?

- a) Sarkoidozis
- b) Primer hiperparatitrodizim
- c) Akut pankreatit
- d) Metastatik bronşiyal kanser
- e) Süt alkali sendromu

AÇIKLAMA: Akut pankreatitte hipokalsemiye gidish olabilir. Özellikle alkolik pankreatitlerde tedavi gerektirecek düzeyde hipomagnezemi olabilir.

Cevap C (<http://www.surgical-tutor.org.uk/>)

96.Pankreas kanseri için yanlış şıkki işaretleyiniz.

- a) Duktal adenokarsinoma %90'ını oluşturur.
- b) Pankreas başında % 20'den az gözlenir.
- c) Genellikle tıkanma sarılığı, kilo kaybı ve ağrı ile birlikte gözlenir.
- d) Tümörü ortaya koymada ultrasonografi %80-90 oranında bir duyarlılığa sahiptir.
- e) Küratif cerrahi için hastaların %20'den daha azı uygundur.

AÇIKLAMA: Pankreas kanserleri yaşla artmakta olup, 80 yaş civarında en sık görülme noktasına ulaşır. Erkeklerde daha fazladır. 2/3'ü pankreas başında,

GENEL CERRAHI

1/3'ü ise gövde ve kuyrukta gözlenir. Vakaların %20'sinde multipl yerleşim görülür.

Cevap B (<http://www.surgical-tutor.org.uk/>)

97.Pankreas başı kanserinin kardinal semptomları aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Sarılık, kolonjit, kilo kaybı
- b) Sarılık, abdominal ağrı, kilo kaybı
- c) Sarılık abdominal ağrı, kolonjit
- d) Sarılık, sırt ağrısı, kolonjit
- e) Sarılık, sırt ağrısı, kilo kaybı

AÇIKLAMA: Pankreas başında yerleşen karsinomlarda sarılık, abdominal ağrı ve kilo kaybı klasik semptomlardır. Ağrı hastaların %90'ında ilk semptom olarak ortaya çıkar.

Cevap B (S. Schwartz, *Principles of Surgery, sixth ed, 1994, S. 1421*)

98.Memenin benign hastalıklarından hangisinde kanser riski vardır?

- a) Fimbroadenom
- b) Yağ nekrozu
- c) Atipik duktal hiperplazi
- d) Fibrokistik hastalık
- e) Duktal ektazi

AÇIKLAMA: Atipik duktal hiperplazisi olan hastalarda meme Ca riski 4 kat artmıştır.

Cevap C (S. Schwartz, *Principles of Surgery, sixth ed, 1994, S. 549*)

99.Akut karın tablosuyla başvuran hastada somatik ağrının sebebi hangisidir?

- a) İntraabdominal organların intramural reseptörleri uyarılması
- b) Gerilme, distansiyon, iskemi
- c) Parietal periton irritasyonu
- d) Intraluminal basınç artması
- e) Lümen içi sekresyon artması

AÇIKLAMA: Akut karındaki somatik ağrının nedeni, parietal periton irritasyonudur.

Cevap C (S. Schwartz, *Principles of Surgery, sixth ed, 1994, S. 1017*)

100.Mekanik intestinal obstrüksiyonun en sık sebebi hangisidir?

- a) Postoperatif adezyon
- b) İnguinal herni
- c) Malign tümörler
- d) Enflamatuvar bağırsak hast.
- e) İnvaginasyon

AÇIKLAMA: İntestinal mekanik obstrüksiyonun en sık nedeni postoperatif adezyonlardır.

Cevap A (S. Schwartz, *Principles of Surgery, sixth ed, 1994, s. 1028*)

101.Aşağıdakilerden hangisi kolitis ülserozada acil cerrahi müdahale gerektiren durumlardan değildir?

- a) Toksik megakolon
- b) Kolonik perforasyon
- c) Akut fulminan kolit
- d) Displazi gelişimi
- e) Massif alt gastrointestinal kanama

AÇIKLAMA: Kolitis ülserozada cerrahi ikiye ayrılır. Acil cerrahi girişimler ve elektif cerrahi girişimlerdir.

Acil cerrahi endikasyonları; durdurulamayan (medikal tedaviyle) massif alt gastrointestinal kanama, akut fulminan kolit , toksik megakolon (transvers kolon çapı 8 cm'yi geçmiştir) ve toksik megakolon sonucunda kolon perforasyonudur.

Elektif cerrahi endikasyonları; Maksimum medikal tedaviye dirençli hastalık, medikal tedavinin tolere edilemeyen yan etkileri, displazi gelişimi, kronik ülseratif kolit zemininde gelişen karsinoma ve çocuklarda büyüme gelişme geriliğidir.

Cevap D (Cameron, *Current Surgical Therapy, 7.baskı, 2001, s.181-182*)

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

1. Gebelik ürününün vajinal ultrasonografide uterus içinde görülebilmesi için hCG hormonu en az hangi düzeyin üzerinde olmalıdır?

- a) 500 IU/L
- b) 1 500 IU/L
- c) 5 000 IU/L
- d) 10 000 IU/L
- e) 20 000 IU/L

AÇIKLAMA: İnsan koryonik gonadotropini düzeyinin 1000-1500 IU/L düzeyinin üzerinde olması halinde, intrauterin bir gebelik varsa, gebelik kesesinin vajinal ultrasonografide görülebilmesi gerekir. Hormonun bu düzeyi aştığı halde intrauterin gebeliğin belirlenememesi durumunda, eksrauterin yerleşimli bir gebelik mutlaka araştırılmalıdır.

Cevap A (*Sperrof, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 6.baskı, 1999, s.90, 296*)

2. Servikal intraepitelial neoplazi (CIN) için geçerli tedavi yöntemleri ile ilişkili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Başarı oranı hemen hemen tüm yöntemler için > % 90'dır.
- b) Histerektominin CIN tedavisindeki başarı oranı % 100'dür.
- c) LEEP (loop electrosurgical excision procedure) tedavi yöntemlerinden birisidir
- d) Lazer cerrahisinde destrüksiyonun derinliği, başarıyı etkileyen önemli bir faktördür
- e) Soğuk konizasyonun avantajı, spesimenin cerrahi sınırlarının daha iyi korunmasıdır

AÇIKLAMA: Histerektomi her ne kadar preinvasiv hastalıkta definitif tedavi gibi algılanıyor olsa da, histerektomi sonrasında bile hastalığın belli bir oranda persistansı ve rekürrensi gözlemlendiği için bu hastalar da diğer tedavi yöntemlerinin ardından izlenen aynı takip şemasına alınmalıdırlar.

Cevap B (*Disaia, Creasman. Clinical Gynecologic Oncology 6.baskı, 2002, s. 24, 25, 26, 29, 30*)

3. Aşağıdaki hormonlardan biri dışında diğerlerinin α (alfa) alt üniteleri aynıdır. Farklı olan hormon hangisidir?

- a) Prolaktin
- b) FSH
- c) LH
- d) HCG
- e) TSH

AÇIKLAMA: FSH, LH, hCG, TSH hormonlarında ortak olan α -subunit ekspresyonu yapan gen, 6. koromozomda yerleşiktir. Tüm bu hormonlarda α -subunit ortaktır. Prolaktin de 6.koromozomda yerleşik gen tarafından eksprese edilir, ancak tek zincirli polipeptid yapısında bir hormondur. Diğer sözü geçen hormonların subüniti ile benzerlik göstermez.

Cevap A (*Sperrof, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 6.baskı, 1999, s.90-293*)

4. Aşağıdakilerden hangisi, ovaryum hiperstimülasyon sendromunun bulgularından değildir?

- a) Elektrolit dengesizliği
- b) Hipovolemi
- c) Oligüri
- d) Kilo artışı
- e) Hemodilüsyon

AÇIKLAMA: Zaman zaman yaşamı tehdit edici olabilen hiperstimülasyon sendromu, asid, plevral efüzyon, elektrolit dengesizlikleri, hipotansiyon ve oligüri ile birlikte hipovolemi tablosu şeklinde kendini gösterebilir. Hipovolemi ile birlikte hemokonsantrasyon da beklenen bir bulgudur.

Cevap E (*Sperrof, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 6.baskı, 1999, s.1115*)

5. Arteria uterina'nın endometriuma ulaşınca kadar verdiği dallar sırasıyla hangi seçenekte doğru verilmektedir?

- a) A. Uterina-bazal arter-arkuat arter-spiral arter-radial arter
- b) A. Uterina-spiral arter-arkuat arter-radial arter-bazal arter
- c) A. Uterina-arkuat arter-radial arter-bazal arter-spiral arter
- d) A. Uterina-radial arter-spiral arter-bazal arter-arkuat arter
- e) A. Uterina-spiral arter-arkuat arter-radial arter-bazal arter

AÇIKLAMA: Uterin arter myometriuma girdikten sonra endometriuma ulaşana kadar sırasıyla arkuat, radial, bazal ve spiral arter dallarını verir.

Cevap C (*Cunningham, Williams Obstetrics, 21.baskı,*

2001, s.42)

6. Laktasyon dönemindeki bir kadında hangi kontrasepsiyon yöntemi tercih edilmemelidir?

- Yalnız progesterin içeren haplar
- Depo-medroksiprogesteron asetat
- Levonorgestrel implantları
- Kombine oral kontraseptif
- Rahim içi araç

AÇIKLAMA: Saf progesterin içeren haplar, depo progesteron türevleri ve levonorgestrel implantları, anne sütünün kalitesini etkilemez. Rahim içi araçlar da peuerperium döneminde rahatlıkla kullanılabilir. **Kombine oral kontraseptifler sütün kalitesini ve miktarını olumsuz etkileyebilirler.**

Cevap D (Cunningham, Williams Obstetrics, McGraw Hill, 21.baskı, 2001, s.412)

7. Puberte ile ilgili verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?

- İlk gözlenen değişiklik telarştır
- Tüm pubertal değişiklikler yaklaşık 4-5 yılda tamamlanır
- Adrenarş, menarşın ardından gözlenen son pubertal değişikliktir
- Adrenarş, pubik ve aksiller kılların ortaya çıkmasıdır.
- Erken pubertenin en sık nedeni konstitusyone (ailesel)dir.

AÇIKLAMA: Pubertal değişiklikler meme değişiklikleri ile kendini gösterir (telarş). Bu değişikliklerin başlamasından itibaren puberte yaklaşık 4-5 yılda tamamlanır. Pubik ve aksiller kılların ortaya çıkması adrenarş, ilk adet kanaması menarş adını alır. **Kızlarda erkeklere oranla çok daha sık gözlenen prekoks (erken) pubertenin en sık nedeni konstitusyone erken pubertedir.** Menarş pubertal değişikliklerin son görüntüsüdür.

Cevap C (Berek, Novak's Gynecology, 12.baskı, 1996, s.771-807)

8. Aşağıdakilerden hangisi normal vajinanın özellikleri arasında yer almaz?

- Vajinal flora aerobik bakteri yoğunluktadır
- En yoğun olarak laktobasiller yerleşiktir
- Östrojenin etkisinde mukozada yoğun olarak glikojen depolanır
- Vajinal pH 5'in üzerindedir
- Normal vajinal sekresyonlar posterior fornikste toplanır.

AÇIKLAMA: Normal vajina florası aerobik baskındır. **En sık hidrojen peroksit üreten laktobasiller bulunur.**

Vajinal epitel hücreleri östrojenin etkisinde glikojenden zengindir. Normal vajinal sekresyonlar beyaz renkte ve genellikle posterior fornikste toplanır. **Laktik asid üretimi nedeniyle normal vajina pH'sı 4.5'un altındadır.**

Cevap D (Berek, Novak's Gynecology, 12.baskı, 1996, s.429)

9. Condylomata acuminata hangi mikroorganizmanın enfeksiyonu sonucunda oluşan bir bulgudur?

- Chlamydia trachomatis
- Treponema pallidum
- Haemophilus ducreyi
- Human papilloma virus
- Clymmatobacterium granulomatis

AÇIKLAMA: Chlamydia trachomatis lenfograduloma venereum etkenidir. **Treponema pallidum** sifiliz sebebi olup, primer sifiliz evresinde şankr, sekonder sifiliz evresinde condyloma lata oluşturur. **H. Ducreyi** şankroid adı verilen lezyona sebep olur. **C. Granulomatis granuloma** infuinale veya donovanosis etkenidir. **Condyloma accuiminata**, human papilloma virus (HPV) tarafından oluşturulur.

Cevap D (Pernoll, Current Obtetrics & Gynecologic Diagnosis & Treatment, 7.baskı, 1991, s.770-800)

10.Ektopik gebelik tanısında en sık rastlanılan klinik bulgu hangisidir?

- Adneksiyal duyarlılık
- Andeksiyal kitle
- Abdominal duyarlılık
- Uterin büyüme
- Ateş

AÇIKLAMA: Ektopik gebelikde en sık rastlanılan klinik bulgu adneksiyal duyarlılık olup daha sonra sırasıyla abdominal duyarlılık, adneksiyal kitle, uterin büyüme, ortostatik değişiklikler ve ateş gelmektedir.

Cevap A (Copeland, Textbook of Gynecology, 2.baskı, 2000, s.274)

11.İnsüline bağımlı diabetik annelerin bebeklerinde yüksek oranda görülen konjenital majör malformasyon aşağıdakilerden hangisidir?

- Gastroşizis
- Kunduracı güğüsü
- Kaudal regresyon
- Yarı damak dudak
- Kistik higroma

AÇIKLAMA: Kaudal regresyon son derece nadir bir malformasyon olmasına rağmen her 10 000 diabetik bebeğin 2'sinde görülür.

Cevap C (Cunningham, Williams Obstetrics, 21. baskı, 2001, s.1369)

12. Aşağıdaki kontraseptif yöntemlerden hangisinin etkinliği en yüksektir?

- a) Periyodik abstinans
- b) Kondom
- c) Levonorgestrel emdirilmiş RİA
- d) Depoprovera
- e) Bilateral tubal ligasyon

AÇIKLAMA: Levonorgestrel emdirilmiş RİA'nın tipik kullanımında ilk yıl kullanım sonunda gebelik oranı %0.1'dir. Mevcut koruma yüzdesi diğer kontraseptif yöntemlerin hepsinden iyidir.

Cevap C (Copeland, Textbook of Gynecology, 2.baskı, 2000, s.289)

13. Dört gün evvel vajinal yolla doğum yapıp, eylem sırasında intrauterin fetal monitorizasyon yapılmış olan hastanın uterin hassasiyeti, kötü kokulu vajinal akıntısı mevcut olup, aksiller ateş 39,5 °C, beyaz küresi 22.000'dir. Böyle bir hastada öncelikle aşağıdaki tanılardan hangisini düşünürsünüz?

- a) Septik pelvik tromboflebit
- b) Postpartum miyom dejenerasyonu
- c) Mastit
- d) Yara yeri enfeksiyonu
- e) Postpartum endometrit

AÇIKLAMA: Intrauterin fetal monitorizasyon puerperal enfeksiyon için bir risk faktörü olup, tablo öncelikli olarak postpartum endometriti düşündürmektedir.

Cevap E (Cunningham, Williams Obstetrics, 21. baskı, 2001, s.672-677)

14. Tekrarlayan gebelik kayıplarında en sık görülen kromozomal anomali hangisidir?

- a) Robertsonian translokasyon
- b) Perisentrik inversiyon
- c) Resiprokal translokasyon
- d) Parasentrik inversiyon
- e) Anöplidi

AÇIKLAMA: Tekrarlayan gebelik kayıplarında resiprokal translokasyon en sık görülen kromozomal anomali. Daha sonra sırasıyla Robertsonian translokasyon, inversiyonlar ve anöplidi gelir.

Cevap C (Copeland, Textbook of Gynecology, 2.baskı, 2000, s.234)

15. Aşağıdakilerden hangisi bakteriyel vajinozis tanısı için kullanılan kriterlerden değildir?

- a) Vajinal pH'nın 4.5'den büyük olması

- b) Pozitif KOH testi
- c) İpucu hücreleri
- d) Lökositoz
- e) Homojen akıntı

AÇIKLAMA: Bakteriyel vajinozisli olgularda polimorfonükleer lökositlerde artış görülmez.

Cevap D (Copeland, Textbook of Gynecology, 2.baskı, 2000, s.775)

16. Aşağıdaki inkontinans türlerinden hangisinde mesane kapasitesi artmıştır?

- a) Anatamik üriner inkontinans
- b) Taşma inkontinansı
- c) Detrusor instabilitesi
- d) Mikst inkontinans
- e) Devamlı inkontinans

AÇIKLAMA: Detrusor instabilitesi, mikst ve devamlı inkontinansda mesane kapasitesi azalmış, anatamik üriner inkontinansda mesane kapasitesi normal; taşma inkontinansında ise artmıştır.

Cevap B (Copeland, Textbook of Gynecology, 2.baskı, 2000, s.1064)

17. Uterin rüptürün en sık nedeni hangisidir?

- a) Geçirilmiş sezeryan seksiyon
- b) Metroplasti
- c) Polihidramiyoz
- d) Gestasyonel trofoblastik hastalık
- e) Plasenta inkreata

AÇIKLAMA: Uterin rüptürün en sık nedeni geçirilmiş bir sezeryan seksiyon skarının ayrılmasıdır.

Cevap A (Cunningham, Williams Obstetrics, 21.baskı, 2001, s.646)

18. Diabetik anne bebeklerinde en sık görülen konjenital malformasyon hangisidir?

- a) Spina bifida
- b) Kaudal regresyon
- c) Anensefali
- d) Anal atrezi
- e) Hidrosefali

AÇIKLAMA: Diabetik anne bebeklerinde en sık görülen konjenital malformasyon kaudal regresyon olup daha sonra sırasıyla situs inversus, böbrek anomaliler, kalp anomamillileri ve anorektal anomaliler gelmektedir.

Cevap B (Cunningham, Williams Obstetrics, 21.baskı, 2001, s.1369)

19. Testiküler feminizasyonla ilgili olarak hangisi doğrudur?

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

- Müllerian yapıları mevcuttur
- Hem over hem testis dokusu vardır
- Doğumda ambiguus genitalia sık görülür
- Feminizasyon pubertede belirgindir
- XXY karyotipi sıklıkla görülür

AÇIKLAMA: Testiküler feminizasyon bilateral testisleri olan ancak kadın dış genital organlarına sahip 46XY'leri içerir. Müllerian yapıları olmadığı için vajen kör olarak son bulur. Pubertede normal meme gelişimi ve vücut yapısı ile giden feminizasyon oluşur. 30 yaş altında testiküler gonadal tümörler nadirdir ancak bu yaştan sonra sık görüleceğinden orşiektomi yapılmalıdır. **Patoloji androjenlere hedef organ duyarsızlığıdır.** Transkripsiyonu başlatmak üzere DNA'ya bağlanan reseptörler küçük, gonadotropin düzeyleri düşüktür. Parsiyel androjen insensitivitesi mevcuttur. Fallus büyümüştür. Pubertede meme gelişimi ile birlikte labioskrotal birleşme görülebilir.

Cevap D (*Üstay, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1. Baskı, 1996, sf:830*)

20. Kombine oral kontraseptiflerin etkileri için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Dört yıl ve üzeri oral kontraseptif kullanan kadınlarda endometriyum kanseri riski %60 azalır.
- Oral kontraseptif kullanımını takiben ortaya çıkan hepatosellüler adenomlar, ilacın kesilmesini takiben geriler.
- Oral kontraseptifler konjenital malformasyon riskini arttırmazlar.
- Ektopik gebelik riskini azaltırlar.
- Benign meme kitlesi insidansını azaltırlar.

AÇIKLAMA: Kombine oral kontraseptiflerin 2 yıl kullanımları **endometriyum kanseri riskinde % 40, 4 yıl ve üzeri kullanımları ise %60 azalma ile birlikte**dir. İlacın kesilmesini takiben geçen 19 yıl içerisinde koruyucu etki devam etmektedir.

Kombine oral kontraseptif kullanımını ile benign karaciğer tümörlerinden olan hepatosellüler adenomlar arasındaki ilişki bilinmektedir. Bu hormona duyarlı tümörler rüptüre olmalı durumunda fatal kanamalara yol açmaktadırlar. Ancak ilacın bırakılmasını takiben regrese oldukları gözlenmektedir.

Kombine oral kontraseptifler ile doğumsal defektler arasında ilişki olduğu gösterilememiştir. Ancak geçmişte kullanılan DES ile erkek ve kız fetuslarda genital sistem anomalileri ve kız çocuklarda ileri yaşamlarında ortaya çıkan clear cell adenosis ve berrak hücreli adenokanser arasındaki ilişki bilinmektedir.

Kombine oral kontraseptifler **ektopik gebelik riskini arttırmazlar.**

Kombine oral kontraseptiflerin kontrasepsiyon dışı yararları arasında premenstrüel sendrom, dismenore, benign meme lezyonları (Fibroadenom, fibrokistik hastalık), nonklamidyal PID sıklığında azalma, menstrüel kanama miktarında azalma bulunmaktadır.

Cevap C (*Copeland, Teştbok of Gynecology, 2. baskı, 2000, s. 312-314*)

21. Kombine oral kontraseptiflerin etkileri için mekanizması için hangisi doğrudur?

- Androjen salınımını artırılması
- Servikal mukus özelliklerinin değiştirilmesi
- Serebral korteksi etkileyerek libidonun azaltılması
- Gonadotropin salınımının artırılması
- Vajinal sekresyonun spermidal aktivitesinin artırılması

AÇIKLAMA: Kombine oral kontraseptifler doğum kontrol hapları esas olarak 3 yolla etkili olurlar:

- Endometriyumun değiştirilmesi
- Servikal mukus özelliklerinin değiştirilmesi
- Ovulasyonun baskılanması

Cevap B (*William, NMS Kadın Hastalıkları ve Doğum, 4. Baskı, 1998, sf:245*)

22. Hangisi plazma SHBG'in arttığı durumlardandır?

- Siroz
- Akromegali
- Artmış androjen üretimi
- Obezite
- Hipotiroidizm

AÇIKLAMA: Plazma SHBG'in arttığı durumlar:

- Obezite
- Artmış androjen üretimi
- Hipotiroidizm
- Kortikosteroid tedavisi
- Akromegali Azaldığı durumlar:
- Östrojen tedavisi
- Gebelik
- Hipertiroidizm
- Siroz

Cevap A (*William, NMS Kadın Hastalıkları ve Doğum, 4. Baskı, 1998, sf:382*)

23. Hangisi Klomifen tedavisi komplikasyonlarından değildir?

- Hiperstimülasyon
- Multipl gebelik
- Abortus
- Prematür doğum

e) Konvulsiyon eşiğinin düşmesi

AÇIKLAMA: Klomifen tedavisi komplikasyonları:

- Hiperstimülasyon
- Multipl gebelik
- Abortus
- Prematür doğum
- İlaç duyarlılığı(vasomotor flushing)
- Abdominal distansiyon , ödem , ağrı
- Huzursuzluk , meme ağrısı

Cevap E (*Pabuçcu, Kadın Hastalıkları ve Doğum, 1.Baskı, 2002,s.848*)

24.Gebeliğin kardiyovasküler sistem üzerinde oluşturduğu değişikliklerden olmayan hangisidir?

- Sistolik kan basıncında minimal azalma olur
- Diastolik kan basıncında belirgin azalma olur
- Plasental kan akımında artış vardır
- Fetusun oluşturduğu ek yük ve atım volümünün artışı nedeniyle sol ventrikül hipertrofisi olur
- Dolaşan kan hacmi ve atım volümü artar

AÇIKLAMA: Gebelikte kan volümündeki artışa bağlı olarak atım hacmi genişler fakat sol ventrikül kalınlığında anlamlı değişiklikler olmaz Gebelikte ayrıca:

- %90 olguda sistolik üfürüm duyulabilir.
- Dinlemekle birinci kalp sesi sertleşir ve çiftleşme duyulur.
- EKG de QRS te sola sapma , nonspesifik ST-T değişiklikleri görülebilir.
- Kan hacmi artar.
- Sistolik kan basıncı minimal (10-15 mmHg) azalır.
- Diastolik kan basıncı belirgin (20-25 mmHg) azalır.
- Üst ekstremitte venöz basıncı değişmez.
- Alt ekstremitte venöz basıncı artar.

Cevap D (*Durukan, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi , 1. Baskı, 1996 , s.391-392*)

25.Median epizyotomi ve mediolateral epizyotomi karşılaştırıldığında hangisi median epizyotomi için doğrudur?

- Onarımı güçtür
- Daha fazla kan kaybı olur
- Kusurlu iyileşme daha siktir
- Anal sfinkterden rektuma uzama yaygındır
- Puerperiumda daha fazla ağrılıdır

AÇIKLAMA: Epizyotomi doğum esnasında perinede meydana gelebilecek yırtıkları önlemek için perineye yapılan kesidir.

- Median
- Mediolateral

-Lateral

-J harfi şeklinde yapılabilir

En sık median ve mediolateraldir.

Median epizyotomi:

- Onarımı kolaydır
- Kusurlu iyileşme enderdir
- Puerperiumda daha az ağrılıdır
- Disparanie enderdir
- Sonuçta anatomi mükemmel olarak sağlanır
- Kan kaybı daha azdır
- Rektuma uzanma yaygındır

Mediolateral epizyotomi:

- Onarımı daha güçtür
- Kusurlu iyileşme daha siktir
- Bazen disparanie olur
- %10 Kusurlu anatomi gelişir
- Kesinin anal sfinktere uzaması enderdir

Cevap D (*Gökşin, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1.baskı, 1996, s.287*)

26.Komplet mol hidatiformla ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- Karyotip patolojisi genellikle 69XXX veya 69XXY dir
- Fetus yoktur
- Stromal ödem belirgindir
- Fetal damar yoktur
- Malign transfer olabilir

AÇIKLAMA:

	Komplet mol	Parsiyel mol
Karyotip	46XX veya 46XY	69XXX veya 69XXY
Embrio,fetus	Yok	Var
Trofoblastik proliferasyon	Çok belirgin	Hafif,fokal
Stromal ödem	Belirgin	Değişken
Fetal damar	Yok	Var
Malign transfer	Olabilir	Yok

Cevap A (*Prof.Dr.Ali AYHAN, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1.baskı, 1996, s.1015*)

27.Aşağıdakilerden hangisi disfonksiyonel uterin kanama nedenidir?

- Submüköz myoma uteri
- Endometriyal polip
- Anovulasyon
- Endometrit
- Abortus inkompletus

AÇIKLAMA: Disfonksiyonel uterin kanamalar, uterin kanamalar, uterusun anatomik lezyonlarına bağlı olmayan anormal uterin kanamalardır. **Disfonksiyonel kanamaların %80'ninden fazlasından anovulasyon sorumludur.** Diğer

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

nedenler arasında korpus luteumun disfonksiyonu ve atrofik endometriyum bulunmaktadır.

Anormal Uterin Kanamanın Nedenleri

-Disfonksiyonel Uterin Kanama

- Anovulasyon
- Korpus luteum disfonksiyonu
- Atrofik endometriyum

-Uterin Lezyonlar

- Submüköz myomalar
- Endometriyal ve servikal polipler
- Endometrit
- Endometriyal hiperplazi ve adenokanserler
- İntrauterin araçlar
- Myoma uteri (intramural)
- Adenomyozis

-Erken Gebelik Komplikasyonları

- Abortuslar
- Ektopik gebelik
- Gestasyonel trofoblastik hastalıklar

Cevap C (Copeland, Textbook of Gynecology, 2.baskı, 2000, s.533-534)

28.Rahim içi araçların (RİA) uygulaması ile ilgili aşağıdaki durumlardan hangisi yanlıştır?

- Tedavi olmamış seksüel yolla geçen (STD) hastalıklı kadında RİA uygulanmaz
- STD riskinin yüksek olduğu yörelerde RIA uygulanmasından sonra 1 hafta antibiyotik profilaksisi yapılmalıdır.
- Vaginal akıntısı olan kadınlara kesinlikle RİA uygulanmaz.
- STD riskinin yüksek olduğu bölgelerde ipliksiz RİA uygulanmalıdır.
- Kadının yaptığı doğum sayısı RİA uygulanması için engel teşkil etmez.

AÇIKLAMA: Çocuk sahibi olmamak RİA için engel teşkil edebileceği, ancak başka seçenek yoksa RİA uygulamasından sözedilmektedir.

Cevap E (Hatcher, Kontrasentif Yöntemler 1990, s.153-154)

29.Nonimmün hidrops fetalis nedenleri içerisinde intrauterin tedavisi mümkün olmayan aşağıdakilerden hangisidir?

- Anemi
- Kromozom anomalileri
- Fetal aritmiler
- İkizden ikize transfüzyon sendromu
- Fetal hidrotoraks

AÇIKLAMA: Nonimmün hidrops fetalis nedenleri içerisinde çok azının intrauterin tedavisi mümkündür. Bunlar, Parvovirüs enfeksiyonuna sekonder anemi (Transfüzyon), aritmiler (Digoksin, kalsiyum kanal blokörleri, ikizden ikize transfüzyon sendromu (Terapötik amniyosentez, vasküler anastomozların lazer ile ablasyonu), fetal hidrotoraks (plöröamniyotik şant yerleştirilmesi), fetal enfeksiyonlardır (Sfiliz, toksoplazmozis). Nonimmün hidrops fetalisin prognozu altta yatan nedene de bağlı olarak genellikle kötüdür.

Cevap B (Saunders, James, High risk pregnancy, 2.baskı, 1999, s.327-341)

30.Aşağıdakilerden hangisi CST (kontraksiyon stres testi) için bir kontraendikasyon sayılmaz?

- Daha önce geçirilmiş sezaryen operasyonu
- Plasental previa
- Prematür eylem
- Polihidroamniyoz
- Oligohidroamniyoz

AÇIKLAMA: Hastanın daha önceden sezaryen veya histerezomi operasyonu geçirmiş olması, EMR, prematür eylem, ikiz gebelik, polihidroamniyoz, servikal yetersizlik, plasenta previa ve açıklamayan vaginal kanama durumlarında CST kontreendikedir.

Cevap E (Ersoy, Kadın Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri)

31.Polikistik over vakalarında östron seviyesi ile ilgili hangisi doğrudur?

- Normalden düşüktür.
- Normalden yüksektir.
- Hipertiroidi ile beraber yüksektir.
- LH/FSH oranı azaldıkça, östron artar.
- GnRH pulsatile frekansına bağlı değişir.

AÇIKLAMA: Yağ dokusu arttığından periferik dönüşüm fazladır.

Cevap B (Clin. Obst. Gyn. 12.cilt, s.613)

32.Gebelekte CHADWICK belirtisi için doğru olan hangisidir?

- Artmış deri pigmentasyonudur.
- Vajen duvarı ve serviksin renk değişimidir.
- Memelerde hassasiyet ve şişmedir.
- Erken gebelik kusmalarıdır.
- Fundus ve serviks arasındaki yumuşamadır.

AÇIKLAMA: Gebelikte pelvik organlarda çeşitli değişiklikler meydana gelir. Artan venöz konjesyon ve kan akımında artış sonucu özellikle porsiyoyu, vagina ve vulvada mavi-kırmızımsı renk değişiklikleri meydana gelir. Buna **Chadwick belirtisi** denir. Hormonal aktivasyon artışına bağlı olarak epitelyal

hücre ve servikal mukus ihtiva eden vaginal akıntıda artış meydana gelir. Bir lam üzerine yayıldığı takdirde servikal mukus fern like paterni göstermez. Granüler görünümü vardır. Artan venöz konjesyona bağlı olarak serviks ve vaginada yumuşama ve dudak kıvamı alma söz konusudur ki, **Goodel belirtisi** olarak adlandırılır. Vulvadaki variköz dolgunluk **Kluge belirtisi** adını alır ve 10. hafta civarında gözlenir. 6. haftada utero-servikal bileşkenin ön-orta hattında uterus yumuşaması **Ladin belirtisi**dir. **Hegar belirtisi** başta istmus olmak üzere uterus yumuşaması ile beraber bimanuel muayenede serviks ve korpusun iki parça olarak hissedilmesidir. **McDonald belirtisi** 7-8. haftalarda uteroservikal bileşkede uterusun fleksibl hale geçmesidir. **Von Fernwald belirtisi** 4-5. haftalarda implantasyon bölgesinin üzerindeki dokuda yumuşama olmasıdır. Şayet implantasyon kornual bölgede gerçekleşirse bulgu özel olarak **Piskaçek belirtisi** adını alır ve bu durumda uterus leiomyomundan ayırt edilmelidir. 10. haftaya doğru uterus simetrik ve hamile olmayanların iki katı büyüklükte olur. Pelvik organlarda kan akımının artışına bağlı olarak a.uterina nabazanı vaginal muayene ile yan fornikslerde hissedilebilir. Buna **Osiander belirtisi** adı verilir. Dickenson belirtisi de muayenede uterusun büyük ve küre halinde algılanmasıdır.

Cevap B (*Ersoy, Kadın Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri, Board Review Serisi, Obstetrik ve Jinekoloji, 1999, s.41*)

33.Aşağıdaki genital enfeksiyonlardan hangisinde eş tedavisi genellikle gerekli olmamaktadır?

- Gonore
- Vulvovaginal kandidiazis
- Klamidial enfeksiyon
- Mukopürülan servisit
- Sifiliz

AÇIKLAMA: Gonore ve klamidial enfeksiyon ile bunların etken olabildiği mukopürülan servisit olgularında ve sifilizde seksüel geçiş özelliği nedeniyle eş değerlendirilmesi ve tedavisi düşünülmelidir. Buna karşın **vulvovaginal kandida enfeksiyonlarında eş tedavisine gerek olmadığı** bildirilmektedir.

Cevap B (*Guidlines for Treatment of Sexually Transmitted disease, 1998, s.76*)

34.Siklusun 3. günü bazal FSH'ı 25 İÜ ve E2'si 70 pg olan olgu ovulasyon indüksiyonu yaklaşımında aşağıdakilerden hangi grupta yer alacağı öngörülebilir?

- Yüksek cevaplı (high responder)
- Düşük cevaplı (poor responder)
- Çok yüksek cevaplı (very high responder)

d) Polikistik over sendromu

e) Normal cevaplı (normal responder)

AÇIKLAMA: Bazal FSH ve E2 değerleri over rezervine göre hastanın ovulasyon indüksiyonuna cevabını önceden tahmin etmekte kullanılmakta olup, E2<30 pg ve FSH<5 İÜ olguları normal cevaba aday olgularken, FSH>15 ve E2>30 pg olanlarda induksiyona cevabın az olacağı önceden belirlenebilmekte buna uygun yaklaşımla tedavi planlanmaktadır.

Cevap B (*Fertility and Sterility, Differentiating clinical profiles, predicting good responders, poor responders, and hyperresponder, Ğsaac Klingman, Zev Rosenwaks, 2001, s.1189-1190*)

35.Uterus fundusunun gebelikte gününe göre büyük olmasının nedenlerinden yanlış olan hangisidir?

- Molar gebelik
- Leiomyom
- Çoğul gebelik
- Oligohidramniyoz
- Fetal makrozomi

AÇIKLAMA: Oligohidramniyoz haricindeki diğer şıkların tamamında uterus fundusu gebelik gününe oranla daha büyüktür.

Cevap D (*Board Review Serisi, Obstetrik ve Jinekoloji, 1999, s.56-57*)

36.32-35. gebelik haftaları arasında gerçek preterm doğum eyleminde tokoliz tedavisinde maksimum etkisinin sağlanabildiği temel amaç aşağıdakilerden hangisidir?

- Term gebeliğe ulaşılması
- Kortikosteroid tedavisinin etkisini göstermesi
- Membran rüptürünün önlenmesi
- Antibiyotik tedavisi için zaman kazanma
- Amniyosentez sonuçlarına kadar zaman kazanma

AÇIKLAMA: Tokoliz tedavisi kortikosteroid tedavisinin etkisini gösterebilmesi için 48 saat süre ile zaman kazanmak amacıyla uygulandığında maksimum etkilidir. 34 gebelik haftasında Respiratuar Distress sendromu gelişim riski %15-17 iken, 35 ve 36. haftalarda %4,4-3,2 ye inmektedir. Bu nedenle **kortikosteroidlerin etkisi maksimum olarak 34. gebelik haftasında gerçekleşmekte**, bu dönemde oluşan gerçek preterm eylemde tokoliz ile sadece 48 saat kadar süre kazanabilmekte, ancak bu dönemde uygulanan tek doz kortikosteroid tedaviyle respiratuar distress gelişim riski belirgin olarak azalabilmektedir.

Cevap B (Jones, American Journal of Obstetrics and Gynecology, Transactions of the Sixty-Second Annual Meeting of the South Atlantic Association of Obstetricians and Gynecologists, 2000, s.356-360)

37. İnkomplet molar gebelikler için doğru olanı işaretleyiniz?

- a) Karyotipi triploidi gösterir.
- b) Fetüs yoktur.
- c) Villuslar içinde damarlar yoktur.
- d) Villus ödemi vardır.
- e) Trofoblastik proliferasyon vardır.

AÇIKLAMA: İnkomplet molarde karyotip 46 XX yada 46 XY'dir.

Cevap A (Board Review Serisi, Obstetrik ve Jinekoloji, 1999, s.96)

38. Preeklampsi-eklampsi için risk faktörlerinden yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Nulliparite
- b) Mol hidatiform
- c) Renal hastalık öyküsü
- d) Diyabet
- e) Tekli gebelikler

AÇIKLAMA: Eklampsi-preeklampsi predispozan faktörler;

Primigravid olmak, siyah ırk, anne yaşının 20 altı, 35 üzeri olması, düşük sosyoekonomik seviye, çoğul gebelik, mol hidatiform (20. haftadan önce görülür), polihidramniyoz, nulliparite, nonimmün fetal hidrops, diabetes mellitus, Trizomi 13, kronik hipertansiyon, gizli kalmış renal hipertansiyon, sıcak iklim, beslenme bozuklukları, vitamin eksikliği (özellikle B) predispozan olarak ileri sürülmüştür.

Cevap E (Ersoy, Kadın Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri, Board Review Serisi, Obstetrik ve Jinekoloji, 1999, s.107)

39. Gebelikte folat eksikliğiyle ilgili ifadelerden yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Sık aralarla gebe kalanlar risk altındadır.
- b) Çoğul gebeliği olanlar risk altındadır.
- c) Sık burun kanaması geçirenler risk altındadır.
- d) Erken embriyogeneziste eksikliği nöral tüp defektleriyle ilişkilidir.
- e) Antikonvülsan tedavi alan gebeler risk altındadır.

AÇIKLAMA: Gebelikte aneminin 2. sıklıkla görülen nedeni folik asit eksikliğidir. Folat fetüsün normal gelişimi için gereklidir. Normal gebelikte folat gereksinimi 3 kat artar. Gebelik boyunca serum folat düzeyleri giderek düşer, son trimesterde gebelerin %50'sinde subnormal düzeylere iner. Şayet hamilelik öncesi folat eksikliği var ise veya diyetteki folat alımı

yetersiz ise folatın gerçek doku eksikliği gelişir ve kemil iliğinde megaloblastik değişiklikler olur. Anemi ile her zaman birlikte olmaksızın gebeliklerin %20-30'unda hafif değişiklikler oluşur. Seyrek olguda da belirgin megaloblastik anemi gelişir. **Birlikte demir eksikliği, hemolitik anemi, infeksiyon varlığı, antikonvülsan ve trimetoprim alımı, malabsorbsiyon varlıkları megaloblastik anemi gelişimini hızlandırır. Erken embriyogeneziste folat eksikliğinde nöral tüp defekti gelişme riski artar.**

Cevap C (Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.365, Board Review Serisi, Obstetrik ve Jinekoloji, 1999, s.120, Ersoy, Kadın Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri)

40. Aşağıdakilerden hangisinde sezaryen için kaçınılmaz başvuru sebebidir?

- a) Dekolman plasenta
- b) Vaza previa
- c) Plasenta previa
- d) Plasenta akreata
- e) Amniyotik sıvı embolisi

AÇIKLAMA: Vaza previa oldukça nadir ancak en çok ölüme yol açan fetal durumlardan biridir. Tanımlama olarak umbilikal kordun alt uterin segmentte insersiyonudur. Bu durumda kord damarları, plasental membranlar tarafından korunmadan genellikle servikal os üzerinde ve fetal prezentasyonun önünde bulunur. Bu desteklenmeyen fetal damarlar, özellikle spontan veya suni membran rüptürü sırasında hasar görürler ve **fetal kanamaya bağlı olarak %75 fetal kayıp olur.** Fetal damarlar yaralanmasa dahi, fetal prezente olan kısmın basısı sonucu fetal kayıp %50-60'a ulaşmaktadır. Damarların direkt palpasyonu veya amniyoskopide görülmesi bazen olasıdır, **ancak fetal kalp hızının şiddetli değişken deselerasyon göstermesi tanıdaki en büyük yardımcıdır. Acil sezaryen sekiyo fetüsü yaşatmak için tek yoldur.**

Cevap B (Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1. baskı, s.484, Ersoy, Kadın Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri)

41. Aşağıdaki protokollerden hangisi genelde osteoporozun (BMD T>2,5) tedavisinde tek başına etkin bir yaklaşım olamamaktadır?

- a) Hormon replasman tedavisi
- b) Alendronate (bifosfonatlar)
- c) Tamoksifen
- d) Dvit + kalsiyum
- e) Raloksifen

AÇIKLAMA: Erken menopozda ve şiddetli menopoz semptomları varlığında hormon replasman tedavisi,

daha ileri yaşlardaki menopoze olgularda ve kalça kemiği fraktür riski belirgin olgularda bifosfonatlar (alendronate, risodronate), meme kanseri riski olan olgularda tamoksifen veya raloksifen osteoporoz tedavisi için bir seçenek olabilmekte, ancak **D vitamini ile kalsiyumun bir seçenek olarak osteoporoz tedavisinde yeterli olamayacağı bilinmektedir.** Bu nedenle sadece çok çok yaşlı olup diğer tedavi seçeneklerinin uygulanmadığı olgularda D vit ve kalsiyum'dan ibaret yaklaşım denenebilir. Aksi halde yetersiz kalacaktır.

Cevap D (*Delmas, The Lancet, Treatment of postmenopozal osteoporosis, 2002, s.2018, 2026*)

42.Rokitansky-Kuster-Hauser-Meyer Sendromu için aşağıda verilen cümlelerden yanlış olanını bulunuz.

- Overler normaldir.
- Uterus bant şeklindedir.
- Amenore en sık görülen semptomdur.
- Servikal displazi vardır.
- Kromozomal yapı 46,XX dir.

AÇIKLAMA: Rokitansky-Kuster-Hauser-Meyer Sendromu; her iki müllerian kanal da gelişmez, uterus, serviks ve vajinanın büyük kısmı oluşmamıştır. 46, XX normal karyotiptir. Normal fonksiyone overler ve sekonder seks karakterleri mevcuttur. Genellikle adölesan dönemde primer amenore ile başvururlar. Yine müllerian kanallardan gelişen yapıların oluşmaması ile karakterize androjen insensitivite sendromu (testiküler feminizasyon) ayırıcı tanıda yer alır. **Servikal aplazi mevcuttur.**

Cevap D (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1. baskı, s.788*)

43.Invaziv vulvar kanserinin en sık görülen histolojik tipi hangisidir?

- Squamöz Ca
- Malign melonoma
- Bazal hücreli karsinom
- Sarkom
- Bartolin bezi karsinomu

AÇIKLAMA: Vulva kanserinde en sık rastlanan histolojik tip skuamöz kanserdir.

Cevap A (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1. baskı, 1936, s.918*)

44.Gebeliğin ilk haftalarında ultrasonografi yapılırsa hangisi doğrudur?

- Yolk kesesi gebelik kesesinden önce görülür.
- Amniyon kesesi embriyonal kutuptan önce görülür.
- Yolk kesesi 7mm den büyükse gebelik prog-

nozu kötüdür.

- Gebelik kesesi 10 mm olduğunda embriyo görülmelidir.
- Transvaginal ultrasonografide 7 haftadan önce gebelik kesesi görülemez.

AÇIKLAMA: Yolk kesesi sağlıklı gebeliklerde 6 mm'yi geçmez, gebelik kesesinden sonra görülür. Embriyonal kutup amniyon kesesinden önce görüntülenir. Embriyonun görülmesi için gebelik kesesinin 25 mm olması beklenmelidir. Transvaginal ultrasonografi ile gebelik kesesi 5. haftadan itibaren görüntülenebilir.

Cevap C (*Fleischer, Sonography in Obstetrics Gynecology, 2001, s. 61-88*)

45.Endometrium kanserinde risk faktörleri olmayan hangisidir?

- Evlenmemişlerde artar.
- Geç menopoz ile artar
- Oral kontraseptif kullanımı ile artar.
- Obezite ile artar.
- Hayvansal yağ kullanımı ile artar.

AÇIKLAMA: Endometrium kanserinde risk faktörleri;

- Evlenmemişlerde artar.
- Oral kontraseptif kullanımı ile azalır.
- Doğum sayısı arttıkça azalır.
- Geç menopoz ile artar.
- Unopoz östrojen ile artar.
- Ailevi öykü ile artar.
- Obezite ile artar.
- Hayvansal yağ kullanımı ile artar.
- Sigara kullanımı ile azalır.
- Anovulatuvar infertilite ile artar.
- Östrojen salgılayan tümörler ile artar.

Cevap C (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1. baskı, s.963*)

46.Aşağıdakilerden hangisi ektopik gebelik riskini kesin olarak arttırmaz?

- Geçirilmiş tubal cerrahi
- I.V.F. gebelikleri
- Salpengitis
- Rahim içi araçlar
- HMG ve Klomifen sitrat ile ovulasyon indüksiyonu

AÇIKLAMA: Rahim içi araçların dış gebeliği arttırdığına dair kesin bir bilgi yoktur. Bununla birlikte rahim içi araçlar intrauterin gebeliği önlemede, dış gebeliği önlemeden daha etkindir. Sonuç olarak rahim içi araç kullananlarda intrauterin gebeliğe karşın dış gebelik 5 kat daha fazla görülür.

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

Cevap D (Kışnişçi, *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, 1996, s.1410)

47. Ablatio Plasentanın en sık sebebi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Travma
- b) Çoğul gebelik
- c) Hipertansiyon
- d) Uterin fibroidler
- e) Membranların preterm ayrılması

AÇIKLAMA: Ablatio plasentanın en sık nedeni hipertansiyondur.

Cevap C (Kışnişçi, *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, 1996)

48. Aşağıdakilerden hangisi etkinliği kanıtlanmış antenatal takip yöntemlerindedir?

- a) Fetal iyilik hali için biyokimyasal testlerin yapılması
- b) Uteroplazental dolaşım için Doppler çalışmalarının yapılması
- c) Rutin TORCH taramalarının yapılması
- d) Sigara içilmemesinin sağlanması
- e) EDT için rutin kültür yapılması

AÇIKLAMA: Sayılan yöntemler içinde sadece sigara içiminin önlenmesi gebelik prognozuna olumlu etki yapmaktadır, diğerlerinin etkinlikleri henüz belirlenmemiştir.

Cevap D (James, *High Risk Pregnancy 2.baskı*, 1999, s.11-22)

49. Cinsel yolla bulaşan hastalıkları önlemede etkili kontraseptif yöntem hangisidir?

- a) Rahim içi araç
- b) Depo medroksi progesteron asetat
- c) Tübal ligasyon
- d) Vazektomi
- e) Kondom

AÇIKLAMA: Kondom kullanımı cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesinde en etkili yöntemlerden biridir.

Cevap E (Board Review Serisi, *Obstetrik ve Jinekoloji*, 1999, s.236)

50. Fetal ultrasonografi ile gebelik yaşı tayininde en iyi kriter hangisidir?

- a) 7-10 haftada CRL ölçümü
- b) 10-14 haftada CRL ölçümü
- c) 20-24 haftada bipariyetal çap ölçümü
- d) 20-24 haftada femur ölçümü
- e) 30-44 haftada femur ölçümü

AÇIKLAMA: Gebelik yaşı için en iyi ölçüm ilk 10 hafta içinde yapılan CRL ölçümüdür, artı eksi 3 günlük hata ile muhtemel doğum tarihini belirler.

Cevap A (Fleischer, *Sonography in Obstetrics Gynecology*, 2001, s.139-56)

51. Bartholin kist ve absesine neden olan en sık organizma hangisidir?

- a) Strep pyogenes
- b) Staph aureus
- c) N. Gonorrhoea
- d) Ducreii
- e) Pallidum

AÇIKLAMA: Bartholin bezi enfeksiyonunun iki safhası vardır. İlki bez ve kanalının akut enfeksiyonudur ki genellikle N. gonorrhoea veya C. trachomatis tarafından oluşturulur. Eğer enfeksiyon kontrolsüz kalırsa kanal obstrüksiyonu sonucunda ikinci safha olan abse formasyonu oluşur. Anaerobik bakteriler birçok abseden izole edilebilir. Kanaldan çıkan materyalin kültürü ve gram boyaması ile gonokoklar izole edilebilir. Servikal konokokkal ve klamidyal kültürler alınmalı ve eğer hasta gonore ise N. gonorrhoea tedavisinden sonra tetrasiklin verilmelidir.

Cevap C (Barclay, *Vulva ve vajenin benign hastalıkları; Pernoll, Çağdaş Obstetrik & Jinekolojik Teşhis & Tedavi, Cilt 2, 1.baskı*, 1994, s.895)

52. Aşağıdakilerden hangisi PCOS (Polikistik over sendromu)'nin reproduktif ve metabolik özellikleri arasında yer almaz?

- a) İnsülin resistansı
- b) Hiperandrojenizm
- c) HDL kolesterolde artma
- d) Kronik anovulatuvar infertilite
- e) Obesite

AÇIKLAMA: PCOS'da koroner arter hastalığı için risk teşkil edecek lipid profili izlenir. Serum trigliserid ve VLDL seviyeleri yükselirken HDL seviyeleri düşer. Androjenler ve insülin, bağımsız ve sinerjistik etki ile olumsuz lipid profiline neden olmaktadır.

Cevap C (Abraham Thomas, *Annual Reviews Medicine, Current Concepts in the Polycystic Ovary Syndrome, Andrea Dunaif, 2001, 401-419*)

53. Vajinal smear için aşağıdakilerden hangisi doğru değildir?

- a) Gebelikte intermediate hücrelerde artış olur.
- b) Çocukluk döneminde parabazal hücre görünümü hakimdir.
- c) Vajinal epitel östrojen, androjen ve progesteronlara duyarlıdır.
- d) Östrojenik etki arttıkça bazal hücrelerin yüzdesinde de artış olur.

- e) Anoreksiya nervosada parabazal hücreler, intermediate ve süperfisiyal hücrelere göre daha artmıştır.

AÇIKLAMA: Östrojen etkisiyle süperfisiyal hücrelerde artış olur.

Cevap D (*Emans, Pediatric and Adolescent Gynecology, 4.baskı, 1998, s.35*)

54.Spinn barkeit için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Servikal mukusun viskozitesidir.
b) Servikal mukusun berraklığıdır.
c) Servikal mukustaki eğrelti otu görünümüdür.
d) Servikal mukusun miktarıdır.
e) Servikal mukusun elastisitesidir.

AÇIKLAMA: Servikal mukus, endoservikal sekretuar hücrelerce sentezlenir. %92-98 sudan %2 glikoprotein, serum tipi protein, lipid ve inorganik tuzlardan oluşur. **Estrojen üretimi sulu ve hipoviskoz olmasını sağlarken, progesteron üretimi sekretuar hücre aktivitesini inhibe eder.** Mukus midsiklusta incelik, alkalin ve asellüler olur, lökosit içermez. 5-10 cm uzunluğunda **spin barkeit** ve mikroskopta **fern-like formasyonu** izlenir. Spin barkeit ve fern-like fenomenleri preovulatuvar dönemde estrojen seviye artışına bağlıdır. İki lam arasına bir damla mukus damlatıldığı ve lamalar birbirlerinden uzaklaştırıldığı zaman mukus normalde 10 kat uzar. Buna **spin barkeit testi** denir. Servikal mukusun kurutulduğu zaman mikroskop altında **eğrelti otu manzarası** göstermesi ise fern-like paterni olarak adlandırılır.

Cevap E (*Ersoy, Kadın Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri*)

55.Erken follikül fazında genellikle 5 gün süreyle ovülasyon indüksiyonu amacıyla kullanılan antiöstrojenik etkili ilaç hangisidir?

- a) Mifepriston
b) Bromokriptin
c) Ritodrin
d) Klomifen sitrat
e) Magnesium sülfat

AÇIKLAMA: Klomifen sitrat östrojen reseptörüne bağlanarak bu reseptörü birkaç hafta süreyle işgal etmek suretiyle **antiöstrojenik etki gösterir.** Ovülasyon indüksiyonunda kullanılır. Klomifen sitrat spontan veya progesteron ile oluşturulmuş menstruasyon kanamasının 2 ve 5. günleri arası başlanabilir. Beş gün süre ile 50 mg olarak başlanır.

Cevap D (*Board Review Serisi, Obstetrik ve Jinekoloji, 1999, s.344, Ersoy, Kadın Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri*)

56.Naboth kisti nerede bulunur?

- a) Vajinada
b) Vulvada
c) Servikte
d) Uterusta
e) Tubada

AÇIKLAMA: Servikte skuamokolumnar bileşkede yaklaşık 1 cm çaplı, müküslü, üzeri bol damarlı retansiyon kistleri görülebilir. Bunlara **nabothien kistleri** denir. Şeffaf veya donuk olabilir. Servikal bez lümeninin kronik inflamatuvar nedbeleşmesi ile dilatasyonu sonucu meydana gelir.

Cevap C (*Disaia, Uterus serviksi hastalıkları; Disaia, Danforth Obstetrik ve Jinekoloji, 7.baskı, 1997, s.367-93, Ersoy, Kadın Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri*)

57.Aşağıdaki tümörlerin hangisinde Meigs sendromu görülür?

- a) Serözkistadenom
b) Musinöz kistadenom
c) Fibroma
d) Disgerminom
e) Teratom

AÇIKLAMA: Meigs sendromu overde fibrotekoma, asit ve hidrotorakstir.

Cevap C (*DiSaia, Ovarium neoplazmaları, Scott, Danforth Obstetrik ve Jinekoloji, 7.baskı, 1997, s.985-87*)

58.Kombine oral kontraseptif (KOK) kullanımı için aşağıdakilerden hangisi doğru değildir?

- a) Bulantı şikayeti olan hastalarda östrojen miktarı düşük bir KOK'a geçilmesi hastaları rahatlatır.
b) Düşük doz östrojen içeren KOK'da ara kanaması görülme sıklığı daha düşüktür.
c) KOK kullanan normatensif hastaların %1-2'sinde hipertansiyon gelişir.
d) Factor V Leiden mutasyonu olan hastalarda KOK kullanımında tromboemboli riski daha yüksektir.
e) KOK alan ve sürekli ara kanaması olan hastalarda progesteron hakimiyeti daha yüksek bir hapa geçilmesi uygun bir yaklaşımdır.

AÇIKLAMA: Tam tersine ara kanama görülme sıklığı daha yüksektir.

Cevap B (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*)

59.Myoma uteride en sık görülen dejenerasyon hangisidir?

- a) Atrofik dejenerasyon

- b) Kistik dejenerasyon
- c) Hyalin dejenerasyon
- d) Septik dejenerasyon
- e) Nekrotik dejenerasyon

AÇIKLAMA: Miyomlar zamanla benign ve nadiren malign dejenerasyon geçirebilirler.

Benign dejenerasyonlar atrofik, hiyalen, kistik, kalsifik, septik, karneöz ve yağlı dejenerasyon olarak sınıflandırılabilir.

Atrofik dejenerasyon özellikle menopozda siktir. Ufalma ve belirtilerde azalmaya yol açar. Hasta lehine bir dejenerasyondur.

Hiyalen dejenerasyon en sık rastlanılan dejenerasyon tipidir (%65). Genellikle asemptomatiktir. Kesit yüzü sarı jelatinözdür. Kistik dejenerasyon bazen ortada meydana gelen lifefaksiyon nekrozunun rezorbsiyonu sonucu kistik hal alması ile ortaya çıkar.

Kalsifik dejenerasyon miyom içerisine kalsiyum fosfat ve kalsiyum karbonat tuzları çökmesi ile oluşur. Genellikle **postmenopozal kadınlarda ve subseröz miyomlarda görülür.** Radyolojik olarak da tanınabilir.

Septik dejenerasyon bazen dolaşım bozukluğu sonucu ortada nekroz gelişimi ve enfeksiyon meydana gelmesi ile karakterizedir. Asemptomatik olan miyom enfekte olduktan sonra akut ağrı, ateş şikayetleri vermeye başlar.

Karneöz (kırmızı) dejenerasyon miyom içinde kanama ve hematoma olursa meydana gelir ve sıklıkla hiyalen ve kistik dejenerasyonu takiben meydana gelir. Şiddetli ağrı ve akut batına benzer belirtiler verir. **Daha çok gebelikte görülür.**

Yağlı dejenerasyon asemptomatiktir. Sıklıkla hiyalen ve kistik dejenerasyonu takip eder.

Malign dejenerasyon %0.5 oranında görülür. Leiomyosarkoma dönüşür.

Cevap C (*Battistini, Myoma uteri; Beck, NMS Kadın Hastalıkları ve Doğum, 4.baskı, 1998, s.340, Ersoy, Kadın Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri*)

60.Anovulatuvar kanama için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Prepubertal dönemde ortaya çıkar.
- b) Özellikle düzenli sikluslarda meydana gelir.
- c) Daima östrojen salgılayan bir over tümöründe görülür.
- d) Menopoz başlangıcında görülmez.
- e) Progesteron fazlalığına bağlı bir kanamadır.

AÇIKLAMA: Anovulasyon prepubertal ve menopozal dönemde normaldir ve progesteron patterni yoktur. Bu nedenle anovulatuvar kanama eğilimi vardır. Östrojen üreten over tümörleri ise nadir görülür.

Cevap A (*Cunningham, Williams Obstetrics, 21.baskı, 2001*)

61.Corpus luteumun gelişmesi en sık olarak aşağıdaki durumlardan hangisi ile birlikte görülür?

- a) Endometriumun dökülme fazı
- b) Ovumun fertilizasyonu
- c) Endometriumun proliferatif fazı
- d) Endometriumun folliküler fazı
- e) Endometriumun sekretuar fazı

AÇIKLAMA: Sekretuar endometriumun gelişmesi önceden östrojen ile uyarılmış endometriumda progesteron etkisi ile ortaya çıkar ve ovulasyon olup olmadığının indirekt bir göstergesidir.

Cevap E (*Cunningham, Williams Obstetrics, 21.baskı, 2001*)

62.Douglasın rektovajinal septum içine doğru herniasyonuna ne ad verilir?

- a) Sistosel
- b) Rektosel
- c) Enterosel
- d) Descensus uteri
- e) Ellongatio colli

AÇIKLAMA: ENTEROSEL: Ayakta duran bir kadında en derin batin kısmı Douglas boşluğudur. Buraya giren oluşumlar batin içerisine çıkıntı yaparlar. Karın içi dinamiği bozulduğu zaman, rektovajinal septum ayrılır. İnce bağırsaklar vaginaya dolar. Genellikle total prolapsus ile de beraberdirler. Tedavide abdominal yaklaşımda Douglas dikişler ile oblitere edilir. Vajinal yaklaşımda ise vagina arka duvarı açılır. Fıtık kesesi yüksekte bağlanır.

Cevap C (*Wall, İnkontinans, prolapsus ve pelvis tabanı hastalıkları; Berek, Novak Jinekoloji, 12.baskı, 1998, s.657, Ersoy, Kadın Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri*)

63.Disgerminom ile ilgili olarak aşağıda verilen cümlelerden yanlış olanı bulunuz.

- a) Germ hücreli tümörler içinde en sık görülen histolojik tiptir.
- b) Gebelikte görülen over tümörlerinin %25-30'unu oluştururlar.
- c) Olguların %80'i 30 yaşın altındadır.
- d) Pür disgerminom ve mikst tip disgerminoma olmak üzere 2 gruba ayrılırlar.
- e) Disgerminomlu hastalarda en sık bulunan tümör belirteci CEA'dir.

AÇIKLAMA: Disgerminoma: En sık rastlanan malign germ hücreli tümörlerdir (%50). Ayrıca gebelerde en sık rastlanan over malignitesidir. %80; 10-30 yaş

arası görülür. %20 bilateraldir. Bilateral olabilen tek germ hücreli tümördür. Profaz safhasında gelişimi durmuş tetraploid DNA içeren oositlerden gelişmektedir. Seks kromozomal anomalisi olanlarda da sıklıkla meydana gelmektedir (saf veya karışık gonadal disgenezi, hermafroditizm). Bunlar ya XY veya Y mozaik genotipe sahiptirler. Bu vakalarda benign gonadoblastoma ile birlikte olabilirler. En sık rastlanan semptom karın büyümesidir. Arada lenfositik infiltrasyon ve Langhans dev hücreleri bulunur. **En sık lenfatik yayılım gösterir. LDH ve hCG yüksek bulunabilir.** Tedavide total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi yeterlidir. Pelvik ve lenfatik yayılımı olanlarda ilaveten radyoterapi de uygulanır. Yüksek oranda radyosensitifler. Ancak fertiliteye neden olabilir. Ortalama 5 yıllık yaşama şansı %60'dır. **Prognozu en iyi germ hücreli tümörlerdir.**

Cevap E (*Atasü, Jinekolojik Onkoloji, 1.basım, 1996, s.425-426, Ersoy, Kadın Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri*)

64.Kadın Genital Ca içerisinde mortalitesi en yüksek olan hangisidir.

- a) Over Ca
- b) Serviks Ca
- c) Endometrium Ca
- d) Vulva Ca
- e) Vajen Ca

AÇIKLAMA: Over kanserleri genital kanserler içerisinde mortalitesi en yüksek olanlardır.

Cevap A (*Atasü, Jinekolojik Onkoloji, 1.basım 1996, s.31*)

65.Endometrium menstrual siklus esnasında değişiklikler göstermektedir. Folliküler fazda aşağıdaki endometrium değişikliklerinden hangisi birlikte görülür?

- a) Menstruasyon
- b) Atrofik
- c) Proliferasyon
- d) Sekrasyon
- e) Düzensiz

AÇIKLAMA: Menstruasyonu takiben over fonksiyonları ile endometriumda proliferasyon başlar.

Cevap C (*Cunningham, Williams Obstetrics, 21.baskı, 2001*)

66.Konjenital adrenal hiperplazi tedavisi için aşağıdakilerden hangisi en iyi seçenektir?

- a) Peryodik östrojen
- b) Peryodik progesteron
- c) Klomifen
- d) Kortizon

e) Gonadotropin serbestleştirici hormon analogu

AÇIKLAMA: Uygun dozda kortizon verildiğinde adrenal androjenlerin fazla yapımı baskılanabilir.

Cevap D (*Cunningham, Williams Obstetrics, 21.baskı, 2001*)

67.Erkeklerde görülen hidrosel karşılığı kadında olan lezyon hangisidir?

- a) Bartolin kisti
- b) Gardner kisti
- c) Nuck kanalı kisti
- d) Morgagni kisti
- e) Skene kanalı kisti

AÇIKLAMA: Nuck kanal kisti; Lig. rotunduma bağlı olarak labium majusa giren periton kılıfının bir noktada ligamentten ayrılıp kistik dilatasyon göstermesidir. Erkeklerdeki hidrosel ile eşdeğerdir.

Cevap C (*Erk, Novak Jinekoloji, 1998, s.387, Ersoy, Kadın Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri*)

68.Aşağıdakilerden hangisi menopoza giren bir kadının en sık doktora başvurma nedenidir?

- a) Kalp hastalığı
- b) Osteoporoz
- c) Vazomotor semptomlar
- d) Alzheimer bulguları
- e) İdrar kaçırma

AÇIKLAMA: Vazomotor belirtiler; Menopoza giren kadınlarda doktora en sık başvurma nedenidir. %75-80 kadında sıcak basması olur. Sıcak basması östrojen yetmezliğinin klasik semptomudur. Erken menopozda sıktır. İlk yıl %82 iken sonraki yıllarda %50'ye iner. Yüzde başlar, göğüse iner ve flushing ile beraberdir. Epizodiktir. Genelde bulantı, baş ağrısı, çarpıntı ve gece terlemeleri ile olur. Gonadal disgenezi olup eksojen östrojen verilen kadınlarda görülmez. Steroid hormon değişiklikleri ile kesin bir ilişki kurulamamıştır. Ancak termoregulator merkezin bulunduğu hipotalamik hücrelerde GnRH'nın rol oynadığı zannedilmektedir.

Cevap C (*Lambrou, The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics, 1.baskı, 1999, s.305-8, Ersoy, Kadın Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri*)

69.Birinci Leopold manevrası ile aşağıdakilerden hangisi belirlenir?

- a) Fundustaki çocuk kısmı
- b) Sırtın bulunduğu taraf
- c) Prezente olan kısım
- d) Angajman derecesi
- e) Başın fleksiyon durumu

AÇIKLAMA: Leopold manevraları gebelikte yapılan palpasyon muayeneleridir;

1. **Leopold manevrasında** hekim hastanın yüzüne döner ve iki elinin palmar yüzü ile fundusun yüksekliğini ölçer.

2. **Leopold manevrası** çocuk sırtının belirlenmesidir. Bunun bulunduğu tarafa göre kalp sesi değişir. Sırt belirlenemezse kalp sesi dinlenir. Sesin olduğu yer sırttır. Fetus pozisyonunun en iyi belirlendiği Leopold manevrasıdır.

3. **Leopold manevrasında** önde gelen kısım belirlenir. Baş gelişi ile sertlik gelir. Makat geliyorsa yumuşaklık hissi alınır. Önde gelen kısım pelvis boşluğunu dolduran kısımdır.

4. **Leopold manevrası** önde gelen kısmın hangi seviyede olduğunu gösterir. Doğuma yakın olup olmadığını gösterir.

5. **Leopold manevrası** Zange Meister olarak da bilinir. Bir el simfizis düzlemi üzerine, diğeri fetüs başı üzerine konulur. Baş simfizis düzleminde veya altında ise fetüs başı ile kemik pelvis arasında uyumsuzluk olmadığı anlaşılır. Baş düzlemi simfizis düzlemi üzerinde ise fetüs başının kemik pelvise oranla büyük olduğu söylenir.

Cevap A (Arısan, Doğum Bilgisi, 3.baskı, 1989, s.285-92, Ersoy, Kadın Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri)

70. Aşağıda sıralanan fetus ile ilgili olumsuz durumların hangisinde 18. gebelik haftasında bakılan maternal serum alfa-fetoprotein (msAFP) düzeyinin normalden düşük olması beklenir?

- Down sendromu
- Gastroşizis
- Anensefali
- Meningomyelose
- Konjenital nefroz

AÇIKLAMA: Fetusta Down sendromu sözkonusu ise msAFP düzeylerinin ortalama 0,7 MoM (multiple of median) civarında, yani normalden düşük olması beklenir. Gastroşizis gibi karın ön duvarı defektlerinde, anensefali ve meningomyelose gibi açık nöral tüp defektlerinde, konjenital nefroz, fetal bağırsak obstrüksiyonu, çoğul gebelik gibi durumlarda ise MoM değeri genellikle 2,5 ve üzerinde, yani normalden yüksektir.

Cevap A (Duroseau, Bankowski, The Johns Hopkins Manual of Gynecology, and Obstetrics, 2.baskı, 2002, s.69-71)

71. Diabet ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- İlk defa gebelikte tanı konulan diabetlere, daha sonradan tip I veya II dahi olduğu anlaşılrsa gestasyonel diabet denir.

b) Gestasyonel diabete az rastlandığından gebelikte taranmasına gerek yoktur.

c) Diabet tanısı olan kadınların gebe kalmadan önce doktor kontrolünden geçmelerine gerek yoktur.

d) Diabetik bir gebede doğum şekli sezaryan olmalıdır.

e) Gestasyonel diabet taraması için açlık kan şekeri yeterlidir.

AÇIKLAMA: Gestasyonel diabet, diabeti ilk kez gebelik esnasında teşhis edilen veya gebelik sırasında başlayan diabet tipidir. Bu durumdaki kadınların çoğu obezdir. Gestasyonel diabet, gebelik sonrası çoğu kez normale döner. Bazı vakalarda ise diabet veya bozulmuş glukoz toleransı olarak devam eder. Gestasyonel diabetli kadınlar, doğum sonrasında normale dönseler bile, daha sonraki yıllarda diabet gelişimi için yüksek risk grubundadırlar.

Gebelikte en sık görülen maternal hastalıklardandır. Gebeliklerin %2-3 kadarı diabetes mellitus tarafından komplike edilir. Bunun için fetal beslenmeyi sağlamak üzere annede olan adaptasyonların bilinmesi gerekir. **Gebeliğin son dönemlerinde belirgin olmak üzere insülin direncine bağlı maternal hiperinsülinemi olur.** Estrojen ve progesteron beta hücre hiperplazisi ve hiperinsülinemi yaparak maternal adacık hücre fonksiyonlarını artırır. Sinsityotrofoblastlardan salgılanan hPL, insüline direnci sağlar ve maternal lipolizi artırır. Maternal ketozis eğilimi artmıştır. Bunun sonucu anne, enerjisini yağlardan glukoneogenez ile sağlarken fetüs depo maternal glukoz ile beslenir. hPL miktarı direkt olarak plasental kitle ile doğru orantılı olduğundan son trimesterde diabetojenik etki de belirginleşir. Serbest kortizol ve prolaktin de insülin direncine katkıda bulunur. Plasental insülinazın da insülin direncine katkısı vardır.

Neticede; **normal gebelerde maternal bir hiperinsülinemi vardır.** Maternal glukoz seviyesi gebelerde yaklaşık 100 mg/dl kadardır. Açlık kan şekeri 60 mg/dl, postprandiyal kan glukoz seviyesi ise 120 mg/dl civarındadır. İnsülin plasentadan geçemez, glukoz ise kolaylaştırılmış diffüzyon ile geçer. Bu sayede çocuk depo maternal glukoz ile beslenir.

Gestasyonel Diabet İçin Risk Faktörleri;

- Gestasyonel diabet öyküsü
- Tekrarlayan spontan abortuslar
- Sebebi bilinmeyen in utero fetal ölüm öyküsü
- Konjenital malformasyonlar
- Tekrarlayan preeklampsi
- 4000 g'ın üzerinde bebek (makrozomik) öyküsü
- Poliüri, polidipsi, glukozüri

- Obezite
- 1. derece akrabalarda DM
- Gebelikte fazla kilo alımı
- Anne yaşının >30 olması

Cevap A (Evans, *Manual of Obstetrics*, 6.baskı, 2000, s.127-47, Ersoy, *Kadın Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri*)

72.Spermatogenez yaklaşık olarak kaç gün sürer?

- a) 10-15 gün
- b) 20-35 gün
- c) 70-80 gün
- d) 90-100 gün
- e) 100-120 gün

AÇIKLAMA: Spermatogenez 14-16 yaşlarında başlar ve 70-80 yaşlarına kadar devam eder ve ortalama bir spermatogenez 70-80 gün sürer. Fertilizasyon kabiliyeti 55-60 yaşlarından sonra azalır fakat yok olmaz.

Spermatozoa oluşumunu tamamladıktan sonra seminifer tübül lümenine geçer. Epididimise doğru hareket eder. Spermatozoaların tam hareketliliklerini kazandıkları bölge burasıdır. Seminal sıvıda seminifer tübül salgısı, yardımcı bezlerin salgıları, epitel döküntüleri, prostaglandin ve spermatozoalar bulunur. Spermatozoaların sayısı 60-120 milyon/ml kadardır. Bunların %80'i sağlam, %80-90 kadarı hareketlidir. Seminal sıvı pH'sı 7.4-7.8 kadardır. Jelatinöz yapıda olup özel kokuludur. Seminal sıvıdaki spermatozoaların en az 50 milyon/cm³ olması bunların da en az %75'inin normal morfolojiye sahip olması gerekir. Normal morfolojiye sahip olanların %50'den fazlasının hareketli, bunun da %50'den fazlasının ileriye doğru hareketli olması üreme fonksiyonu açısından şarttır.

Cevap C (Berek, *Novak's Gynecology*, 12.baskı, 1996, s.915-62, Ersoy, *Kadın Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri*)

73.Aşağıdaki kontraseptif yöntemlerden hangisi kemik mineral yoğunluğunda azalmaya neden olabilir?

- a) Kombine oral kontraseptifler
- b) Spermisti içeren vajinal ovullar
- c) Depo-medroksiprogesteron asetat 150 mg im. 3 ayda bir enjeksiyon
- d) Bakır içeren rahim içi araçlar
- e) Tüp ligasyonu

AÇIKLAMA: Depo-medroksiprogesteron asetat'ın kemik mineral yoğunluğunda azalmaya neden olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Bu etki laktasyon sırasında görülen etkinin bir benzeridir, ancak reversibl bir durum olup ileriki yaşlarda osteoporoz açısından bir sorun yaratmamaktadır. Öte yandan

kombine oral kontraseptifler progesteron ile birlikte estrogen de içerdiklerinden kemik mineral yoğunluğunda artış sağlamaktadırlar. Spermisti içeren vajinal ovullar ve bakırlı rahim içi araçlar ise lokal olarak etki gösterirler. Tüp ligasyonunda da aynı şekilde lokal mekanik bir obstrüksiyon söz konusudur; sistemik bir etki beklenmez.

Cevap C (Speroff, *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*, 6.baskı, 1999, s.967; Kauntiz, *Clinical Obstetrics and Gynecology*, Cilt 44, s.82)

74.Son adet tarihi 25 Aralık 2002 olan bir gebenin beklenen doğum tarihi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) 1 Ekim 2003
- b) 1 Kasım 2003
- c) 2 Kasım 2003
- d) 1 Eylül 2003
- e) 2 Eylül 2003

AÇIKLAMA: Naegele formülü; son adet tarihi + 7 gün - 3 ay + 1 yıl olarak ifade edilir.

Cevap A (Arısan, *Prepedötik Kadın-Doğum*, 1.baskı, 1993, s.355-60)

75.Otuziki yaşında, evli ve 2 çocuklu bir kadında, aşağıdaki durumlardan hangisinde kombine oral kontraseptif kullanımını kesmek gerekmez?

- a) Memede şüpheli bir kitle tespit edilirse
- b) Açık femur kırığı nedeniyle hastaneye yatması gerekirse
- c) Kilo almaya başlarsa
- d) Akut hepatit B enfeksiyonu geçiriyorsa
- e) Akut derin ven trombozu teşhis edilirse

AÇIKLAMA: Akut derin ven trombozu veya tromboemboli; akut hepatit veya kronik aktif hepatit gibi karaciğer fonksiyonlarının bozuk olduğu durumlar; meme kanserleri gibi östrojen hormonuna duyarlı tümörlerin varlığı; kombine oral kontraseptif kullanımı açısından kontraendikasyon teşkil ederler.

Memede şüpheli bir kitle mevcut ise malignite ekarte edilene dek kombine oral kontraseptifler kesilmelidir. Açık femur kırığı olan bir hastanın da opere edilmesi gerekecek ve bir süre mobilizasyonu kısıtlanacaktır. Kombine oral kontraseptiflerin tromboembolik olayları en az 3-4 kat arttırdığı ve immobilizasyonun da bu tür olaylara zemin hazırlayacağı düşünüldürse, bu gibi durumlarda da ilacı kesmek uygun olacaktır. Kilo alımı veya obesite kombine oral kontraseptiflerin kullanımında kontraendikasyonlar arasında sıralanmamaktadır. Üstelik bu preparatların kilo alımı ile birebir ilişkisi de gösterilememiştir. Bu durumda ilacı kesmek yerine diyet ve egzersiz önermek daha iyi bir çözüm olacaktır.

Cevap C (Speroff, *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*, 6.baskı, 1999, s.912-913)

76. Aşağıdakilerden hangisi makat gelişte uygulanan manevralardan biri değildir?

- a) Crede manevrası
- b) Klasik manevra
- c) Müller manevrası
- d) Mauriceu-Smellie-Veit manevrası
- e) Bracht manevrası

AÇIKLAMA: Crede manevrası plasentanin doğumunu kolaylaştıran bir manevradır. Bu manevrada fundus avuçlanıp masaj yapılarak kasılma oluşturulur. Orta hatta çekilir ve sıkılarak doğum yoluna itilir.

Cevap A (Kışnişçi, *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, 1996)

77. Aşağıdakilerden hangisi normal bir gebelikte meydana gelen fizyolojik değişikliklerden biri değildir?

- a) Kan hacminde artma
- b) Kan basıncında artma
- c) Kardiyotoraik indekste artma
- d) Lökositoz
- e) Fibrinojen artışı

AÇIKLAMA: HEMATOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER

Gebelik sırasında meydana gelen en çarpıcı maternal fizyolojik değişim kan hacmindeki artıştır. Aldosteron, estrogen ve progesteron bunlardan sorumlu olabilir.

Kan hacmi %40-50 oranında artar (1600-1700 ml). Artış 30-34. haftalarda da maksimumdur. Artan kan hacminin %75'i plazmadır. Eritrosit yaklaşık %25 (450 ml kadar) artar. Plazma hacmi gebeliğin erken dönemlerinde eritrositten daha hızlı artar. Hematokrit bu yüzden 32-34. haftadan miada kadar artış gösterir. 32-34. haftaya kadar olan hematokritteki azalma ise gebeliğin fizyolojik anemisi olarak adlandırılır.

2,3 DPG konsantrasyonu artar. Bu oksijene affiniteyi azaltır. Fetal eritrositlerde ise oksijene affinite yüksektir.

Retikülosit %10-12 artar. Gereken demir ihtiyacı artar. Diyetle yerine konmazsa demir eksikliği anemisi meydana gelir. Demir eksikliği preterm eyleme neden olabilir. Total demir bağlama kapasitesi ve transferrin konsantrasyonu artar.

Normal gebelik boyunca total lökosit artar. Travay esnasında sayı 25.000-30.000/ml olabilir. Postpartum birinci haftada normale iner. **Başlıca PMNL artar.** Hücrel immünite azalır. Ig A ve G azalır, Ig D artar Ig M değişmez.

Trombositlerde bariz bir değişiklik yoktur. Pgl2, TxA2 her ikisi de gebelikte artar. Hiperkoagülasyon vardır.

Pıhtılaşma faktörleri; fibrinojen ve F VIII belirgin olarak artar. F VII, IX, X, XII artışı daha azdır. Faktör XIII'de belirgin azalma olur. Sedimentasyon artar, saatte 100 mm'den fazla olmamalıdır.

KARDİYOVASKÜLER SİSTEM

Diyafragma yükselir, kalp yukarı yer değiştirir. Kardiyak kapasite 70-80 ml, kalp hacmi yaklaşık %12 artar.

EKG bulgularında değişiklikler meydana gelebilir. Non-patolojik üfürümler olabilir.

Elektriksel aks 15-20 derece sola kayar. Reversibl ST, T ve Q dalga değişiklikleri olabilir. S1 çiftleşebilir. S2 daha şiddetli olabilir. Bazen S3 duyulabilir. %90 vakada sistolik üfürüm duyulur. Hamile kadınların %90'ında atım hacmi artışına bağlı geç sistolik veya ejeksiyon üfürümü duyulabilir. %10 vak'ada internal torasik (mammarien) arterden kaynaklı sürekli üfürüm veya thrill de sol sternal kıyı boyunca duyulabilir. %15 vakada hafif diyastolik üfürüm olabilir.

Kardiyak atım gebelikte %40-50 artar. Kalp hızı miada doğru dakikada 15 vuru veya fazla artar. **Sistemik kan basıncı hafif düşer. Diyastolik basınç 16-26. haftalarda azalır. Diastolik kan basıncında belirgin bir azalma görülürken, sistolik basınçta minimal bir düşüş söz konusudur. Nabız basıncı artmıştır.** 36. haftada gebelik öncesi seviyeye yükselir.

Sırt üstü yatışta uterus v.kava üzerine yapacağından kalbe venöz dönüş ve dolayısı ile kalp debisi azalacaktır. Bu fetüs beslenmesini bozacaktır (supin hipotansif sendrom). Bu nedenle gebelerde yan yatış tavsiye edilir.

Üst ekstremitte venöz basıncı değişmez; alt ekstremitte venöz basıncı ise artar.

Periferel direnç belirgin olarak azalır. Uterus, plasenta ve meme kan akımı artar.

Cevap B (Kışnişçi, *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, 1996, Ersoy, *Kadın Doğum Ders Notları, Türkiye klinikleri*)

78. Preterm eylemde aşağıdakilerden hangisi tedavi seçeneği değildir?

- a) Ritodrin
- b) Magnezyum Sülfat
- c) Diazoksid
- d) Prostaglandin
- e) Terbutalin

AÇIKLAMA: Prostaglandinler direkt olarak miyometriyuma etki ederek ve oksitosin salgılatılarak yaptığı etki ile kasılmalara sebep olurlar, bu yüzden **preterm eylemde kullanılmamalıdır.**

Cevap D (Kışnişçi, *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, 1996)

79.Aşağıdaki faktörlerden hangisinin endometrial kanser insidansını artırıcı etkisi yoktur?

- a) Geç menopoza girme
- b) DM
- c) Geç menarş
- d) Östrojen salgılayan tümör
- e) Obezite

AÇIKLAMA: Endometrium Ca'da risk faktörleri;

Hereditenin rolü olduğu ileri sürülmüştür. Tek yumurta ikizlerinde aynı anda meydana gelmektedir. Vücut yapısı da önemlidir. Obez, iri ve geniş göğüslü, geniş kalçalı ve ufak belli kadınlarda daha sık rastlanmıştır. Miyom, adenomiyozis ve hiperplazide sık rastlanır.

Radyasyon ile menopoza sokulan kadınlarda normalden 3.5 kat daha fazla gözlenir. Vücudun aldığı toplam ışın belli bir miktardan fazla ise ortaya çıkar. Direkt genital irradyasyon şart değildir.

Bekar ve nulliplarlarda sıktır. Yaş ve koitus ile alakasızdır. Hipertansiyon %50 vak'ada görülmüştür. Diabetes mellitus ve beyaz ırk olmanın predispozisyon ortaya çıkardığı ileri sürülmüştür.

Menstruasyon bozuklukları, sterilite, infertilite, anovulatuvar siklus, geç ve uzun menopoz endometrial kanser riskini artırır.

Estrojen endometriumu stimüle ederek kanser riskini artırır. Menopoza geç girilmesi estrojene maruziyeti arttırdığı için risk de artar. Polikistik over sendromunda da kanser riski artmıştır.

Endometrial kanser hiçbir zaman sağlam endometriyumdan meydana gelmez. Rahatsız endometrial dokudan yavaş yavaş döner. Premenstrüel endometrial hiperplazi ise maligndir. Basit adenomatöz hiperplazi %1-12 oranında, atipik adenomatöz hiperplazi ise %40 oranında endometrial kansere dönebilir.

Cevap C (*DiSaia, Clinical Gynecologic Oncology, 5.baskı, 1997, s.114, Ersoy, Kadın Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri*)

80.Aşağıdakilerden hangisi habituel abortus nedeni olamaz?

- a) Septat uterus
- b) Luteal yetmezlik
- c) Ebeveynlerde kromozomal bozukluklar
- d) Pelvik adhezyonlar
- e) Antifosfolipid antikor sendromu

AÇIKLAMA: Habituel abortus; Peşpeşe üç gebeliğin, 500 g'dan az ve 20 haftadan önce kaybıdır. %1 meydana gelir. Anne 30, baba 50 yaştan büyük olduğunda risk artar. Evvelce abortus, ölü doğum ve malforme çocuk doğuranlarda daha sık görülür. Etiyolojide; **en sık sebep genetik faktörlerdir (%60)**. Genital yapı anomalileri (%15) ve maternal sebepler de sorumludur.

Tanıda; laparaskopi ve histerosalpingografi kullanılabilir.

Tanıda yapılabilecek olan tetkikler; karyogram, enfeksiyon testleri, karaciğer fonksiyon testleri, adrenal bez, tiroid bezleri fonksiyonlarının değerlendirilmesi, açlık kan şekeri, üre, ürik asit, kreatinin klirensi, bazal vücut ısısı tayini, **lupus antikoagulanı ve anti kardiyolipin antikorları**, premenstruel endometrial biyopsi olarak sıralanabilir.

Cevap D (*Rainsbury, çev.İşık, Practical guide to reproductive medicine. 1998, s.337-362, Ersoy, Kadın Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri*)

81.Aşağıdakilerden hangisi gecikmiş pubertenin nedenlerinden değildir?

- a) Anoreksiya nervoza
- b) Kallman sendromu
- c) Turner sendromu
- d) Konjenital adrenal hipoplazi
- e) Polikistik over sendromu

AÇIKLAMA: PUBERTE TARDA (GECİKMiŞ PUBERTE)

13 yaşına kadar sekonder seks karakterlerinin hiçbirinin görülmemesi veya 16 yaşına kadar sekonder seks karakterlerinin varlığına rağmen menarşın gerçekleşmemesi olarak tanımlanır. Klinikçiler bunu menarş ile telarş arasında 4.5 yıldan fazla zaman olması şeklinde ifade ederler.

İzole büyüme hormonu eksikliği seksüel maturasyonda gecikme ile beraber de olabilir. Fizik muayenede ağırlık ve boy, genel fiziksel görünüm, Tanner sınıflaması, hipotiroidizm, gonadal disgenezi veya kronik hastalık araştırılması yapılması gerekir.

Tanısal incelemelerde serum FSH ve LH, testosteron seviyelerinin incelenmesi, el bilek grafisi, direk kafa grafileri, prolaktin, DHEA-S, TSH, T3 ve T4, karyo-tip, kafatası filmleri, kemik yaşı değerlendirilmesi gerekir. Gecikmiş puberte serum gonadotropin konsantrasyonuna göre hipergonadotropik, öganodotropik ve hipogonadotropik olarak incelenebilir.

Hipergonadotropik hipogonadizm

Gecikmiş pubertenin en sık sebebidir (%45). Gonadal disgenezis sıklıkla kromozomal anomalilere eşlik eder. 46,XX hipergonadotropik bireyler hipertansiyon ile beraber seksüel infantilizmi de varsa serum progesteron yükselmesi ile karakterize 17 alfa hidroksilaz eksikliğine sahip olabilir. Overlerin erken yaşlarda torsiyon veya inflamasyonu hipergonadotropizme yol açabilir. Orak hücre anemili şahısların %20 kadarı puberte tarda ve hipergonadotropizme bağlı amenore ile karakterizedirler.

Hipogonadotropik hipogonadizm

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

Hipotalamik sebepler daha sık gözlenir. Belirgin kilo kaybı veya aşırı egzersiz sonucu da meydana gelebilir. Jimnastik veya bale ile uğraşan çocuklarda gözlenebilir.

Kallmann sendromunda düşük veya ölçülemeyecek seviyede LH ve FSH seviyeleri olabilir. Hipofizer prolaktinomalara bağlı hiperprolaktinemi sekonder amenorenin en sık görülen sebeplerindendir. Primer hipotiroidizm de seksüel gelişmede gecikmeye yol açabilir. Konstitüsyonel gecikme familyaldır. Kötü beslenme, anoreksiya nervosa, malabsorbsiyon sendromu, kronik hastalık, rejyonal ileit, böbrek hastalıkları, düşük seviyede gonadotropin salınımına ve seksüel gelişmede gecikmeye yol açabilir.

Ögonadotropik hipogonadizm

Müllerien agenezi veya parsiyel segmental gelişim anomalleri veya androjen insensitivite sendromu gecikmiş menarş ile beraber olabilir.

Cevap E (*Rainsbury, çev.ışık, Practical guide to reproductive medicine. 1998, s.43, Ersoy, Kadın Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri*)

82.Normal vajen florası ve asiditesinde rol oynayan organizma hangisidir?

- a) Kokobasiller
- b) Dilteroidler
- c) Streptekoklar
- d) Döderlein basilleri
- e) E. Coli

AÇIKLAMA: Vajina florasında; streptokok, stafilokok, difteroid, mantar ve **laktobasilluslar(Döderlein basilleri)** bulunabilir. **Laktobasilluslar, vagen asiditesini ayarlamada çok önemli rol oynar.** Laktobasiller, vagen epitel hücrelerinde bulunan glikojeni, laktik aside dönüştürerek asiditeyi sağlar. Normalde vagen pH'sı 4.5-5 civarındadır. Genel olarak vajinit etkenleri; protozoerler, mantar, virus ve bakteriler olabilir. Protozoerlerden trichomonas vaginalis, amebiasis genitalis, metazoerlerden oxyuris vermicularis, schistosomiasis, bilharsiasis, mantarlardan Candida albicans, trulopsidoz, virüslardan HPV, HSV, bakterilerden spesifik ve nonspesifik ajanlar etken olarak sayılabilir. Spesifik bakteriyel etkenlere sifiliz, tüberküloz, hemofilus, mikoplazma, gonore, lenfogradüloz venereum, difteri, kolera, nonspesifik bakteriyel etkenlere stafilokok ve streptokoklar örnek verilebilir.

Cevap D (*Ersoy, Kadın Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri*)

83.Aşağıdakilerden hangisi anovulasyon nedeni değildir?

- a) Aşırı fizik egzersiz

b) Premenstruel sendrom

c) Hipotiroidizm

d) Hipertroidizm

e) Anoreksia nervosa

AÇIKLAMA: PREMENSTRUEL SENDROM

Menstruasyon döneminden 7 gün önce başlayan ve çok değişik belirtilerle ortaya çıkan belirtiler kompleksidir.

Her kadında menstruasyon periyodunda bazı sistemik rahatsızlıklar meydana gelir. Ancak, eğer bunlar kişiyi çare arayışına itiyor, normal sosyal yaşamını etki-liyor ve herhangi bir ilaç alıyorsa premenstruel sendromdan söz edilir.

Kadınların %20'sinde meydana gelir.

Etiyoloji

Elektrolit/protein imbalansı, aldosteron artışı, ADH artışı, progesteron allerjisi, psikojenik faktörler, genetik, piridoksin eksikliği, hiperprolaktinemi, hipoglisemi, estrojen/progesteron imbalansı sonucu olduğu ileri sürülmüştür.

Etiyolojik sebebin etkisi ve belirtiler hemen menstruasyonun başlaması ile kaybolur.

Genellikle menarş sonrası normal birkaç yıllık siklusu takiben olur.

En sık midsiklusta, estrojen, progesteron pik yaptıktan sonra normal lüteal seviyeye inmesi sonucu meydana gelir. Prostaglandinler de suçlanmaktadır.

Klinik belirti ve bulgular

Ödeme bağlı şikayetler, emosyonel labilite, başağrısı olarak sıralanabilir.

Davranış bozuklukları; kişilik değişiklikleri, depresyon, suisit, cinayet, anksiyete, fobi, psikotik reaksi-yon, unutkanlık, irritabilite, nörolojik belirtiler (vertigo, senkop, parestezi, disartri), gastrointestinal sistem belirtileri (bulantı, kusma, diare, konstipasyon, meteorizm, alt kadran ağrısı) olabilir.

Tedavi

Belirtilere göre yapılır.

Premenstruel olarak 100 mg/gün IM veya 400 mg/gün supozituar intravajinal sadece II.dönem veya 5.gün ile 20.gün arası 5-10 mg/gün progesteron uygulanabilir. Estrojen/progesteron imbalansı düzelir. **OKS ile anovulatuvar siklus sağlanırsa semptomlar ortadan kalkar.**

Ödem ve su retansiyonuna karşı diüretik tedavisi yapılır. Spironolakton 50-100 mg siklus II.yarisında kullanılır. Tiazid grubu kullanılabilir.

2.5-5 mg/gün bromokriptin kullanılabilir. Gebelikte kesilir.

OKS tedavisi yapılabilir. Burada siklik olarak en az 3-6 ay az hormon içeren preparatlar kullanılır. Belirtileri azaltmak için premenstruel sendrom

olmayan kişide kullanılırsa premenstruel sendrom olabilir.

Triptofan metabolizma bozukluğu varsa B6 vitamini verilirse düzelir.

Prostaglandin sentetaz inhibitörleri (NSAID) psikiyatrik tedavi ile daha etkili olabilir.

Cevap B (*Berek, Çev. Erk, Novak Gynecology, 12.baskı, s.339, Ersoy, Kadın Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri*)

84.Tekrarlayan erken gebelik kayıplarının nedenleri içerisindeki genetik faktörlerden en sık görülen kromozom anomalisi hangisidir?

- a) Monozomi X
- b) Otozomal trizomi
- c) Poliploidi
- d) Yapısal anomaliler
- e) Diğer anomaliler

AÇIKLAMA: Tekrarlayan erken gebelik kayıplarında en sık rastlanan kromozomal anomali otozomal trizomidir.

Cevap B (*Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 6.baskı, 1999, s.1045*)

85.Aşağıdakilerden hangisi atipik kolposkopik bulgular arasında yer almaz?

- a) Aseto-beyaz epitel
- b) Atipik damarlanma
- c) Punktüasyon
- d) Mozaisizm
- e) Erozyon

AÇIKLAMA: Kolposkopi soğuk ışık kaynağı altında serviksi 40 kat büyütüp incelemeye yarar. Özellikle %3 asetik asit ile serviks silindikten sonra incelenir. **Normal kolposkopik bulgular;** orjinal yassı epitel, skuamokolumnar bileşke yüksek prizmatik epiteldir.

Anormal kolposkopik bulgulardan atipik dönüşüm bölgeleri bariz invazif kanser şüphesidir. Atipik dönüşüm bölgeleri beyaz epitel (artmış çekirdek yoğunluğu), noktanma, mozaik, lökoplaki, anormal kan damarları (spiral, loop gibi) ile karakterizedir. Anormal kan damarları stromal invazyonu gösterir. Diğer kolposkopik bulgular, vaginoservisit (diffüz kolposkopik hiperemi örneğidir), gerçek erozyon (genellikle travma ile epitel soyulmuştur), atrofik epitel (estrogen desteğinden yoksun yassı epiteldir), kondilom, papillom (egzofitik lezyonlar) olarak sıralanabilir.

Cevap E (*Disaia, Creasman. Clinical Gynecologic Oncology 6.baskı, 2002, s. 21*)

86.Aşağıdakilerden hangisi anormal menstruel terminoloji ile uyumsuzdur?

- a) Menorajide regular ama uzamış ve çok kanama vardır.
- b) Metrorajide irregular uzamış kanama vardır.
- c) Hipermenorede irregular uzamış fakat az miktarda kanama vardır.
- d) Oligomenorede seyrek veya irregular kanama vardır.
- e) Hipomenorede regular, azalmış süre ve azalmış miktarda kanama vardır.

AÇIKLAMA: Hipermenore; her ay düzenli aralar ile meydana gelen fakat çok şiddetli olan menstruasyon kanamasıdır. 2'den fazla pet kirletir (>90 ml). Çok defa kanama zamanı 3-6 günden fazladır. Sekonder anemi yapabilirler.

Cevap C (*Erk, Novak Gynecology, 12.baskı, s.344*)

87.Aşağıdakilerden hangisi Biyofizik profil değerlendirme kriteri değildir?

- a) NST
- b) Dopler incelemesi
- c) FSH
- d) Fetal hareket
- e) Amniyotik sıvı indeksi

AÇIKLAMA: Biyofizik Profil; NST ve ultrasound tetkiklerinin beraberce değerlendirilmesidir. Embriyogenezde sırayla fetal tonus, fetal hareketler, fetal solunum hareketleri ve NST gelişir. Asfiksida de bu parametrelerin değişmesi tersinden başlamaktadır. Biyofizik profilde USG ile değerlendirilen solunum hareketleri, amniyon miktarı, çocuk hareketleri (vücut ve ekstremite) ile NST gözönüne alınır. Her biri iki puan üzerinden değerlendirilir. Toplam puan 8-10 arasında ise biyofizik profil çok iyidir. 5-6 puan sınırda, 0-4 puan ise akut distres belirtileridir. Sınırda olgularda profil tekrar değerlendirilir. Akut distreste ise çocuk hemen doğurtulmalıdır.

Cevap B (*James, High Risk Pregnancy, 1995 s.704*)

88.Plasenta previa riskini aşağıdakilerden hangisi arttırmaz?

- a) Geçirilmiş sezaryen operasyonu
- b) İleri anne yaşı
- c) Hipertansiyon
- d) Multiparite
- e) Myoma uteri

AÇIKLAMA: PLASENTA PREVİA

Plasenta normalde uterin kavitede genelde korporal bölgede ve %70 fundal yerleşimlidir. Korpusta ön, arka ve yan duvarların herhangi birine de yerleşebilir. **Plasentanın internal osu kapatacak şekilde**

normal insersiyoy yerinden daha aşağılara aşağı segmente yapışmasına plasenta previa denir. Önde gelen plasenta anlamındadır.

Tüm doğumlarda %2-2.5 oranında görülür. Fetal mortalite %20-80 kadar iken, maternal mortalite tip merkezlerine göre %1'den %20-50'lere kadar değişebilir.

Plasenta previada servikal kanal ile insersiyon yeri arasındaki ilişkiye göre dört tip vardır.

Baz insersiyoy aşağı segmente yapışma demektir. Plasenta normal yapışması gereken yerden daha aşağıya yapışmıştır. Servikal kanal ile ilişkisi yoktur. Vaginal tuşede plasenta ve zarlardan hiçbirini hissedilmez. **En hafif formudur.**

Plasenta previa marginaliste tuşede plasentanın bir kısmı ile temas vardır. **En sık görülen tiptir.**

Plasenta previa parsiyaliste tuşede plasentanın bir kısmı ve zarları hissedilir.

Plasenta previa totaliste plasenta servikal kanalı tamamen kapamıştır.

Etiyoloji; Fertilize ovumun implantasyon olgunluğuna geç erişmesi durumunda tüp taşınımının hızlı olmasından dolayı implantasyon süresi gelene kadar zigot daha aşağı kavite kısımlarına iner.

Korpusta desidüal hazırlığın az olması; alt segmentlerin daha iyi olması da plasenta previa nedenidir. **Sık doğum yapanlar, çoğul gebelik, daha önceki abortuslar, daha önce puerperal enfeksiyon geçirmiş olanlar, uterus anomalileri, uterus miyomu olanlar, önceden uterus ile ilgili operasyon (küretaj, sezaryan) geçirenlerde** desidüa vaskülaritesinde yetersizlik oluşarak implantasyonun olacağı yerde koryon frondosum gelişme imkanı olmayacağından plasentasyon alt segmentlere kayar.

Yaşı 35'den fazla ve 25'den az olanlarda 3 kat daha fazla meydana gelirler. Sigara riski 2 kat arttırır. Multiparlarda daha sıktır. Nadiren geçirilmiş plasenta previa hikayesi vardır.

Cevap C (*Wallach, Reproductive Medicine and Surgery, 1994, s.123*)

89.Ca-125 düzeylerini arttırmayan klinik olguyu seçiniz.

- Erken gebelik
- Akut pelvik inflamatuvar hastalık (PID)
- Myoma uteri
- Endometriozis
- Vulvar kondiloma

AÇIKLAMA: CA-125

Normal serum değeri 35 U/ml'den küçük olmalıdır. **Epitelial over kanserleri** için spesifik değildir. Diğer jinekolojik kanserlerde de yüksektir. **Germ hücreli tümör, gonadal stromal tümörler, serviks ve endometriyum adenokanserinde de yüksektir. Pankreas kanserinde hastaların çoğunda, meme, kolon ve akciğer kanserli hastalarda da yükselebilir. Benign hastalarda da artar. Endometriyozis'te, gebelik 1. trimestirde, pelvik inflamatuvar hastalığında, ektopik gebelik, müsinöz ve seröz kistadenomda da yüksektir. Miyomda da artar.** Premenopozal kadınlarda postmenopozal kadınlara nazaran daha düşüktür.

Cevap E (*Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 6.baskı, 1999, s.1060*)

90.Aşağıdakilerden hangisi oral kontraseptiflerin kontraseptif olmayan yararlı etkilerinden değildir?

- Over kanser insidansı azalır
- Dış gebelik oranı azalır
- Dismenore azalır
- Endometrial kanser insidansı azalır
- Karaciğer tümörleri azalır

AÇIKLAMA: Oral kontraseptiflere bağlı tartışmasız tümör hepatik adenomadır. Bu tümör sentetik estrogen kullanımına bağlıdır ve 100.000 kadının 3.4'ünde görülür. Oral kontraseptiflerdeki sentetik estrogenler hepatik proteinlerin (renin substrat, bağlayıcı globulinler ve çoğu pıhtılaştırıcı faktör) artışına ve antitrombin III, protein S ve plazminojen aktivatörlerinde azalmaya yol açar

Cevap E (*Erk, Novak Gynecology; 12.baskı, s.251*)

MİKROBİYOLOJİ

1. Proviral DNA ara ürünü üzerinden çoğalan virus hangisidir?

- a) Retrovirus
- b) Reovirus
- c) Rotavirus
- d) Enterovirus
- e) Ebola virus

AÇIKLAMA: Retroviruslar tek iplikli, negatif polariteli RNA virusudur. Hücre içine girdikten sonra, virusa ait revers transkriptaz enzimi ile viral genomdan çift iplikli DNA (proviral DNA) sentezlenir ve bu DNA hücre kromozomuna entegre olur, **hücrenin DNA'ya bağımlı RNA polimeraz enzimi ile mRNA sentezlenir.** Reovirus çift iplikli RNA virusudur, viral RNA'ya bağımlı RNA polimeraz enzimini kullanarak mRNA sentezler. **Rotavirus** Reovirus ailesinde bulunur ve benzer replikasyon özelliklerine sahiptir. **Enterovirus** tek iplikli pozitif polariteli RNA virusudur, viral genomunu mRNA olarak kullanır. **Ebola virus** tek iplikli negatif polariteli bir RNA virusu olup, viral RNA'ya bağımlı RNA polimeraz enzimi ile mRNA sentezler.

Cevap A (*Jawetz, Medical Microbiology and Immunology, 5. baskı, 1998, s.247*)

2. Rotavirusun neden olduğu ishalin rutin tanısı nasıl konur?

- a) Primer hücre kültürlerinde virus izolasyonu yapılır
- b) Serumda IgG antikorları araştırılır
- c) Bağırsaktan alınan biyopsi örneği elektron mikroskopunda incelenir
- d) Dışkıda viral antijen araştırılır
- e) Dışkı elektron mikroskopunda incelenir

AÇIKLAMA: Rotavirus özellikle küçük çocuklarda gastroenterite yol açar ve rutin tanısında dışkıda viral antijenler araştırılır. Primer hücre kültürlerinde virus izolasyonu oldukça zahmetli bir prosedürdür ve rutin tanı için elverişli değildir. Akut bağırsak hastalıklarının tanısında serumda spesifik IgG araştırmak doğru tanı yaklaşımı değildir. Bağırsaktan alınan biyopsi örneği elektron mikroskopunda incelendiğinde virus gösterilebilir, ancak invaziv bir girişimdir, rutin tanıda daha kolay bir yaklaşım olmalıdır. Dışkının elektron mikroskopunda incelenmesi invaziv bir girişim gerektirmemekle birlikte, elektron mikroskopisi yöntemi zaman alıcı, zahmetli ve pahalı olduğu için rutin tanıda kullanılmaz.

Cevap D (*Mandell, Douglas and Bennett's Principles*

and Practice of Infectious Diseases., 5. baskı, 2000, s.1999)

3. Vajinal yoldan doğum sırasında aşağıdakilerden hangi virus infeksiyonunda neonatal ensefalit riski vardır?

- a) Rubella virus
- b) Kızamık virusu
- c) Doğu at ensefaliti virusu
- d) Herpes simpleks tip I
- e) Herpes simpleks tip II

AÇIKLAMA: Herpes simpleks virus tip II, genital herpes neden olur ve doğum sırasında bebeğe bulaşır, **neonatal ensefalit** gibi ciddi infeksiyonlara yol açar. **Rubella** doğum sırasında değil, gebeliğin ilk üç ayında tehlikelidir. **Kızamık**, doğu at ensefaliti ve herpes simplex tip I virusları vajinal yoldan doğum sırasında bebeğe bulaşmazlar.

Cevap E (*Jawetz, Medical Microbiology and Immunology, 5. baskı, 1998, s.195*)

4. Post-primer tüberkülozda (reaktivasyon) radyolojik bulguların anatomik dağılımı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Üst loplara apikal ve posterior segmentlerinde
- b) Alt lop superior segmentlerinde
- c) Sol alt lobun bazal segmentinde
- d) Sol orta lop (lingula) ve alt lop superior segmentinde
- e) Orta lop (lingula) ve alt lop bazal segmentinde

AÇIKLAMA: Reaktivasyon tüberkülozlarında radyolojik bulgular (yaklaşık %80) üst loplara apikal ve posterior segmentlerindedir.

Cevap A (*Bariş, Solunum Hastalıkları Temel Yaklaşım, s.151; Hekimler ve Tıp Öğrencileri için Radyolojik Tanı El Kitabı, DSÖ Temel Radyoloji Sistemi, Türkiye Klinikleri, s.59-60*)

5. Hangisi tüberkülozda ilaç yan etkisi değildir?

- a) Retrobulber optik nörit
- b) Periferik nöropati
- c) Hepatit
- d) Hipoglisemi
- e) Hiperürisemi

AÇIKLAMA: Tüberküloz ilaçlarını en önemli yan etkisi hepatittir. En çok INH, daha sonra RIF, nadiren de PZA'da görülür. **ETB yan etkisi** başlıca; retrobulber nörit, hiperürisemi, trombositopeni olarak sayılabilir.

RIF hipoglisemi değil, aksine oral antidiyabetiklerin yıkımını artırarak hiperglisemi yapar. INH'a bağlı periferik nöropati görülebilir. Soruda tek ilaçlara bağlı yan etkiler değil, global olarak tüberküloz hastasında ilaca bağlı görülebilecek yan etkilerden bahsedilmiştir. Major ilaçlara bağlı öncelikli yan etkilerde durulmuştur. Tüberkülozlu hastanın tedavi sırasında biyokimyasal ve nörolojik bakışının önemi üzerinde durulması amaçlanmıştır.

Cevap D (*Kayaalp, Rasyonel tedavi yönünden Tıbbi Farmakoloji. 1.Cilt, 8.baskı, s.310*)

6. Aşağıdakilerden hangisi Legionella pnömonisine uymaz?

- Ateş, baş ağrısı, öksürük önde gelen semptomlardır.
- Hastalık kontamine suların inhale edilmesi ile geçer.
- Penisilin tedavide önceliklidir.
- Bağışık sistemi baskılı, kronik akciğer hastalığı olanlarla sigara içenler hastalığa daha kolay yakalanır.
- Hastalığın etkeni gram olumsuz bir bakteridir.

AÇIKLAMA: Atipik pnömoniler penisilin tedavisine yanıt vermezler. Legionella infeksiyonlarında tercih edilen tedavi eritromisindir. Alternatif tedavi olarak eritromisin ve rifampisin kombinasyonu veya bir kinolon türevi kullanılabilir.

Cevap C (*Wilke, İnfeksiyon Hastalıkları, 1996, s.395*)

7. Aşağıdaki antibiyotiklerden hangisi teofilin klirensini azaltmaz?

- Siprofloksasin
- Eritromisin
- Ofloksasilin
- Levofloksasin
- Rifampisin

AÇIKLAMA: Kinolon grubu tüm antibiyotikler ve eritromisin teofilin klirensini azaltırlar, rifampin klirensi artırır.

Cevap E (*Mandell, Principles and Practices of Infectious Diseases, 5.baskı, 2000, s.348,404*)

8. Aşağıdakilerden hangisi antijen antikor reaksiyonlarındaki kostimülatörler için doğru değildir?

- Kostimülatör sinyal antijene spesifiktir.
- Kostimülatör sinyaller profesyonel APC'lerden

geldiğinde çok güçlüdür.

- T hücreleri, kostimülatör sinyal eşliğinde stimüle olunca Go fazından G1 fazına geçer.
- Kostimülatör sinyaller TCR sinyalizasyonunu şiddetlendirir veya modifiye ederler.
- T hücreleri antijeni tanıdığı halde, kostimülatör sinyal almazsa inaktive olur, anerjik duruma geçer ve immün tolerans oluşur.

AÇIKLAMA: Kostimülatör sinyal antijene spesifiktir. Eğer böyle çalışsa, immün aktivasyon gereksiz yerlerde ve yanlış antijenlere (otoantijenler) yanlış reaksiyon doğmasına neden olur.

Cevap A (*Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, s.188*)

9. Aşağıdakilerden hangisi PPD ile ilgili doğru olmayandır?

- Uygulamada standart miktarı 5 Todd ünitesidir.
- PPD pozitifliği kişinin tüberküloz basili ile karşılaşmış olduğunu gösterir.
- Tüberküloz infeksiyonundan bir hafta sonra olumlu olmaya başlar.
- Önkola, deri içine 0.1 ml miktarında yapılır.
- 5 mm lik endurasyon ve eritemi pozitif olarak değerlendirmeye alınır.

AÇIKLAMA: 10 mm'nin üstünde reaksiyonlar genelde dikkate alınır. Eritemin değeri yoktur, endurasyon ölçülür.

Cevap E (*Wilke, İnfeksiyon Hastalıkları, 1996 s.418*)

10. Aşağıdakilerden hangisi metisiline dirençli staphylococcus aureus (MRSA) için doğru kabul edilemez?

- Hastanede bulaşının önlenmesinde el yıkama en etkili yöntem olarak kabul edilir.
- Tedavide genellikle karbepenem antibiyotikler öncelikli olarak kullanılır.
- Direncin kaynağı olarak kromozomal mec A sorumlu tutulmaktadır.
- Tüm betalaktamaz antibiyotiklere direnç söz konusudur.
- Ülkemizde değişik hastanelerde yapılan metisilin direnci ile ilgili çalışmalarda direnç oranı % 16-52 arasındadır.

AÇIKLAMA: Soru hastane enfeksiyonlarına ve önemli hastane enfeksiyonu patojeni olan MRSA lara yöneliktir. El yıkamanın önemi bir kere daha vurgulanmaktadır. Ülkemizdeki oranların aralığı çok geniş olduğundan şıklara konmuştur. Karbepenem antibiyotiklerin glikopeptidlerle karıştırılmaması istenmektedir.

Cevap B (*Mandell, Principles and Practices of Infectious Diseases, 5.baskı, 2000, s.291-2; Wilke, İnfeksiyon*

Hastalıkları, 1.baskı, 1996:773-81)

11. Aşağıdaki antibiyotiklerden hangisi bakteri hücre duvarı sentezini inhibe etmez ?

- a) İmipenem
- b) Vankomisin
- c) Metisilin
- d) Azitromisin
- e) Sefotaksim

AÇIKLAMA: Azitromisin makrolid bir antibiyotik olup protein sentez inhibitörüdür. Diğerleri betalaktam antibiyotikler olup bakteri hücre duvarına sentezini bloke etmek üzere etkilidirler

Cevap D (*Mandell, Principles and Practices of Infectious Diseases, 5.baskı, 2000, s.371*)

12. Aşağıdaki antimikrobiyal kombinasyonlarından hangisinde sinerjistik bir kombinasyon söz konusu değildir ?

- a) Kloramfenikol-Penisilin Kristalize
- b) Sefriakson-Amikasin
- c) Piperasilin-Genta
- d) Tetrasiklin-kloramfenikol
- e) Azitromisin-Rifampisin

AÇIKLAMA: Tetrasiklin ve kloramfenikol protein sentez inhibitörü olup aynı ribozomal ünitelerini etkileyeceklerinden antagonist etkilidir. Burada çeldirici olan a şıkkıdır. Kloramfenikol bakteriyostatik, penisilin bakterisid etkili olsa da in vivo şartlarda, kliniklerde BOS'a geçişleri iyi olduğundan menenjitlerde bir arada potansiyelize etkileri gözlenerek kullanılmış ve kullanılmaktadır.

Cevap D (*Mandell, Principles and Practices of Infectious Diseases, 5. baskı, 2000, s.230-1*)

13. Gram negatif bakterilerde hücre duvarında aşağıdaki yapıtaşlarından hangisi bulunmaz?

- a) Peptidoglukan
- b) Lipoprotein
- c) Dış membran
- d) Lipopolisakkarit
- e) Teikoik asit

AÇIKLAMA: Teikoik asit yalnızca gram pozitif bakterilerde peptidoglukan tabakanın içerisinde bulunan bir yapıtaştır.

Cevap E (*Jawetz, Medical Microbiology, 19.baskı, 1991, s.18*)

14. Aşağıdakilerden hangisi tetanoz toksini özellikleri için yanlıştır?

- a) Toksin üretimi bakteride bulunan plazmid genlerinin kontrolü altındadır.

b) Polipeptid yapıdadır.

c) Kaslarda spazma ve aşırı reflekse yol açar.

d) Merkezi sinir sistemi üzerine etkilidir.

e) Clostridium tetani'nin sporları tarafından salgılanırlar.

AÇIKLAMA: Clostridium tetani doğada sporlu halde bulunur. Organizmaya giren Clostridium tetani etkeni uygun ortam bulduğunda sporlar açılarak vejetatif hale dönüşürler. Çoğaldıkları vücut bölgesinde toksin salgırlar. **Vejetatif hale dönüşmeyen bakteri toksin salgılayamaz.**

Cevap E (*Jawetz, Medical Microbiology, 19.baskı, 1991, s.184*)

15. Aşağıdakilerden hangisi kuduz virüsü için doğrudur?

- a) Hücre kültürlerinde üretilemezler.
- b) Doğada vampir yarasalarda hastalık oluşturmadan bulunabilirler.
- c) Yalnızca bazı sıcak kanlı hayvanlar etkene duyarlıdır.
- d) Isırılma yerinden vücuda giren virüs kan dolaşımı yoluyla beyine ulaşır.
- e) DNA virüsleri arasında yer alır.

AÇIKLAMA: Virüs doğada vampir yarasaların tükürük bezlerinde hastalık oluşturmaksızın bulunurlar ve bu şekilde doğada enfeksiyon için kaynak rolünü oynarlar.

Cevap B (*Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1999, s.981*)

16. Aşağıdakilerden hangisi derinin yüzeysel mantar etkenleri arasında yer alır?

- a) Malassezia furfur
- b) Trichophyton rubrum
- c) Microsporum canis
- d) Epidermophyton floccosum
- e) Mycrosporum gypseum

AÇIKLAMA: Malassezia furfur derinin yüzeyinde bulunan cansız dokuda kolonize olarak enfeksiyon oluşturur. Diğer şıklarda yer alan mantar etkenleri derinin içerisinde enfeksiyon oluşturmakta olup dermatofitler arasında yer alırlar.

Cevap A (*Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1999, s.1025*)

17. Mycoplasma pneumoniae'nin etken olduğu atipik pnömoni enfeksiyonunun tanısında aşağıdaki deneylerden hangisi kullanılır?

- a) Paul-Bunnell deneyi
- b) Rose-Bengal deneyi
- c) Spot test

- d) Soğuk aglütinasyon
e) Gruber-Widal

AÇIKLAMA: Atipik pnömonili hasta serumlarında 0 grubu insan eritrositleri ile soğukta birleşerek onları aglütine eden antikorlar oluşur. Bu deneye **soğuk aglütinasyon deneyi** denir.

Cevap D (*Bilgehan, Temel Mikrobiyoloji ve Bağışıklık Bilimi, 5.baskı, 1992, s.412*)

18.Aşağıdaki bakterilerden hangisinin jenerasyon süresi diğerlerinden daha uzundur?

- a) *Pseudomonas aeruginosa*
b) *Mycobacterium tuberculosis*
c) *Staphylococcus aureus*
d) *Escherichia coli*
e) *Vibrio cholerae*

AÇIKLAMA: *Mycobacterium tuberculosis*'in jenerasyon süresi 14-15 saat olmasına rağmen diğer bakterilerde bu süre 15-20 dakika civarındadır. Bu yüzden *M. tuberculosis* besiyerinde 3-4 hafta içerisinde ürerler. Diğer bakteriler ise genellikle bir gecelik inkübasyondan sonra gözle görülür koloni oluştururlar.

Cevap B (*Bilgehan, Temel Mikrobiyoloji ve Bağışıklık Bilimi, 5.baskı, 1992, s.343*)

19.Aşağıdaki bakterilerden hangisi canlı hücreler dışındaki üretme ortamlarında üretilemezler?

- a) *Rickettsia*
b) *Mycoplasma*
c) *Mycobacterium*
d) *Legionella*
e) *Actinomyces*

AÇIKLAMA: Riketsiyalar yalnızca canlı hücrelerden hazırlanan hücre kültürleri ve embriyonlu yumurtada üretilirler. Diğer bakteriler ise yapay besiyerlerinde kolaylıkla üretilirler.

Cevap A (*Bilgehan, Temel Mikrobiyoloji ve Bağışıklık Bilimi, 8.baskı, 1994, s.432*)

20.Aşağıdaki hastalıklardan hangisi Coxsackie virus'lar tarafından oluşturulan bir enfeksiyon tablosu değildir?

- a) Aseptik menenjit
b) Plörodinya
c) Creutzfeld-Jacob hastalığı
d) Herpanjina
e) El, ayak ve ağız hastalığı

AÇIKLAMA: Creutzfeld-Jacob hastalığının etkeni priondur.

Cevap C (*Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1999, s.904*)

21.Aşağıdakilerden hangisi klamidyalar için yanlıştır?

- a) Zorunlu hücre içi parazitidirler.
b) Hücre içerisindeki gelişme dönemlerine göre değişik görünümde dirler.
c) Esas enfeksiyöz cisimciği elementer cisimciklerdir.
d) Yapay besiyerlerinde geç ve güç ürerler.
e) İnsanlarda trahom hastalığını oluştururlar.

AÇIKLAMA: Klamidyalar zorunlu hücre içi parazitleri olup yapay besiyerlerinde üretilmezler. Ancak hücre kültürlerinde ve embriyonlu yumurtada üretilirler.

Cevap D (*Bilgehan, Temel Mikrobiyoloji ve Bağışıklık Bilimi, 8.baskı, 1994, s.461*)

22.İmmünitesi düşük bir hastada pnömoni gelişti. Akciğer eksudasından yapılan sürüntü preparatta doku boya ile süngerimsi yuvarlak yapılar görüldü. Tanınız ne olabilir?

- a) Stafilokoklar
b) *Pneumocystis carinii*
c) *Giardia intestinalis*
d) *Blastocystis sp.*
e) *Cryptosporidium sp.*

AÇIKLAMA: *Pneumocystis carinii* bağışıklık sistemi bozulmuşlarda ve düşük doğum ağırlıklı bebekler ve AIDS'lilerde akciğerlerde pnömoniye sebep olur.

Cevap B (*Unat'ın Tıp Parazitolojisi, 1995, s.668-680*)

23.Tekrarlayan düşük olgularıyla hastaneye başvuran hamile bir hastadan istediğiniz Sabin-Feldman testi sonuçları yüksek pozitif geldi. Hangi etkeni düşünürsünüz?

- a) *Strongyloides stercoralis*
b) *Entamoeba histolytica*
c) Toksoplasma gondii
d) *Fasciola hepatica*
e) *Trichomonas vaginalis*

AÇIKLAMA: Toksoplasma gondii özellikle hamile kadınlarda tekrarlayan düşüklere ve anomalili doğumlarda neden olur. Hastalığın tanısında pek çok serolojik test yapılmakla birlikte Sabin-Feldman testi Toksoplazmosis tanısı için spesifik bir yöntemdir.

Cevap C (*Altıtaş, Tıbbi Genel Parazitoloji ve Protozooloji, 1997, s.171-192*)

24.Menenjit belirtileri ile hastaneye başvuran hastanın alınan anamnezinde gölde yüzme öyküsü var, yapılan BOS yaymasında bakteri yok, amip trofozoitleri gördünüz, tanınız ne olabilir?

- a) *Dientamoeba fragilis*
- b) *Naegleria sp.*
- c) *Pneumocystis carinii*
- d) *Entamoeba histolytica*
- e) *Onchocerca volvulus*

AÇIKLAMA: *Naegleria sp.* trofozoit formları amibimsi yapıda tatlı sularda serbest yaşarlar. Burada yüzen insanlara ağız ve burun mukozasından bulaşır. Beyin dokusu ve meninkslere yerleşip akut meningoensefalite sebep olurlar.

Cevap B (*John DT. Primary amebic meningoencephalitis and the biology of Naegleira fowleri. Ann Rev Microbiol 1982; 36:101*)

25.Vektör Phlebotomus'lar (Tatarcıklar) tarafından taşınıp bulaştırılan, iç organlarda, deride yada mukozalarda yerleşebilen formları olan hastalığın adı nedir?

- a) *Trypanosomiasis*
- b) *Leishmaniasis*
- c) *Plasmodiasis*
- d) *Filaryazis*
- e) *Ancylostomiasis*

AÇIKLAMA: *Leishmaniasis*, leishmaniaların 3 farklı formunun (kutanöz, mukokutanöz ve visseral) oluşturduğu hastalığa verilen addır. Hastalığın biyolojik vektörü *Phlebotomus* cinsi sineklerdir.

Cevap B (*Lynne, Diagnostic Medical Parasitology, 3.baskı, 1997, s.167-179*)

26.Bir hastanızda yaklaşık 30 dakika kadar süren üşüme-titreme, ardından yoğun baş ağrısı ve ateş yükselmesi ve daha sonra terleme meydana geliyor. Bu tablo her 48 saatte aynı şekilde tekrar ediyor. Tanınız ne olabilir?

- a) *Plasmodium vivax*
- b) *Plasmodium malaria*
- c) *Leishmania donovani*
- d) *Leishmania tropica*
- e) *Trypanosoma rhodesiense*

AÇIKLAMA: Sıtma belirli plasmodium türlerinin alyuvarlarda ve RES'te yerleşmesi sonucu ateş-titreme nöbetleriyle seyreden bir hastalıktır. 4 farklı tür insanda hastalık oluşturur. Bunlardan *P.vivax* sıtmasında ateş nöbetleri 48 saatte bir yenilenir.

Cevap A (*Lynne, Diagnostic Medical Parasitology, 3.baskı, 1997, s.135-146*)

27.Özellikle sığırların parazitidir. Keneler aracılığıyla bulaşır, AIDS'liler ve dalağı çıkarılmış kişilerde daha sık rastlanır, eritrositler içinde parazitlenir.

Yukarıdaki tanıma uyan parazit hangisidir?

- a) *Babesia sp.*
- b) *Plasmodium sp.*
- c) *Sarcocystis sp.*
- d) *Cryptosporidium sp.*
- e) *Microsporida sp.*

AÇIKLAMA: *Babesia sp.* eskiden beri özellikle sığırların paraziti olarak bilinen ancak son yıllarda özellikle AIDS'lilerde ve dalağı alınmış kişilerde alyuvarlarda parazitlenir.

Cevap A (*Lynne, Diagnostic Medical Parasitology, 3.baskı, 1997, s.157-166*)

28.Aşağıdaki parazitlerden hangisinin evrimi direkt, kurum içi yayılış gösterir, evde bir kişide saptanırsa tüm aile fertlerinin tedavi edilmesi gerekir?

- a) *Leishmania tropica*
- b) *Giardia intestinalis*
- c) *Enterobius vermicularis*
- d) *Fasciola hepatica*
- e) *Filariasis*

AÇIKLAMA: *Enterobius vermicularis* çekum ve buraya yakın ince bağırsaklarda yaşayan bir nematodur. Özellikle çocukluk yaş grubunda rastlanır ve evrimi direkt olduğu için kurum içi hızlı yayılış gösteren bir parazittir.

Cevap C (*Unat'ın Tıp Parazitolojisi, 1995, s.289-293*)

29.Aşağıdaki genel özelliklerden hangisi sestodlara ait değildir?

- a) Hepsisi hermofrodittir, endoparazitlik yaparlar.
- b) Vücutları tek parçalıdır.
- c) Bazıların evriminde ara konaklar vardır.
- d) Sindirim sistemleri yoktur.
- e) Vücutları yassı (şerit) solucanlardır.

AÇIKLAMA: Sestodlar vücutları en az üç sayıda segmentten oluşan yassı kurtçuklardır.

Cevap B (*Unat'ın Tıp Parazitolojisi, 1995, s.411-479*)

30.İnsanlarda özellikle göğüslerinde ve skrotumda lenf akışındaki tıkanmalara neden olması ve bu organların aşırı büyümesine neden olan "Elefantiazis" hastalığı etkeni hangisidir?

- a) *Wuchereria bancrofti*
- b) *Trichomonas vaginalis*
- c) *Taenia saginata*
- d) Kancalı kurtlar
- e) *Echinococcus granulosis*

AÇIKLAMA: *Wuchereria bancrofti* yurdumuzda da görülen en önemli filaryal nematodur. İnsanın lenf sistemine yerleşerek lenf akışının tıkanmasına bağlı aşırı organ büyümesine neden olur.

Cevap A (Lynne, *Diagnostic Medical Parasitology*, 3.baskı, 1997, s.281-286)

31.Aşağıdaki hastalıklar ve ara konaklar eşleştirilmiştir. Yanlış seçeneği işaretleyiniz.

- a) Sıtma-sivrisinekler
- b) Filariyazis-sivrisinekler
- c) Toksoplazmozis-balıklar
- d) Diphylobotrium-balıklar
- e) Leishmanialar-tatarcıklar

AÇIKLAMA: Toksoplazmozis çiğ ya da az pişmiş enfekte etlerdeki takizoidlerin ağız yoluyla alınması ya da enfekte anneden plasenta yoluyla bebeğe geçebilir. **Bulaşmada arakonaklar yoktur.**

Cevap C (Altıntaş, *Tıbbi Genel Parazitoloji ve Protozooloji*, s.171-192)

32.Doğada, toprakta ve tatlı sularda özgür yaşayan amiplerdir, insana mukozalardan (göz, burun) girerse menenjit yaparlar. Enfeksiyon çok hızlı seyirlidir, genellikle ölümle sonlanır. Tanınız ne olabilir?

- a) Naegleria sp.
- b) Entamoeba coli
- c) Entamoeba histolytica
- d) Balantidium coli
- e) Toxoplasma gondii

AÇIKLAMA: Naegleria sp. trofozoit formları amibimsi yapıda tatlı sularda serbest yaşarlar. Burada yüzen insanlara ağız ve burun mukozasından bulaşırlar. Beyin dokusu ve meninklere yerleşip akut meningitidis ve meningoensefalite sebep olurlar.

Cevap A (John, *Primary amebic meningoencephalitis and the biology of Naegleira fowleri*. *Ann Rev Microbiol* 1982; 36:101)

33.Aşağıdaki parazit protozoonlardan hangisi özellikle çocukluk yaş grubunda bağırsaklarda yağ absorpsiyonu bozukluğu ve yağda eriyen vitamin eksikliğine bağlı gelişme bozukluğuna neden olur?

- a) Giardia intestinalis
- b) Toksoplazma gondii
- c) Entamoeba coli
- d) Naegleria fowleri
- e) Trichomonas vaginalis

AÇIKLAMA: Giardia intestinalis özellikle çocukluk yaş grubunda bağırsaklardaki yağ emilimi ve yağda eriyen B vitamini eksikliğine bağlı malabsorpsiyon ve malnütrisyona neden olur.

Cevap A (Altıntaş, *Tıbbi Genel Parazitoloji ve Protozooloji*, 1997, s.109-116)

34.Bahçe işleriyle uğraşan 42 yaşında erkek hasta, elinde uzun süredir iyileşmeyen ülsere lezyon nedeniyle başvuruyor. Biyopsi materyalinde puro şeklinde maya hücreleri ve asteroid cisimcik görülüyor. Etken 25°C'de üretildiğinde mikroskopik incelemede konidioforların ucunda çiçek şeklinde kümeleşen konidia görülüyor. Tanınız nedir?

- a) Lobomikoz
- b) Rinosporidiyoz
- c) Sporotrikoz
- d) Beyaz piedra
- e) Siyah piedra

Cevap C (Topley&Wilson's)

Cilt ve subkutan dokuda enfeksiyon yapan ve 25°C'de küf, 37°C'de maya şeklinde üreyen yani termal dimorfi olan mantar **sporothrix schenckii**'dir. Neden olduğu enfeksiyona da sporotrikoz adı verilir. S.schenckii'nin maya ve küf formundaki mikroskopik görünümleri soruda belirtildiği şekildedir.

35.Aşağıdakilerden hangisi bağırsak mukozasında invazyon yaparak enfeksiyon oluşturur?

- a) Enterotoksijenik E.coli
- b) Vibrio cholerae
- c) Giardia lamblia
- d) Shigella dysenteriae
- e) Enterobacter cloacae

Cevap D (Brooks, *Medical Microbiology*, 20.baskı, 1995, s.213)

Enterotoksinojenik E.coli ve V.cholerae enterotoksinleri ile diyare yaparlar, mukoza invazyonu göstermezler. Giardia lamblia flagellalı protozoon olup, intestinal duvarın mukozal yüzünü kapatır, irritasyon ve diyareye neden olur. **Shigella dysenteriae ise intestinal mukoza invazyonu yapar.**

36.Daha önceden iştah sapması, ağızdan salya akma, karın ağrısı, şikayeti olan ve ileus gelişen hastada bu tabloya en sık neden olabilecek parazit hangisidir?

- a) Trichuris trichiura
- b) Enterobius vermicularis
- c) Ascaris lumbricoides
- d) Necator americanus
- e) Strongyloides stercoralis

Cevap C (Saygı, *Temel Tıbbi Parazitoloji*, 1998, s.98)

Tüm bağırsak parazitolojilerinde karın ağrısı, iştah sapmaları gibi nonspesifik gastrointestinal sistem belirtileri olabilir. **Ancak ileus tablosuna en sık neden olan parazit Ascaris lumbricoides'tir.**

37.İnsanda primer amebik meningoensefalit (PAME)

oluşturan parazit aşağıdakilerden hangisidir?

- Acanthamoeba castellani
- Entamoeba histolytica
- Entamoeba gingivalis
- Naegleria fowleri
- Acanthamoeba culbertsonii

Cevap D (Saygı, Temel Tıbbi Parazitoloji, 1998, s.35)

İnsanda PAME oluşturan amip türü **Naegleria fowleri**dir. Naegleria'lar doğada serbest yaşayabilen amipler olup yüzmeye havuzlarından, kaplıcalardan burun yoluyla alınır. Entamoeba histolytica tipik insan parazittir. **Primer yerleşim yeri kalın bağırsak olup amipli dizanteri etkenidir.** Kalın bağırsaktan köken alan parazit bazı hastalarda dokularda da yerleşebilir. **E. gingivalis ise insanda ağızda bulunur ve gingivitis etkenidir.** Acanthamoeba'lar ise hem granümatöz amebik ensefalit (GAE) etkenleri olup hem de keratitli olgulardan izole edilmişlerdir.

38.İnsan için infektif formu içinde sporokistler bulunan ookistler olup insan bağırsağında epitel hücreleri içinde yaşayan parazit aşağıdakilerden hangisidir?

- Toxocara canis
- Toxoplasma gondii
- Isospora belli
- Strongyloides stercoralis
- Balantidium coli

Cevap C (Saygı, Temel Tıbbi Parazitoloji, 1998, s.77)

Isospora belli Apicomplexa şubesinin coccidia grubundadır;bağırsağın epitel hücreleri içinde yaşayan bir parazittir. Bu parazitin konak dışısında görülen evrim dönemi ookisttir. Diğer evrim şekilleri bağırsak epitel hücreleri içinde görülür. İçinde sporozoitler oluşmuş sporokistler bulunan ookistler, insan için infektiftir.

39.Trofozoitinde 2 çekirdek, 8 kamçı ve emici disk bulunan parazit, insanda en sık nerede yerleşir?

- Jejunum
- İleum
- Duodenum ve safra yolları
- Pankreas
- Karaciğer

Cevap C (Saygı, Temel Tıbbi Parazitoloji, 1998, s.39)

Giardia intestinalis'in kist ve trofozoit evrim dönemleri vardır. Trofozoitler ortasından 2'ye bölünmüş armut şeklinde, 2 çekirdeği ve 4 çift kamçısı vardır. Bunların konağın bağırsak çeperine yapışmasını sağlayan bir emici diskleri vardır. **İnsanda en sık duodenum ve safra yollarında yerleşir.**

40.A grubu streptokoklarla ilgili olarak aşağıdaki

antijenlerden hangisi bakteri virulansını artırıcı yönde etkinlik yapar?

- T proteini
- R proteini
- M proteini
- Streptolizin-S (SS)
- CAMP faktörü

AÇIKLAMA: M proteini virulansla ilgilidir. Bu protein fimbriyalarda bulunur. Bakterinin epitel hücrelerine adheransını ve tutunmalarını sağlar. **M proteini oluşturan streptokoklar, fagositoza dirençlidir.** T ve R proteinleri ise hücre duvarında bulunan antijen yapılarıdır. Virulansla ilgileri yoktur. Streptolizin-S, antijenik olmayan bir hemolizindir. **CAMP faktörü ise B grubu streptokoklar tarafından oluşturulur.**

Cevap C (Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1999, s.349-364)

41.Aşağıdaki bakterilerden hangisi, kapsül şişme reaksiyonu (Neufeld testi) ile tiplerine ayrılır?

- Streptococcus pneumoniae
- Brucella melitensis
- Listeria monocytogenes
- Staphylococcus epidermidis
- Chlamydia trachomatis

AÇIKLAMA: Diğer bakteriler kapsüllü değildir. Kapsülün yapısal farklılığı, bu tiplendirimi olanaklı kılar.

Cevap A (Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1999, s.365-369)

42.Soğukta zenginleştirme (+4°C'de buzdolabında bırakma) yöntemi ile üremesi artırılabilen ve özellikle, bu yolla izolmanı yapılabilen bakteri aşağıdakilerden hangisidir?

- Haemophilus influenzae
- Brucella abortus
- Neisseria gonorrhoeae
- Listeria monocytogenes
- Clostridium tetani

AÇIKLAMA: L.monocytogenes intracelluler bir bakteridir. Soğukta massere dokudan açığa çıkma olasılığı fazladır. H. influenzae, N. gonorrhoeae ve B abortus ise nazlı üreyen, özel besiyerlerine ve faktörlere gereksinim duyan bakterilerdir. C.tetani ise anaerob bir bakteridir.

Cevap D (Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1999, s.400-409)

43.Gebe hayvanların Brucella abortus'a duyarlılığı, plasenta ve fetus zarlarında bulunan ve gelişme faktörü olan hangi maddenin varlığı ile doğrudan ilgilidir?

- Plazma coagulase

MİKROBİYOLOJİ

- b) Erythrogenic toxin
- c) Fibrinolysin
- d) C karbonhidratı
- e) Eritritol

AÇIKLAMA: Eritritol karbonhidratı, büyüme ve gelişme faktörü olarak rol oynar. İnsan plasentasında bu karbonhidrat yoktur. Diğer seçenekler, B abortus'la ilgili değildir.

Cevap E (*Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1999, s.571-577*)

44.X ve V faktörlerinin her ikisine birden gereksinim duyan hemofil bakteri, aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Haemophilus ducrei
- b) Haemophilus parainfluenzae
- c) Haemophilus aphrophilus
- d) Haemophilus parasuis
- e) Haemophilus influenzae

AÇIKLAMA: H.ducrei ve H.aphrophilus sadece (X) faktörüne ve H.parainfluenzae ile H.parasuis ise sadece (V) faktörüne gereksinim duyar.

Cevap E (*Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1999, s.580-587*)

45.Haemophilus influenzae tip b infeksiyonlarından korunmak için kullanılan ve kapsül polisakaridinden oluşan aşı hangisidir?

- a) Hib
- b) PRP-OMP
- c) HbOC
- d) PRP-OMPOC
- e) Ölü bakteri aşısı

AÇIKLAMA: Sadece polyribosilribitol fosfatı kapsar. PRP-OMP'de ise N.meningitidis ve diğer membran protein kompleksi vardır. HbOC ise difteri toksoidi ile birlikteliği olan aşıdır. PRP-OMPOC şeklinde bir uygulama yoktur. Ölü bakteri aşısı ise Bordetella pertussis gibi başka profilaktik uygulamaları içerir.

Cevap A (*Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1999, s.580-588*)

46.Tip 1 allerjik reaksiyonlarında özellikle etkin olan immunglobulin hangisidir?

- a) IgA
- b) IgD
- c) IgE
- d) IgG
- e) IgM

AÇIKLAMA: IgE mast hücresi ve bazofillere Fc parçası ile bağlanarak, histamin ve diğer mediatörlerin

salınımına neden olur.

Cevap C (*Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1999, s.211-219*)

47.Tavşan ve kobay gözyaşı kesesine kültür materyali damlatıldığında, pürülan kerato konjonktivit oluşturan (Anton testi) bakteri aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Listeria monocytogenes
- b) Listeria ivanovii
- c) Lactobacillus
- d) Streptococcus
- e) Corynebacterium

AÇIKLAMA: Diğerlerinde Anton testi negatiftir. Ayırıcı tanıyı sağlar.

Cevap A (*Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1999, s.400-409*)

48.Aşağıdaki antibiyotiklerden hangisi hücre duvarı sentez inhibitörüdür?

- a) Aminoglikozidler
- b) Tetrasiklinler
- c) Penisilinler
- d) Kinolonlar
- e) Sulfonamidler

AÇIKLAMA: Penisilinler, hücre duvarında penisilin bağlayan protein (PBP) reseptörlerine bağlanarak, etkin olurlar. **Aminoglikozidler ve tetrasiklinler**, protein sentezi inhibitörüdür. **Sulfonamidler** prekürsör sentez inhibisyonu yaparken, **kinolonlar** DNA jiraz üzerinden, DNA sentezini inhibe ederler.

Cevap C (*Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1999, s.82-89*)

49.Aşağıdaki viruslardan hangisi DNA virusudur?

- a) Picornaviridae
- b) Paramyxoviridae
- c) Orthomyxoviridae
- d) Retroviridae
- e) Hepadnaviridae

AÇIKLAMA: Diğerleri RNA kapsar.

Cevap E (*Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1999, s.745-750*)

50.“Bacillus” cinsi bakteriler için hangisi yanlıştır?

- a) Antibiyotik deneylerinde kullanılırlar.
- b) Aflatoksin deneylerinde kullanılırlar.
- c) Folik asit çalışmaları

- d) Hemoliz ve hemaglutinasyon deney gösterilerinde
e) Kimyasal ve sterilizasyon denetimi çalışmalarında

AÇIKLAMA: Tek yanlış (d) şıkkıdır. Diğerleri bacillus cinsi bakterilerin bizzat kullanıldığı çalışmalar olup, bacillus cinsi genelde non hemolitiklerdir.

Cevap D (*Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1999, s.412-413*)

51.Mikroskopik görüntülemeye saptanan hücresel apoptozisin morfolojik özelliklerinden olmayan hangisidir?

- a) Nekroz
b) Yüzey organellerinin kaybı
c) Hücre bükülmesi
d) Kromatin yoğunlaşması
e) Sitoplazmik baloncuklaşma ve apoptotik cisimcik oluşumu

AÇIKLAMA: Apoptozis içinde nekroz olmayan bir olgudur.

Cevap A (*Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1999, s.195-200*)

52.“Elek testi” için doğru tanımlama hangisidir?

- a) Kızıl tanısında invitro patojenite deneyidir.
b) CAMP testinin besiyerinde gösterilmesi
c) C. diphteriae'nin invitro toksijenite testidir.
d) Menenjitte bir klinik bulgudur.
e) Şankroid tanısında deri testidir.

AÇIKLAMA: Difteri olgularında invitro toksijenite testi Elek testi'dir.

Cevap C (*Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1999, s.392*)

53.Besin zehirlenmelerinden sorumlu olmayan hangisidir?

- a) Bacillus cereus
b) Salmonella sp.
c) S.aureus
d) Shigella sp.
e) C.bothilinum

AÇIKLAMA: Shigella cinsi dışında sayılanlar besin zehirlenmelerinden sorumlu bakterilerdir.

Cevap D (*Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1999, s.339*)

54.Aşağıdakilerden hangisi H. pylori veya özellikleri ile yakın ilişkili değildir?

- a) Besiyerine %0.2 aktif kömür ilavesi üremeyi kolaylaştırır.
b) Uçan martı (martı kanadı) görünümü, her uçta tek flagel bulunması
c) Kronik gastrit, ülser, MALT
d) Biyopsi örneğinde üreaz testi
e) Oksidaz, katalaz ve proteaz (+) oluşu

AÇIKLAMA: Uçan martı veya martı kanadı görünüm ile her uçta tek flagella Campylobacterilerin özelliklerindedir.

Cevap B (*Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1999, s.537-538*)

55.Anaerob bakteri infeksiyonlarının genel karakterlerinden olmayan hangisidir?

- a) İnfeksiyona zemin hazırlayan bir durum vardır.
b) Eksojen kaynaklıdır.
c) Polimikrobiyaldir.
d) Doku nekrozu ve/veya abse oluşumu vardır.
e) Antibiyotik tedavisine iyi cevap verir.

AÇIKLAMA: Anaerob infeksiyonlar hemen hep endojen kaynaklıdır.

Cevap B (*Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1999, s.615*)

56.Dimorfik bir mantar olup Darling veya Mağara hastalığı olarak bilinen hastalığın etkeni hangisidir?

- a) Cryptococcus neoformans
b) Blastomyces dermatididis
c) Pneumocystis carinii
d) Histoplasma capsulatum
e) Madurella mycetomi

AÇIKLAMA: Dimorfik olup söz konusu hastalığı yapan H.capsulatumdur.

Cevap D (*Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1999, s.1067*)

57.Hangisi influenza virus için doğru değildir?

- a) Çift sarmallı DNA viruslarıdır.
b) Epidemilerin nedeni yüzey glikoproteinlerinin değişimidir.
c) Nadiren viremi oluşturur.
d) Burun yıkama veya ağız çalkantı suyundan izole edilebilirler.
e) Virusun büyük antijenik kompozisyon değişikliğine şift denir.

AÇIKLAMA: İnfluenza virus bir RNA virusudur, diğer şıklar doğrudur.

Cevap A (*Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1999, s.918*)

58. *Treponema pallidum* ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Gram pozitif, aerob bir basildir.
- b) Kanlı jeloz besiyerinde üremektedir.
- c) Yumuşak şankr (şankroid) hastalığının etkenidir.
- d) Hamilelerdeki infeksiyon sırasında *T. pallidum* fetusa geçmemektedir.
- e) Yaptığı hastalığın tedavisinde penisilin çok etkilidir.

AÇIKLAMA: *T. pallidum*; spiral şekilli bir mikroorganizmadır, besiyerlerinde üretilmemekte ve tavşan testisine yapılan inokülasyon sonucu üretilebilmektedir, sifiliz hastalığının etkenidir, hamile kadınlardaki infeksiyon fetusa geçmekte ve konjenital sifilize yol açmaktadır, sifiliz hastalığının tedavisinde penisilin oldukça etkili ve tercih edilen bir antimikrobiyal ajandır.

Cevap E (*Ağaçfidan, Cinsel Temasla Bulaşan Hastalıklar (CTBH), 1999, s.165*)

59. Virusların genel özellikleri ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Viruslar canlı hücrelerde ikiye bölünerek çoğalırlar.
- b) Büyüklükleri 20-300 mikron arasında değişmektedir.
- c) Viruslarda herhangi bir makromolekül sentez edebilecek veya enerji üretebilecek hücrenel bir organel yoktur.
- d) Kapsid, lipid ve protein yapılarından oluşmaktadır.
- e) Zarf yapısında bulunan glikoproteinler protomer adını almaktadırlar.

AÇIKLAMA: Viruslar canlı hücrelerde replikasyon yoluyla çoğalırlar, büyüklükleri 20-300 nanometre arasında değişmektedir, kapsid protein ünitelerinden oluşmuştur, zarf yapısında bulunan glikoproteinler peplomer adını alırlar.

Cevap C (*Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1999, s.741*)

60. Aşağıdakilerden hangisi DNA virus ailesidir?

- a) Picornaviridae
- b) Herpesviridae
- c) Retroviridae
- d) Orthomyxoviridae
- e) Reoviridae

AÇIKLAMA: Herpesviridae dışındaki diğer virus ailelerinin hepsi RNA virus ailesidir.

Cevap B (*Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1999, s.751*)

61. *Varicella-Zoster* virus ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Herpesviridae ailesinin bir üyesidir.
- b) Zarf yapısına sahiptir.
- c) Duyarlı kişinin etken virusu almasıyla oluşan primer infeksiyona varicella (suçiçeği) ismi verilir.
- d) Virus infeksiyon sonrasında organizmada latent olarak kalmaktadır.
- e) Virustan korunmak için kullanılan bir aşı yoktur.

AÇIKLAMA: Virustan korunmak için oka suşundan canlı attenüe virus aşısı geliştirilmiştir.

Cevap E (*Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1999, s.833*)

62. Aşağıdaki viruslardan hangisinde antijenik şift ve antijenik drift sonucunda virusun antijenik yapısında değişiklikler meydana gelmekte ve buna bağlı olarak epidemi ve pandemiler görülmektedir?

- a) İnfluenza A virus
- b) Kuduz virusu
- c) Kızamık virusu
- d) Kabakulak virusu
- e) Kızamıkçık virusu

AÇIKLAMA: İnfluenza A virus dışındaki diğer viruslarda antijenik şift ve antijenik drift görülmemektedir.

Cevap A (*Murra, Medical Microbiology, 2.baskı, 1994, s.623-624*)

63. İnsan cytomegalovirus'u (CMV) ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Primer infeksiyonu takiben CMV konakta latent olarak kalır.
- b) Virus ile ilgili rutin kullanılan bir aşı bulunmamaktadır.
- c) Hamile kadınlardaki CMV infeksiyonu fetusa geçmez.
- d) CMV infeksiyonu toplumun çoğunda görülmesine rağmen sıklıkla asemptomatiktir.
- e) Herpesviridae familyasında, betaherpesviridae subfamilyasında bulunur.

AÇIKLAMA: Hamile kadınlardaki CMV infeksiyonu fetusa geçebilmekte ve konjenital infeksiyona neden olabilmektedir.

Cevap C (*Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1999, s.741*)

64. MMR aşısında aşağıdaki viruslardan hangileri bulunmaktadır?

- a) Kabakulak, suçiçeği, çiçek

- b) Kızamık, tetanoz, polio
- c) Suçiçeği, kızamıkçık, kabakulak
- d) Kızamık, kabakulak, kızamıkçık
- e) Polio, kızamık, suçiçeği

AÇIKLAMA: Measles=Kızamık, Mumps=Kabakulak, Rubella=Kızamıkçık

Cevap D (*Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1999, s.947*)

65. Jenerasyon süresi 12-14 gün kadar süren, fenolik glikolipidlerce zengin bir hücre duvarına sahip, zorunlu hücre içi paraziti hangisidir?

- a) *Mycobacterium leprae*
- b) *Streptococcus pneumoniae*
- c) *Haemophilus ducreyi*
- d) *Neisseria gonorrhoeae*
- e) *Corynebacterium diphtheriae*

AÇIKLAMA: *Mycobacterium* cinsine ait bakterilerin hücre duvarı fenolik glikolipidlerce zengin bir yapıya sahiptir. Bu cins içerisinde en yavaş üreyen tür olan *Mycobacterium leprae* 12-14 günde jenerasyonunu tamamlar. Seçeneklerde yer alan diğer bakterilerin hücre duvarları glikoproteinlerce zengin olup, jenerasyon süreleri günlerle değil, dakikalarla ifade edilir.

Cevap A (*Mandell, Douglas and Bennet's Principles and Practice of Infectious Diseases, 5.baskı, 2000, s.2609*)

66. Besin zehirlenmelerinin en önemli etkenlerinden olup beta-laktamaz ve lesitinaz üreten, kanlı agarda beta hemoliz yapan penisiline dirençli *Bacillus* türü hangisidir?

- a) *B. subtilis*
- b) *B. cereus*
- c) *B. anthracis*
- d) *B. pumilis*
- e) *B. sterothermophilus*

AÇIKLAMA: *B. cereus* beta laktamaz ve lesitinaz üretir, kanlı agarda hemoliz yapar ve penisiline dirençlidir.

Cevap B (*Mandell, Douglas and Bennet's Principles and Practice of Infectious Diseases, 5.baskı, 2000, s.2609*)

67. Aşağıdaki besinlerle bulaşan bakteriyel etkenlerden hangisi "doku invazyonu" yoluyla patojenlik gösterir?

- a) *Clostridium perfringens*
- b) *Bacillus cereus*
- c) *Clostridium botulinum*
- d) *Staphylococcus aureus*
- e) *Campylobacter jejuni*

AÇIKLAMA: Çeşitli besinlerle organizmaya bulaşan *Clostridium perfringens*, *Bacillus cereus*, *Clostridium botulinum* ve *Staphylococcus aureus* ürettikleri toksinleriyle hastalık yapar. ***Campylobacter jejuni*** ise doku invazyonu yolu ile ateş, karın ağrısı, ishal gibi semptomlara neden olan en önemli besin kaynaklı patojenlerden biridir.

Cevap E (*Mandell, Douglas and Bennet's Principles and Practice of Infectious Diseases, 5.baskı, 2000, s.1151*)

68. Membran lipidlerinin hidrolizinden sorumlu olan bakteri enzimi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Koagülaz
- b) Lesitinaz
- c) Kollagenaz
- d) Hemolizin
- e) Hyaluronidaz

AÇIKLAMA: **Koagülaz** stafilokok, streptokok ve klostridyum gibi birçok bakteri tarafından üretilen plazmayı pıhtılaştırır; **kollagenaz** *Clostridium perfringens*'in ürettiği kollagen dokuyu hidrolize eden; **hemolizin** eritrositleri parçalayan; **hyaluronidaz** bağ dokusundaki hyaluronik asiti hidrolize eden enzimlerdir. **Lesitinaz** *Clostridium perfringens* tarafından üretilen membran lipidlerini hidrolize eden bir enzimdir.

Cevap B (*Pelczar, Microbiology: Concepts and Applications, 1.baskı, 1993, s.478*)

69. *Escherichia coli* O157:H7 için aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- a) Shiga-like toksin olarak bilinen bir toksin üretir.
- b) Ürettiği toksin Vero hücreleri için sitotoksiktir.
- c) Toksinin üretimi için gerekli genleri bakteriyofaj aracılığı ile elde eder.
- d) Bağırsak mukozasına invaze olur ve inflamasyon yapar.
- e) Hemorajik kolit ve hemolitik üremik sendroma neden olabilir.

AÇIKLAMA: *Escherichia coli* O157:H7 Vero hücreleri için sitotoksik olan Shiga-like toksin olarak adlandırılan toksinini bir bakteriyofajla lizojen hale geldikten sonra üretir. Bu bakteri insanlarda hemorajik kolit ve hemolitik üremik sendrom (HUS) yapmaktadır. Ancak klasik dizanteriden farklı olarak mukozaya invaze olmaz ve inflamasyon yapmaz.

Cevap D (*Mandell, Douglas and Bennet's Principles and Practice of Infectious Diseases, 5.baskı, 2000, s.2300*)

70.Kene ısırması sonucu insanlara bulaşan ve önce ısırık bölgesinde "Erythema migrans" adı verilen gezici deri lezyonları ile özellik gösteren sonra da diğer cilt bölgelerinde, sinir sisteminde, kalp, göz, karaciğer, böbrek ya da eklemlerde semptomlara yol açan hastalığın etkeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Brucella abortus
- b) Rickettsia prowazkii
- c) Francisella tularensis
- d) Toxoplasma gondii
- e) Borrelia burgdorferi

AÇIKLAMA: Soruda anlatılan hastalık Lyme hastalığı olup, etkeni Borrelia burgdorferi'dir.

Cevap E (Mandell, Douglas and Bennet's Principles and Practice of Infectious Diseases, 5.baskı, 2000, s.2504)

71.Aşağıdaki ifadelerden hangisi prokaryotik hücrelerin bir özelliği değildir?

- a) Mitokondriyum içermezler.
- b) Hücre duvarlarında sıklıkla müramik asit içerirler.
- c) Havadaki serbest azotu kullanma yetenekleri yoktur.
- d) Bazı türler ısıya dirençli endosporlar oluştururlar.
- e) Hücre bölünmesinde mitoz olayı gözlenmez.

AÇIKLAMA: Prokaryotik hücrelerin mitokondrileri yoktur, hücre duvarlarında genellikle müramik asit bulunur, bazıları ısıya dirençli endospor yapar ve bölünmeleri mitozlu değildir. Ökaryotik hücreler atmosferik azotu kullanamazken bakterilerin pek çoğu bu elementi kullanır.

Cevap C (Pelczar, Microbiology: Concepts and Applications, 1.baskı, 1993, s.62)

72.Lepramatöz lepra enfeksiyonu için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Güçlü hücresel bağışıklık cevabı vardır.
- b) Düşük düzeyde enfektivite görülür.
- c) Hipergamaglobulinemi görülür.
- d) Lepromin ile reaktivite vardır.
- e) Eritema nodosum leprosum bulunmaz.

AÇIKLAMA: Lepramatöz lepra enfeksiyonunda güçlü antikor cevabı gelişmekle birlikte hücresel bağışıklıkta özgül baskılanma görülmektedir. Tüberküloid lepraya zıt olarak enfektivite yüksektir ve gecikmiş aşırı duyarlılık reaksiyonunda lepromin ile reaktivite görülmez. Klinik belirti olarak eritema nodosum leprosum genellikle görülmektedir. İmmunoglobulin düzeyleri tüberküloid leprada normal, lepramatöz formda ise yüksektir.

Cevap C (Rosenthal, Medical Microbiology, 4.baskı, 2002, s.370-371)

73.Viral enfeksiyonlarda serokonversiyon nasıl tanımlanır?

- a) IgM antikor titresinin akut enfeksiyondan 2-3 hafta sonra en az 4 kat artması
- b) IgM antikor titresinin akut enfeksiyondan 5 gün sonra iki katına çıkması
- c) IgM antikor titresinin akut enfeksiyondan sonra aynı seviyede kalması
- d) IgM antikor titresinin akut enfeksiyondan sonra negatif olması
- e) IgG antikor cevabının görülmemesi

AÇIKLAMA: Serokonversiyon, tanım olarak akut enfeksiyondan 2-3 hafta sonra antikor titresinin en az 4 kat artışıdır.

Cevap A (Rosenthal, Medical Microbiology, 4.baskı, 2002, s.454)

74.Lyme hastalığının serolojik tanısında, erken dönemdeki olgularda Western blotting testinde ilk olarak aşağıdaki antijenlerden hangisi için pozitif reaktivite görülür?

- a) 41 kDa (flagellin)
- b) 31 kDa OspA
- c) 34 kDa OspB
- d) 21 kDa OspC
- e) 60 kDa HSP

AÇIKLAMA: Lyme hastalığında erken dönemde ilk antikor cevabı B. burgdorferi'nin 41 kilodalton moleküler ağırlıktaki içkamçı (flagellin) proteinine karşı gelişir. Dış yüzey proteinleri (OspA, OspB, OspC) özgül antikor sentezine neden olmakla birlikte bu antikorların üretimi birkaç hafta sonra gerçekleşir.

Cevap A (Rosenthal, Medical Microbiology, 4.baskı, 2002, s.389)

75.Lyme hastalığının klinik tanısında aşağıdakilerden hangisi önemli bir belirtidir?

- a) Subklinik ateş
- b) Eritema migrans
- c) Miyalji ve artralji
- d) Aşırı yorgunluk
- e) Lenfadenopati

AÇIKLAMA: Lyme hastalığının klinik tanısında, ilk dönem belirtilerinden olan eritema kronikum migrans, kenenin ısırıldığı bölgede görülen ve vücudun diğer bölgelerinde de ortaya çıkabilen, ortası açık renk, düz kırmızı sınırlı, 5-50 cm çaplı, özgül bir lezyondur. Seçeneklerde verilen diğer belirtiler özgül

değildir.

Cevap B (*Rosenthal, Medical Microbiology, 4.baskı, 2002, s.389*)

76.Leptospiroz tanı yöntemlerinden hangisi özgül ve duyarlıdır?

- a) Mikroskopik aglutinasyon
- b) ELISA
- c) Dolaylı hemaglutinasyon
- d) Gümüş boyama
- e) Karanlık alan mikroskopisi

AÇIKLAMA: Leptospirozun laboratuvar tanısında, ELISA ve dolaylı hemaglutinasyonun duyarlılığı ve özgüllüğü az olup mikroskopide mikroorganizmanın çok ince olması nedeniyle görülmesi güçtür. Karanlık alan ve gümüş boyama teknikleri ile diğer spiroketlerden ayırımı mümkün olamamaktadır. **Mikroaglutinasyon en güvenilir yöntem olduğundan doğru cevap "a"dır.**

Cevap A (*Rosenthal, Medical Microbiology, 4.baskı, 2002, s.393*)

77.Bacillus anthracis toksini ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Toksin genleri kromozomaldır.
- b) Ekzotoksin yapısındadır.
- c) Toksin 3 protein üniteden oluşur.
- d) Toksinin bir parçası olan koruyucu antijen hedef hücre zarında kanallar açar.
- e) Toksin immün sistem hücrelerinin fonksiyonlarını inhibe eder.

AÇIKLAMA: Bacillus anthracis toksinine ait genler plazmid yerleşimlidir.

Cevap A (*Jawetz, Melnick and Adelberg's Medical Microbiology, 22.baskı, 2001, s.180-181*)

78.Aşağıdakilerden hangisi toksik şok sendromu toksini ile ilgili olarak yanlıştır?

- a) Süperantijen özelliği gösterir.
- b) Endotoksin yapısındadır.
- c) Bazı Staphylococcus aureus suşları tarafından salgılanır.
- d) Ateş, şok ve multiorgan yetmezliği ile karakterize klinik bir tablo oluşturur.
- e) CD4⁺ ve CD8⁺ T-hücrelerini doğrudan aktive eder.

AÇIKLAMA: Toksik şok sendrom toksini bazı S.aureus suşları tarafından üretilen, ekzotoksin yapısında bir toksindir.

Cevap B (*Jawetz, Melnick and Adelberg's Medical Microbiology, 22.baskı, 2001, s.124,199*)

79.Aşağıdakilerden hangisi bakteri hücre membranının fonksiyonlarından değildir?

- a) Hücre içi ve dışı madde alışverişini sağlamak
- b) Hidrolitik enzimleri salgılamak
- c) Biyosentez
- d) Fajlar için reseptör görevi yapmak
- e) Oksidatif fosforilasyon

AÇIKLAMA: Bakteride faj reseptörleri hücre duvarı üzerinde bulunur. Örn. Gram (-) bakteri hücre duvarında bulunan dış membran proteinleri, Gram (+) bakteri hücre duvarında bulunan teikoik asit.

Cevap D (*Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1999, s.13-16*)

80.Aşağıdaki yöntemlerden hangisinin pozitifliği, atipik pnömoni şüpheli bir olguda Legionella pneumophila tanısını kesinleştirir?

- a) Direkt floresan antikor test
- b) BCYE agarda kültür
- c) ELISA ile üriner antijen saptanması
- d) Solunum yolu örneğinin Gimenez boyası ile boyanması
- e) Hasta serumunda indirekt floresan antikor testi ile antikor saptanması

AÇIKLAMA: Yukarıda verilen yanıtların tümü L.pneumophila tanısı için kullanılmaktadır. Ancak kültürde bakterinin üretilmesi dışında hiçbir kesin tanı koyduracak ölçüde özgülüğe ve duyarlılığa sahip değildir.

Cevap B (*Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1999, s.563-565*)

81.Streptococcus pneumoniae suşlarında görülen penisilin direncinden hangi mekanizma sorumludur?

- a) Beta-laktamaz sentezi
- b) Bakterinin dış membran geçirgenliğinde azalma
- c) Penisilin aktif pompa yolu ile bakteriden atılması
- d) Bakteri ribozomunda mutasyonel değişim
- e) Penisilin bağlayan proteinlerdeki yapısal değişim

AÇIKLAMA: Penisilin, bakteri hücre duvarında bulunan penisilin bağlayan proteinlere (PBP) bağlanarak bu enzimlerin fonksiyonlarını inhibe eder. Bu proteinlerde gelişen kromozomal mutasyonlar PBP'lerin yapısını değiştirir ve penisilin etkisiz hale gelir.

Cevap E (*Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1999, s.92-96*)

82.Stafilokoklar için yanlışı işaretleyiniz.

- a) Gram pozitif koklardır.

- b) Katalaz enzim aktivitesine sahiptirler.
- c) Fakültatif anaerob bakterilerdir.
- d) Hareketsizdirler.
- e) Dezenfektan, ısı ve kuruluğa en hassas bakterilerdendir.

AÇIKLAMA: Gram pozitif koklardır. Katalaz olumlu olmalarıyla streptokoklardan ayırdedilirler. Hareketsiz ve fakültatif anaerobdurlar. Doğada yaygın olarak bulunurlar, ısı ve kuruluğa oldukça dayanıklı bakterilerdir. Antibiyotiklere ve dezenfektanlara direnç geliştirebilme yetenekleriyle hem tedavide hem de dezenfektanlarla ortadan eradike edilme işlemine direnebilmeleri nedeniyle sorun yaratırlar.

Cevap E (Bilgehan, Klinik Mikrobiyoloji, 9.baskı, 1996, s.218-245)

83.Prion için yanlış işaretleyiniz.

- a) Konak için antijenik etki göstermemektedir.
- b) Konakta interferon yapımına yol açmamaktadır.
- c) Dokuda sadece elektron mikroskopla görülebilmektedir.
- d) Proteazlara dirençlidir.
- e) Kuru ve Creutzfeld Jacob Disease'in etkenidir.

AÇIKLAMA: Prionlar insan ve çeşitli memelilerin hücre membranında bulunan bir proteinin izoformlarıdır. Bu nedenle konağa antijenik bir etki yapmazlar. **Bir virus olmadıkları için de interferon yapımını indüklememektedirler.** Proteazlara dirençli olmaları insan hücre proteinlerinden gösterdikleri temel farklılıklardan bir tanesidir. Kuru, Creutzfeld Jacob Hastalığı (CJD) ve bu hastalığın bir versiyonu olan deli dana hastalığı (vCJD) gibi ciddi sonuçları olan spongiform ansefalopatiye neden olmaktadır. Bakteri ya da virus gibi bilinen belli bir şekli olmayıp, globuler bir protein yapısındadır. Bu nedenle böyle bir yapının elektron mikroskopta bile görülüp ayırtedilebilme olasılığı bulunmamaktadır.

Cevap C (Murray, Medical Microbiology, 4.baskı, 2002, s.614-615)

84.IgG 1,2 ve 4'ün fc parçasına bağlanarak, stafilokoku antikora bağımlı immün mekanizmadan koruyan yapı hangisidir?

- a) Peptidoglikan
- b) Kapsül
- c) Protein A
- d) Teikoik asit
- e) Slime factor

AÇIKLAMA: Peptidoglikan tüm gram olumlu ve olumsuz bakterileri hücre duvar yapısında yeralan bakterilere özgü bir yapıdır. Kapsül bir virülans faktörü olarak bir çok bakteride bulunan ve bakteriyi fagositoza karşı koruyan bir yapıdır. **Teikoik asit** gram

olumlu bakterilerde bulunan bir duvar komponenti olarak bakterilerin konak hücrelerine tutunmasına katkı verir. **Slime faktör** özellikle koagulaz olumsuz stafilokoklarda bulunan ve bakterinin kateter, kalp kapakçığı gibi prostetik malzemelere kuvvetle tutunarak enfeksiyon yapmalarını kolaylaştıran polisakkarit yapıda kapsül benzeri gevşek bir yapıdır. **Protein A** ise S.aureus'un duvar komponentle-rinden biri olarak insan IgG1, IgG2 ve IgG4 sınıfı antikorlarının fc parçasına bağlanarak stafilokokları antikor yanıtına karşı koruyan bir proteindir.

Cevap C (Murray, Medical Microbiology, 4.baskı, 2002, s.614-615)

85.100 °C'de 30 dakika ısıtılmakla bile etkisini sürdürebilen stafilokok toksini hangisidir?

- a) Enterotoksin
- b) Toksik şok sendrom toksini-1
- c) Eksfoliyatif toksin
- d) Alfatoksin
- e) Sfingomyelinaz C

AÇIKLAMA: Alfa, beta, gamma, delta toksinler, lökositidin, eksfoliyatif toksin, toksik şok sendrom toksini ve enterotoksinler S.aureus kökenlerinin çoğu tarafından oluşturulabilen ve hastalık tablolarında sorumluluğu bulunan ekzotoksinlerdir. Hepsi protein yapısındadır. Ancak genellikle ekzotoksinler ısıya dayanıksızlık gösterirken stafilokok enterotoksinleri 100°C'de 30 dakika ısıtılmaya ve gastrik ve jejunal enzimlere dayanıklı olmaları nedeniyle besin zehirlenmesine neden olmaktadır.

Cevap A (Murray, Medical Microbiology, 4.baskı, 2002, s.614-615)

86.Ebola virus için yanlış işaretleyiniz.

- a) Viral hemorajik ateş etkenlerindendir.
- b) Bir filovirustur.
- c) Doğadaki rezervuarı insandır.
- d) Zaire, Sudan, Reston ve Ivory Coast tipleri bulunmaktadır.
- e) Çok bulaşıcı ve virulan olup, laboratuvar çalışmalarında çok dikkat gerektirir.

AÇIKLAMA: Ebola virus viral hemorajik ateş etkeni bir filovirustur. Zaire, Sudan, Reston ve Ivory Coast tipleri tanımlanmıştır. Çok bulaşıcı olması nedeniyle hastalarla ilgilenen doktor ve diğer sağlık personelinin gözlük takması, eldiven, önlük, bone gibi koruyucu giysilerle çalışmaları zorunludur. Ancak doğadaki rezervuarları insanlar değil, maymunlardır. İnsanlara maymunlardan bulaşmaktadır. Ancak hasta insanların kan ve sekresyonları enfeksiyonun bulaşması açısından çok tehlikelidir.

Cevap C (Murray, Medical Microbiology, 4.baskı, 2002,

s.614-615)

87.Pityriasis versicolor'un etkeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) *Malassezia furfur*
- b) *Piedraia hortae*
- c) *Trichosporon beigeli*
- d) *Exophiala werneckii*
- e) *Candida albicans*

AÇIKLAMA: Bütün seçenekler yüzeysel enfeksiyon oluşturabilen funguslardan seçilmiştir. *Exophiala werneckii*, tinea nigra etkenidir. *Trichosporon beigeli* white piedra etkenidir. *Piedraia hortae* black piedra etkenidir. *Candida albicans* ise çeşitli yüzeysel cilt ve mukoza enfeksiyonları ve immunitesi zayıf insanlarda sistemik enfeksiyonlar oluşturabilen bir mayadır.

Cevap A (Murray, *Medical Microbiology*, 4.baskı, 2002, s.639)

88.Cryptosporidium için yanlış işaretleyiniz.

- a) Asemptomatik taşıyıcılığı olmamaktadır.
- b) Spiramycin bazı olgularda etkili olabilmektedir.
- c) İnsan dışında rodent, reptil ve çeşitli memeli hayvanları enfekte edebilmektedir.
- d) Hayvan bakıcıları ve çiftlik çalışanları *Cryptosporidium* enfeksiyonları için risk gruplarındandır.
- e) Parazit, oral-fekal yolla bulaşmaktadır.

AÇIKLAMA: *Cryptosporidium* insan dışında birçok hayvanda (reptil, rodent ve birçok memeli) bulunan ve hastalandırabilen bir protozoondur. İnsanlar için zayıf patojen bir parazit olup, sağlıklı insanlarda genellikle asemptomatik ya da kendini sınırlayan tedavi gerektirmeyen bir ishale neden olmaktadır. Tedavisinde spiramisin etkili olabilmektedir. Hayvanlarda bulunması nedeniyle hayvanlarla ilişkili meslek mensupları enfeksiyonları bakımından risk altındadır. Fekal yolla atılan parazitler tekrar ağız yolu ile bulaşmaktadır. İnsanda asemptomatik taşıyıcılığı olabilmektedir.

Cevap A (Murray, *Medical Microbiology*, 4.baskı, 2002, s.706-707)

89.Bordetella pertussis için yanlış işaretleyiniz.

- a) Boğmacanın etkenidir.
- b) Gram pozitif boyanan bir basildir.
- c) Bordet-Gengou besiyerinde üretilmektedir.
- d) Yalnız insanda hastalık yapmaktadır.
- e) Solunum yolu ile bulaşmaktadır.

AÇIKLAMA: *Bordetella pertussis* boğmacanın etkeni olan ve yalnız insanda hastalık yapan bir bakteridir. İnsanlara solunum yolu ile bulaşmaktadır. İlk

izolasyonu zor olup, içinde %15 oranında kan bulunan, patatesli ve gliserinli bir besiyeri olan Bordet Gengou besiyerinde 48-96 saat içinde üreyebilmektedir. Bakteri gram olumsuz boyanan bir kokobasildir.

Cevap B (Murray, *Medical Microbiology*, 4.baskı, 2002, s.305-312)

90.Bordetella pertussis toksinleri için yanlış işaretleyiniz.

- a) Pertussis toksin, lokal yangı, nekroz ve ödem oluşumunda rol alır.
- b) Dermonekrotik toksin, periferel damar düz kaslarını etkiler.
- c) Trakeal sitotoksin ciliastasis'e neden olur.
- d) Adenilat siklaz toksini hücre içi adenilat siklazını artırır. Fagositik öldürücülüğü engeller.
- e) Lipopolisakkaritleri, diğer bakterilerden farklı olarak ekzotoksin özelliklerine sahip olup, canlı bakteri tarafından salınmaktadır.

AÇIKLAMA: Pertussis toksini virulansta en önemli rolü oynayan toksindir. Pertussigen adını da alan bu toksin bakterinin konak epitel hücrelerine tutunmasını sağlar, ayrıca lokal yangı, ödem ve nekroz gelişimine neden olur. Trakeal sitotoksin ise siliostazise neden olarak silli epitelin savunma fonksiyonunu bozar. Dermonekrotik toksin periferel damar düz kaslarına etki etmektedir. Adenilat siklaz hücre içinde adenilat siklaz yığılımına neden olarak fagositik öldürücülüğü ve monosit göçünü bakteri lehine engeller. Lipopolisakkarit ise diğer tüm gram olumsuz bakterilerde olduğu gibi hücre duvarı 1 komponentidir. Komplemanı alternatif yoldan aktive etmekte ve sitokin salınımını uyarmaktadır. Canlı bakteri tarafından salınmamakta ve ekzotoksin niteliği taşımamaktadır.

Cevap E (Murray, *Medical Microbiology*, 4.baskı, 2002, s.305-312)

91.Listeria monocytogenes için yanlış işaretleyiniz.

- a) 20-22°C'de üretildiğinde hareketli görülür.
- b) 4°C'de üreyebilme yeteneğindedir.
- c) Sığır, koyun, keçi ve çeşitli hayvanlarda hastalık yapabilmektedir.
- d) İnsanlara süt ve ürünleri, su, kontamine bitkilerden, hindi eti ve transplasental yollarla bulaşabilmektedir.
- e) Menenjit tipindeki enfeksiyonların da beyin omurilik sıvısında çok sayıda basil bulunur ve gram boyalı preparatlarda hemen her vakada gram olumlu basiller görülerek hızlı tanı konur.

AÇIKLAMA: *Listeria monocytogenes*, oda ısısında

MİKROBİYOLOJİ

(20-22°C) hareketli 37°C'de hareketsiz görülür. 4°C'de üreyebilmesi epidemiyolojik önem taşır. Bu özelliği, soğukta zenginleştirme yöntemi kullanılarak izolasyonunda kullanılmaktadır. Sığır, koyun, keçi, kümes hayvanları ve daha bir çok hayvanda bulunabilmekte ve hastalık yapabilmektedir. Bu nedenle insanlara bu hayvan ürünleri, etleri, ayrıca bu hayvanların kirlettiği su ve bitkilerden bulaşabilmektedir. **En tehlikeli hastalıkları plasenta yolu ile fetusa bulaşması ya da doğum esnasında veya sonrasında doğum kanalından yenidoğana bulaşmasıyla yapmaktadır.** Yetişkin ve sağlıklı insanlar için zayıf bir patojendir. Ancak yenidoğanlarda, yaşlılarda ve immun sistemi zayıflamış kişilerde menenjitte neden olabilmektedir. Menenjit olgularında BOS'ta 1 ml'de 10⁴ ve daha az bakteri bulunduğundan direkt boyalı preparatlarda bakteriyi saptamak hemen hemen imkansız gibidir. Diğer bakteri enfeksiyonlarında BOS'ta Listeria'dan 100 hatta 1000 misli fazla bakteri bulunabilmektedir.

Cevap E (Murray, *Medical Microbiology*, 4.baskı, 2002, s.245-249)

92.Aşağıdaki E.coli türlerinden hangisi dizanteriform ishal yapar?

- a) Enterotoksijenik E.coli
- b) Enterohemorajik E.coli
- c) Enteropatojenik E.coli
- d) Enteroinvazif E.coli
- e) Enteroagregatif E.coli

AÇIKLAMA: Enteroinvazif E.coli, Shigella'lar gibi kolon mukozasına invazyon yaptığından dizanteriform ishal oluşturur. Enterohemorajik E.coli, verotoksin (shiga like toxin) salgılar ve bu toksin Shigella dysenteriae tip 1'in toksiniyle antijenik olarak benzer yapıdadır.

Cevap D (Jawetz, *Melnick&Adelberg's Medical Microbiology*, 22.baskı, 2001, s.221-222)

93.Aşağıdaki onkojenik viruslardan hangisinin genomu RNA yapısındadır?

- a) Epstein Barr virus-Burkitt lenfoma
- b) Human papillomavirus tip 6-11-Larinks papillomu
- c) Human papillomavirus tip 37-Keratoakanthoma
- d) Hepatit B virus-Hepatosellüler karsinom
- e) Hepatit C virus-Hepatosellüler karsinom

AÇIKLAMA: Epstein Barr virus genomu DNA yapısında olup, Burkitt lenfoma, nazofarinks karsinomu ve B hücreli lenfomaya neden olur. Human papillomavirusun (HPV) genomu DNA yapısında olup, virusun alt tipleri genom yapısında bir değişiklik oluşturmaz. HPV, özofagus karsinomuna, çocuklarda larinks papillomuna, genital tümöre (özellikle servikal karsinom) ve keratoakanthoma'ya neden olur. Hepatit B ve C virus, hepatosellüler karsinoma neden olur.

Hepatit B virus DNA, Hepatit C virus ise RNA genomuna sahiptir. Ayrıca Hepatit B virusu DNA genomuna sahip olmasına rağmen diğer hepatit virüsleri RNA genomuna sahiptir.

Cevap E (Jawetz, *Melnick&Adelberg's Medical Microbiology*, 22.baskı, 2001, s.501-515)

94.Aşağıdaki bakterilerden hangisinde penisiline karşı direnç gözlenmez?

- a) Streptococcus pyogenes
- b) Streptococcus pneumoniae
- c) Neisseria gonorrhoeae
- d) Haemophilus influenzae
- e) Moraxella catarrhalis

AÇIKLAMA: A grubu β-hemolitik streptokok (Streptococcus pyogenes)'larda penisiline direnç bildirilmemiştir. Neisseria gonorrhoeae, Haemophilus influenzae ve Moraxella catarrhalis beta-laktamaz enzimi üreterek beta-laktam antibiyotiklere (Penisilinler, sefalosporinler) direnç geliştirirler. Streptococcus pneumoniae'de ise penisilin bağlayan proteinlerde (PBP) meydana gelen değişiklik sonucunda penisilin ve türevlerine karşı direnç gelişir.

Cevap A (Jawetz, *Melnick&Adelberg's Medical Microbiology*, 22.baskı, 2001, s.144-149)

95.Creutzfeldt-Jacob hastalığı ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Presenil demans tablosudur.
- b) Otozomal dominant geçiş görülebilir.
- c) Sıklıkla gri cevher nöronlarını tutar.
- d) Doku transplantasyonu ile geçebilir.
- e) Serolojik yöntemlerle tanı konabilir.

AÇIKLAMA: Creutzfeldt-Jacob hastalığı sporadik bir presenil demans tablosudur. Hastalık prionlar tarafından meydana getirildiğinden ve prionlara karşı immün cevap oluşmadığı için tanıda serolojik testler kullanılmaz. Hastalığın tanısı patolojik incelemeyle konur.

Cevap E (Ustaçelebi, *Temel ve Klinik Mikrobiyoloji*, 1.baskı, 1999, s.1010)

96.Aşağıdaki viral aşılarından hangisi hamilelik döneminde uygulanabilir?

- a) Kızamık
- b) Kızamıkçık
- c) Hepatit A
- d) Suçiçeği
- e) Oral polio

AÇIKLAMA: Kızamık, kızamıkçık, kabakulak, suçiçeği, çiçek, oral polio ve sarı humma aşıları canlı virus içeren aşılardır. Hepatit A aşısı ise inaktive virus içerir.

Canlı viral ve bakteriyel aşuların fetüsü enfekte etme potansiyeli olduğu ve konjenital defektlere neden olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle mutlak gerekli olmadıkça bu tip aşular gebelik döneminde kullanılmamalıdır.

Cevap C (*Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1.baskı, 1999, s.776*)

97. Enterohemorajik E.coli (EHEC) ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Toksini, konak hücrede 60 S ribozoma bağlanarak protein sentezini inhibe eder.
- b) Sorbitole etki etmez, bu nedenle sorbitol MacConkey agarda renksiz koloniler oluşturur.
- c) İki tür verotoksin üretir.
- d) Isıya duyarlı toksini kolera toksini ile benzerlik gösterir.
- e) Hemolitik üremik sendroma neden olur.

AÇIKLAMA: EHEC, lizojenik faj kontrolünde iki tür verotoksin üretir. VT1 shigella toksini ile benzerlik gösterir. Verotoksin konak hücrede 60 S ribozoma bağlanarak protein sentezini inhibe eder. EHEC hemorajik kolit, irreversibl böbrek yetmezliği, trombositopeni ve mikroanjiyopatik hemolitik anemi ile karakterize hemolitik üremik sendroma neden olur. ETEC'nin (Enterotoksijenik E.coli) ısıya duyarlı toksini (LT-labil toksin) kolera toksini ile benzerlik gösterir.

Cevap D (*Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1.baskı, 1999, s.484; Topçu, İnfeksiyon Hastalıkları, 1.baskı, 1996, s.610*)

98. Clostridium ve Bacillus aşağıdakilerden hangisi ile ayırt edilir?

- a) Oksijen gereksinimi
- b) Spor formasyonu
- c) Katalaz testi
- d) Üreme ısısı
- e) Hareket muayenesi

AÇIKLAMA: Clostridium zorunlu anaerob olmasına rağmen Bacillus'lar fakültatif anaerobdur. Fakat bazı Clostridium türleri (C.histolyticum, C.tertium, C.carnis ve nadiren C.perfringens) aerotolerandır. Bu nedenle Bacillus'lar ile karıştırılabilir. Aerotoleran Clostridium'lar aerobik ortamda nadiren spor oluştururlar ve katalazları negatiftir. Bacillus'lar anaerob ortamda nadiren spor oluştururlar ve katalazları pozitifdir.

Cevap C (*Ustaçelebi, Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, 1.baskı, 1999, s.441,625*)

99. Zarflı viruslar için doğru olanı işaretleyiniz.

- a) Yüksek ısıya dayanıklıdır.

b) Yayılmak için konak hücreyi öldürmezler.

c) Deterjanlara dirençlidirler.

d) Gastrointestinal kanalda canlılıklarını sürdürebilirler.

e) Alkolden etkilenmezler.

AÇIKLAMA: Zarflı viruslar tomurcuklanma ile hücre dışına çıkarlar ve bu olay sırasında hücre parçalanmaz. Viral zarf yüksek ısıya, deterjanlara, alkole, yağ çözücülere ve düşük pH derecelerine duyarlıdır, böyle ortamlarda parçalanır.

Cevap B (*Jawetz, Melnick&Adelberg's Medical Microbiology and Immunology, 5.baskı, 1998, s.152*)

100. HIV pozitif olgularda görülen retinit ve körlüğün en sık etkeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Cytomegalovirus
- b) Adenovirus
- c) Herpes simplex virus tip 1
- d) Coxsackievirus
- e) Ebstein Barr virus

AÇIKLAMA: HIV pozitif olgularda retinit ve körlüğün en sık nedeni cytomegalovirustur. Adenovirus ve Ebstein Barr virus retinit yapmaz. HSV; HIV pozitif olgularda daha çok keratit tablosuna neden olur, retinit yapma olasılığı çok düşüktür. **Coxsackievirus konjonktivite neden olur, retinit yapmaz.**

Cevap A (*Jawetz, Melnick&Adelberg's Medical Microbiology and Immunology, 5.baskı, 1998, s.521*)

101. Kızamık virusunun rezervuarı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Kuşlar
- b) Koyunlar
- c) Kemiriciler
- d) İnsanlar
- e) İnsanlar ve şempanzeler

AÇIKLAMA: Kızamık virusunun doğal konağı insandır, diğer canlılarda bulunmaz.

Cevap D (*Jawetz, Melnick&Adelberg's Medical Microbiology and Immunology, 5.baskı, 1998, s.214*)

102. Yirmibeş yaşında bir gebe sarılık şikayeti ile başvuruyor. Öyküsünden; bir ay önce Hindistan gezisinden döndüğü öğreniliyor. Viral hepatitten şüphelenilerek serolojik testler isteniyor. Gebe hastada aşağıdakilerden hangisi büyük riske sahiptir?

- a) Hepatit A
- b) Hepatit B
- c) Hepatit C

MİKROBİYOLOJİ

- d) Hepatit D
- e) Hepatit E

AÇIKLAMA: HEV infeksiyonu gebelerde yüksek mortalite oranına sahiptir. Hastanın HEV'in endemik olduğu Hindistan'a yaptığı gezi, sarılık nedeninin HEV olabileceğini düşündürmektedir.

Cevap E (*Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 5.baskı, 2000, s.1964*)

103.Aşağıdakilerden hangisi prionları inaktive eder?

- a) 135°C'de 30 dakika ısıtmak
- b) 121°C'de, 1 atmosfer basınçta 21 dakika tutmak
- c) DNAz ile muamele
- d) RNAz ile muamele
- e) 1 N sodyum hidroksit

AÇIKLAMA: 1 N sodyum hidroksit prionları inaktive eder. Prionlar; 132-134°C'de 2-4 saat süren otoklav işlemi ile inaktive edilebilirler, nükleik asitleri olmadığı için nükleazlara dirençlidirler.

Cevap E (*Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases., 5. baskı, 2000, s.1980*)

104.Aşağıdakilerden hangisi prionların neden olduğu bir hastalıktır?

- a) Creutzfeldt-Jakob hastalığı
- b) Subakut sklerozan panensefalit
- c) Doğu at ensefaliti
- d) Progresif multifokal lökoensefalopati
- e) Plörodinia

AÇIKLAMA: Subakut sklerozan panensefalit-kızamık virusu; doğu at ensefaliti-alphavirus; progresif multifokal lökoensefalopati-JC virus ve pleurodynia-Coxsackievirus ile ilişkilidir.

Cevap A (*Jawetz, Medical Microbiology and Immunology, 5. baskı, 1998, s.249*)

105.Aşağıdaki viruslardan hangisinin revers transkriptaz enzimi vardır?

- a) Retrovirus
- b) Adenovirus
- c) Parvovirus
- d) Rotavirus
- e) Enterovirus

AÇIKLAMA: Retrovirusların revers transkriptaz enzimi vardır. Retroviruslar DNA provirus modeli üzerinden çoğaldıkları için bu enzime gereksinimleri vardır.

Cevap A (*Jawetz, Medical Microbiology and Immunology, 5. baskı, 1998, s.247*)

106.Proviral DNA ara ürünü üzerinden çoğalan virus hangisidir?

- a) Retrovirus
- b) Reovirus
- c) Rotavirus
- d) Enterovirus
- e) Ebola virus

AÇIKLAMA: Retroviruslar tek iplikli, negatif polariteli RNA virusudur. Hücre içine girdikten sonra, virusa ait revers transkriptaz enzimi ile viral genomdan çift iplikli DNA (proviral DNA) sentezlenir ve bu DNA hücre kromozomuna entegre olur, hücrenin DNA'ya bağımlı RNA polimeraz enzimi ile mRNA sentezlenir. Reovirus çift iplikli RNA virusudur, viral RNA'ya bağımlı RNA polimeraz enzimini kullanarak mRNA sentezler. Rotavirus Reovirus ailesinde bulunur ve benzer replikasyon özelliklerine sahiptir. Enterovirus tek iplikli pozitif polariteli RNA virusudur, viral genomunu mRNA olarak kullanır. Ebola virus tek iplikli negatif polariteli bir RNA virusu olup, viral RNA'ya bağımlı RNA polimeraz enzimi ile mRNA sentezler.

Cevap A (*Jawetz, Medical Microbiology and Immunology, 5. baskı, 1998, s.247*)