



TOTBİD - TOTEK

Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği - Türk Ortopedi ve Travmatoloji Eğitim Konseyi

UZMANLIK EĞİTİMİ GELİŞİM SINAVI

29 Mayıs 2010

AÇIKLAMALAR VE SINAV KURALLARI

1. Sınav süresi 60 dakikadır.
2. Sınav **Doğru-Yanlış tipi** 100 sorudan oluşmaktadır.
3. Her sorunun **yalnızca bir** doğru yanıtı vardır. Bir soru için birden fazla seçenek işaretlenmişse o soru geçersiz sayılacaktır.
4. Bu sınavda **bir yanlış yanıt bir doğru yanıt eksiltecektir**. Bu nedenle yanıtını bilmediğiniz sorular için **(B) Bilmiyorum** yanıtını işaretlemeniz beklenmektedir.
5. Sınavın herhangi bir geçme kalma sınırı yoktur. Sınav sonucunda size sınav performansınız ile ilgili sonuç belgesi gönderilecektir.
6. Sınav sırasında; (*cep telefonu vb.*) bilgi depolama, işleme, iletme işlevi olan araçlar **kullanılamaz**.
7. Yanıtlar, optik okuyucu formunda yer alan ilgili boşluklara kurşun kalemle belirgin olarak işaretlenmelidir.
8. Sınav bitiminde; adınız, soyadınız uzmanlık eğitime başlama tarihiniz (*ay, yıl*) ile sınav gözlemciniz tarafından size bildirilecek kurum kodu ve aday numaranızı optik okuyucu formuna doğru olarak işaretlemiş olduğunuzu kontrol ederek formu teslim ediniz.

Başarılar Dileriz

1. Standart sapma varyansın kareköküdür.
2. İstatistiksel olarak tip 2 hata oluşumunu önlemek için denek sayısı artırılmalıdır
3. Bağlarda baskın olan kollajen tipi, tip II' dir.
4. Osteogenesis imperfekta, tip I kollajen yapım bozukluğuna bağlıdır.
5. Uzun süreli immobilizasyonla, bağlardaki kollajen sentezi ve degradesyonu azalır.
6. Yaşamın 6-7.on yılında nukleus pulposus'un tümü fibrokartilaj halini alır
7. Kırk yaşından sonra kırıkardaki kondrosit sayısında belirgin bir azalma olur.
8. Mikrokırık yöntemi ile tedavi edilen fokal eklem kırıkardağı defektlerinde iyileşme hyalin kırıkardak ile gerçekleşir.
9. Kontraksiyon sonrası bir cismin eski uzunluğuna dönebilme özelliğine elastisite denir.
10. Gün içinde normal bir bireyde oluşabilen boy değişimi ortalama 1.5 cm'dir.
11. Normal yürüme sırasında, her iki ayağın birden yere bastığı bir evre mutlaka vardır; ancak koşma sırasında böyle bir evre yoktur.
12. Trendelenburg yürüyüşünde, hastalıklı bacak üzerine basma sırasında, gövde karşı tarafa doğru eğilir.
13. Kobaltlı alaşımlara krom eklenmesi korozyon direncini artırmak içindir.
14. Sementin el yerine vakumla karıştırılması poroziteyi azaltmak içindir.
15. Kırık iyileşmesi sürecindeki progenitor hücre eksikliğinden kaynaklanan sorunlar kemik greftlemesi ile düzeltilebilir.
16. Steroid olmayan anti-enflamatuar ilaçlar düşük dozlarda kırık iyileşmesini stimüle ederler.
17. Düşük gerinim (strain), yüksek oksijen basıncı olan bölgelerde, kemik yerine kırıkardak oluşumu görülür.
18. Erişkin dönemde osteomyelit, en sık tibiada görülür.
19. Erişkinlerde septik artrit en sık görülen nedeni Stafilokokkus aureus'tur.
20. HLA-B27 antijeni normal popülasyonun %20'sinde görülür.
21. Kadınlarda blastik metastaz en sık meme kanserlerinde görülür.
22. Politravmalı hastada sekonder stabilizasyon süresi 3-8. günler arasındadır.
23. Politravmalı bir hastada ayakbileği-kol indeksinin 0.9'dan büyük olması arteriyel yaralanmayı ekarte ettirir.

24. İdrar çıkışı 2mL/kg/saat olmadan hasta stabil kabul edilemez.
25. Konsepsiyon öncesi alınan günlük 0,4 mg folik asid myelomeningosel riskini belirgin olarak azaltır.
26. Alt motor nöron hastalığı olan cerebral palsi 1-3/1000 canlı doğumda görülür.
27. Orak hücreli anemide osteomyelit insidensi %1den az olmakla birlikte osteonekroz riski yaklaşık 50 kez fazladır.
28. Klavikula kırıklarında başlangıçta 2 cm.nin üzerinde kısalık olması, kaynamama nedenleri arasındadır.
29. Valgus pozisyonunda impakte proksimal humerus kırıklarında anterolateral kapsüller bağlantılar nedeniyle humerus başının beslenmesi sürer.
30. Bankart lezyonunda anterior labrum ve inferior glenohumeral ligaman kompleksi glenoid'den ayrılır.
31. Omuz çıkıklarında, hastanın yaşıyla çıkığın tekrarlama riski arasında doğru orantılı bir ilişki vardır.
32. Omuz instabilitesinde rekürrens, artroskopik onarımlardan sonra, açık onarımlara göre daha fazla görülür.
33. Omuz çıkığı sonrası rehabilitasyon statik stabilizatörlere yöneliktir.
34. Koronoid kırığı varsa radius başı eksizyonu kontraendikedir.
35. Ulna kırığı sonrası önkolda rotasyon sorunu olabilmesi için açılanmanın 10 dereceden fazla olması gerekir.
36. Radius distal ucunda radial inklinasyon 13 ila 30 derece arasında değişebilir.
37. Metakarp diafiz kırıklarında kabul edilebilir açılanma 2. parmandan 5. parmağa doğru artar.
38. Bouttonniere deformitesinde PIP'te hiperekstansiyon ve DIP'te ekstansiyon kaybı görülür.
39. Lomber bölgede en sık olarak görülen omur kırığı tipi, kompresyon tipi kırıklardır.
40. Kompresyon kırığı; omurda anterior kolonda kamalaşma ve omur arka duvarının omuriliğe bası yapmayan kabarmasıyla karakterize kırık şeklindedir.
41. Lomber spinal kanal daralmasında hastalar klasik olarak ayakta veya yürürken artan bel, kalça, bacak arkası ağrısından yakınır. Yakınmaları öne eğilme ile azalır.

42. Lomber kanal çapının orta sagittal hatta 10 mmden daha az olması, lomber spinal stenoz tanısını kesinleştirir.
43. Lomber spinal stenoz konservatif tedavi ile %70 oranında iyileşir.
44. İskelet matüritesi sonrasında skolyoz, özellikle 60 derecenin üzerinde torakal eğrilikler, yılda 1 derece ilerlemeye devam eder.
45. Dejeneratif spondilolistesis en sık L4-L5 düzeyinde görülür.
46. Lomber disk hernisinde kesin cerrahi endikasyon ilerleyici nörolojik defisit ve sfinkter kontrol kaybıdır.
47. L4-L5 Posterolateral disk fitıkları genellikle aynı düzey (L4) sinir kökünü etkiler.
48. Lomber diskektomi sonrasında aynı düzeyde fitığın tekrarlama riski %5 civarındadır.
49. Kola yayılan ağrı ile birlikte 3. parmak ucunda duyu kaybı, triceps kuvvet kaybı ve triceps refleksinde kayıp C7 kök basısını gösterir.
50. Omurganın piyojenik enfeksiyonları en sık lomber bölgede görülür.
51. Çocuk yaş grubu omurga enfeksiyonlarının %80'ini Staphylococcus aureus oluşturur.
52. Spinal epidural absese en sık hematogen yayılım neden olur.
53. Osteoblastom omurgada ağrı yakınmasına yol açar ve tipik olarak omurun ön kısmında yerleşir.
54. Vertikal yerleşimli kaba trabeküller omurga hemanjiomunun tipik radyolojik görüntüsüdür.
55. Romatoid artritte görülen myelopati ilerleyici olmayıp, ameliyat endikasyonu oluşturmaz.
56. Femur başı ossifikasyon çekirdeği genellikle 6 ay civarında belirmeye başlar.
57. Barlow testi kalçayı muayene edenin nazikçe fleksiyon ve adduksiyondaki kalçayı çıkartmaya veya sublukse etmeye çalışmasına dayanan provokatif bir testtir.
58. Barlow ve Ortolani testleri kullanımı için en uygun dönem 3-6 ay arasındadır.
59. Graf yöntemi ile yapılan kalça ultrasonografisinde alfa açısı iliak çizgi ile asetabulum kemik çatısı arasında kalan açıyı ifade eder ve normalde 60 derecenin üzerindedir.
60. Pavlik bandajı kullanan bir bebeğin; avasküler nekroz riskini arttıracığından, bandaj ile birlikte uzun süre yüzükoyun yatırılmaması gerektiği aileye anlatılmalıdır.

61. Kalça ağrısı ile başvuran bir 13 yaşında erkek çocuğun kalça muayenesinde, kalça fleksiyonu ile birlikte kendiliğinden dış rotasyon görüldüğünde öncelikle femur başı epifiz kayması düşünülmelidir.
62. İlium kırıklarının açık redüksiyon ve internal fiksasyon ile tedavisinde en uygun yaklaşım anterior yaklaşımdır.
63. 2,5 cm den fazla yer değiştirme gösteren symphysis pubis yaralanmaları, rectus yarılarak yapılan yukarıdan plaklama ile tedavi edilmelidirler.
64. Asetabulum kırıklarının radyografik değerlendirilmesinde, pelvisin anteroposterior ve Judet grafileri (45 derece obturator ve iliak oblik) çekilmelidir.
65. Deplase femur boynu kırıklarının tedavisinde, bipolar hemiartroplastinin sonuçları, unipolar hemiartroplastiden üstündür.
66. Genç bir hastada yüksek Pauwels açılı femur boyun kırığının uygun tedavisi; Watson-Jones yaklaşımı ile hematoma boşaltılması, anatomik ya da valgus konumunda redüksiyon ve sabit açılı bir implant ile internal tespit olmalıdır.
67. Valgus konumunda impakte, nondeplase femur boyun kırıkları, konservatif tedavi ile yüksek oranda başarılı olarak tedavi edilebilir.
68. Subtrokanterik kırıklarda proksimal fragmanın fleksiyon-abduksiyon-dış rotasyon konumu, intrameduller çivilemeyi güçleştirir.
69. Travmatik kalça çıkığı ile birlikte asetabulum kırığı oluşması, femur başında aseptik nekroz gelişme şansını azaltır.
70. İntertrokanterik kırıkların büyük çoğunluğunda seçilmesi gereken tedavi yöntemi, primer kalkar destekli hemiartroplasti olmalıdır.
71. Kalçada periprotetik osteolizin değerlendirilmesinde doğruluğu en yüksek olan görüntüleme yöntemi, bilgisayarlı tomografidir.
72. Femur başı aseptik nekrozu olan bir kalçada hilal (crescent) bulgusu olması Ficat sınıflamasına göre evre 3 tutuluğu gösterir.
73. 30 yaşındaki bir hastada evre 2 femur başı aseptik nekrozunun tedavisi için en uygun yöntem, kalça yüzey artroplastisidir.
74. Chiari pelvik osteotomisi, asetabulumun doğrultusunu değiştirerek femur başının daha iyi örtülmesini sağlayan rekonstrüktif tip bir pelvik osteotomidir.

75. Normal bir kişinin pelvis AP radyogramında, asetabulumun ön duvarı, arka duvarına oranla daha medialde yer alır.
76. Total kalça protezi revizyonu sırasında çoğunlukla çimentolu femoral stemler kullanılır.
77. Total kalça protezi sırasında “yüksek çapraz bağlı polietilen” kullanımının amacı, polietilenin aşınmaya karşı direncini arttırmaktır.
78. Total kalça protezi amacı ile metal-metal yüzey eşleşmesinin kullanılmasına karşı en önemli çekince; metal debris ve ionlarının uzun dönemdeki sistemik etkileridir.
79. Total kalça uygulaması sonrası ilk 4 hafta içinde gelişen derin periprostetik enfeksiyon iki aşamalı revizyon ile tedavi edilmelidir.
80. Femura intramedüller çivileme yaparken giriş noktası olarak, piriformis fossası yerine trokanter major tepesi kullanılması, varus dizilim bozukluğuna ve kırık hattında iatrojenik parçalanmaya neden olur.
81. Ateşli silah yaralanmasına bağlı femur cisim kırığı, intramedüller çivileme için bir kontrendikasyondur.
82. Femur diafiz kırıklarında parçalanma miktarı, femur çapının %50sini aşmıyorsa; aksiyel yönde kırık stabil olarak kabul edilir.
83. Var olan bilimsel kanıtlar, açık tibia kırıklarında, oymadan konulan intramedüller çivilerin enfeksiyon gelişimi ve kaynamama gelişimi yönlerinden oyularak konulan çivilerden daha üstün olduklarını ortaya koymaktadır.
84. Alt ekstremitede kompartman sendromu gelişimi yönünden en güvenilir bulgu; distal nabızların alınamamasıdır.
85. Var olan bilimsel kanıtlar, tibia plato kırıklarında artroskopi yardımcı redüksiyon uygulanması ile daha üstün sonuçlar alındığını göstermektedir.
86. Çocuk tuberositas tibia kırıkları çoğunlukla apofiz kapandıktan sonra görülür.
87. Medial menisküs, lateral menisküse oranla, kompartmanındaki yükün daha büyük bir oranını taşır.
88. Posteromedial köşenin yaralanmaya katılmadığı, izole ya da ön çapraz bağ rüptürü ile birlikte olan iç yan bağ yaralanmaları konservatif olarak tedavi edilebilirler.
89. Rutin MRG, eklem kıkırdağı değişikliklerini, menisküs değişikliklerine oranla daha özgün olarak tanımlayabilmektedir.

90. Total diz artroplastisinde osteoliz ve erken gevşeme gelişimi yönünden, çimentolu ve çimentosuz tespit arasında fark yoktur.
91. Obesite ve karşı kompartmanda artrokopik değişikliklerin görülmesi, unikompartmantal diz artroplastisi yönünden kontrendikasyon oluşturur.
92. Var olan bilimsel kanıtlar, total diz artroplastisi sırasında patellar komponent uygulanan ve uygulanmayan dizlerde aynı oranda “dizönü ağrısı” görüldüğünü ortaya koymaktadır.
93. Bir total diz artroplastisi sonrasında elde edilebilecek hareket genişliğinin en önemli göstergesi, ameliyat öncesinde var olan hareket genişliğidir.
94. Varus deformiteli enflamatuvar artritlerde, yüksek tibial osteotomi değil, unikompartmantal diz artroplastisi tercih edilmelidir.
95. Ayak bileğinde sindesmoz vidası, eklemin 1.5-3 cm proksimalinde ve 30 derece öne doğru açılarak uygulanmalıdır.
96. Kalkaneus kırıklarının ilk 7 gün içinde ameliyat edilmesi, komplikasyon riskini azaltır.
97. Tibiotalar eklem yüzeyinin %25inden azını içeren ve 2 mm den daha az yer değiştirme gösteren posterior malleol kırıkları konservatif olarak tedavi edilebilir.
98. Ayak bileğinde en sık görülen osteoartrit tipi, diz ve kalçada olduğu gibi primer osteoartrittir.
99. Tarsal koalisyon şüphelenilen bir hasta, parmak ucuna kaldırıldığında ayakarkası valgusu düzelir.
100. Halluks rigidus'ta ayak başparmağı metatarso falangeal ekleminin özellikle planter fleksiyon hareketi kısıtlanır.

Sınav soruları sona erdi; Lütfen kontrolünü yapınız....

YANITLAR

1. D
2. D
3. Y
4. D
5. Y
6. D
7. Y
8. Y
9. D
10. D
11. D
12. Y
13. D
14. D
15. D
16. Y
17. Y
18. D
19. Y
20. Y
21. D
22. D
23. D
24. Y
25. D
26. Y
27. D
28. D
29. Y
30. D
31. Y
32. D
33. Y
34. D
35. D
36. D
37. D
38. Y
39. Y
40. Y
41. D
42. D
43. Y

44. D
45. D
46. D
47. Y
48. D
49. D
50. D
51. D
52. Y
53. Y
54. D
55. Y
56. D
57. D
58. Y
59. D
60. D
61. D
62. Y
63. D
64. D
65. Y
66. D
67. Y
68. D
69. Y
70. Y
71. D
72. D
73. Y
74. Y
75. D
76. Y
77. D
78. D
79. Y
80. D
81. Y
82. D
83. Y
84. Y
85. Y
86. Y
87. Y
88. D

89. Y
90. Y
91. Y
92. Y
93. D
94. Y
95. D
96. Y
97. D
98. Y
99. Y
100. Y

D: 53

Y: 47

Y