



TOTBİD – TOTEK

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

IX. UZMANLIK EĞİTİMİ GELİŞİM SINAVI
26 Mayıs 2018

AÇIKLAMALAR VE SINAV KURALLARI

1. Bu sınavın geçme-kalma sınırı belirleme amacı yoktur. Sınavın temel amacı, kendinizi değerlendirme olanağı sunmaktır.
2. Sınav süresi 90 dakikadır.
3. Sınav 200 sorudan oluşmaktadır.
4. Yanıtlarda doğru (D), yanlış (Y) ve bilmiyorum (B) seçenekleri mevcuttur.
5. Her sorunun yalnızca bir doğru yanıtı vardır. Bir soru için birden fazla seçenek işaretlenmiş ise, o soru geçersiz sayılacaktır.
6. Yanıtını bilmediğiniz sorular için (B) bilmiyorum yanıtını işaretleyiniz. Bu sınavda bir yanlış yanıt, bir doğru yanıtı eksiltecektir.
7. Yanıtlar optik formda yer alan ilgili boşluklara yumuşak bir kurşun kalem ile işaretlenmelidir. Lütfen optik formda ilgili boşluklar dışındaki alanları kullanmayınız.
8. Sınav sırasında cep telefonu, bilgi ve görüntü depolama-işleme veya iletme özelliğindeki aygıtlar kullanılamaz.
9. Sınav bitiminde adınız, soyadınız, TC kimlik numaranız, uzmanlık eğitiminize başlama tarihiniz (ay ve yıl olarak) ile sınav gözlemciniz tarafından size bildirilecek kurum kodunuz ve varsa aday numaranızın optik forma doğru olarak işaretlemiş olduğundan emin olunuz.
10. Sınavınızı tamamlayıp optik formunuzu teslim ettikten sonra, lütfen size verilecek olan anket formunu doldurunuz

Başarılar Dileriz.

IX. UZMANLIK EĞİTİMİ GELİŞİM SINAVI**SORULAR**

1. Eksojen glukokortikoidler osteoblast ve osteositlerin apoptozunu artırır.D
2. Denosumab, RANK ligandına bağlanarak osteoklast fonksiyonlarını bloke eder.D
3. Osteonlar birbirine havers kanalları ile bağlanır.Y
4. PTH reseptörleri osteoblastlarda ve böbreklerde bulunur.D
5. Osteositler, kemik dokusunda en çok bulunan hücrelerdir.D
6. Eklem kırık yapısında bulunan ana kollajen tip I'dir.Y
7. Kırık yaşlandıkça kondrosit sayısı artar.Y
8. Kasın en küçük fonksiyonel birimi sarkomerdir.D
9. Sharpey lifleri; tendonların kemiğe yapıştığı yerde bulunan fibrokırık yapılarıdır.D
10. Ehlers - Danlos Sendromunda tip I kollajen etkilenmiştir.D
11. Kanama kaskatında eksojen ve endojen yolaklar faktör 9 da kesişir.Y
12. Polimetilmetakrilat içerisinde yer alan zirkonyum dioksit kimyasal başlatıcı görevi görmektedir.Y
13. Büyüme plağında proliferatif katman en aktiftir.D
14. Botulinium toksini kas-sinir kavşağındaki kolin esteraz enzimini bloke ederek görev alır.Y
15. Stress-strain eğrisinde altta kalan alan harcanan toplam kuvveti gösterir.Y
16. Ortopedik implantlara karşı gelişen immunolojik cevap tip IV (gecikmiş aşırı duyarlılık) tür.D
17. N. kutaneus femoris lateralis, lomber pleksustan çıkar.D

18. Uzman görüşü, kanıta dayalı tıp piramidinin en tepesinde yer almaktadır.Y
19. Glikokortikoidler, araşidonik asit yolağında fosfolipaz A2 enzimini inhibe eder.D
20. Aztreonam B-laktam bir antibiyotiktir.D
21. Poroz kaplamalı implantlarda optimal por büyüklüğü 50 ile 100 µm arasında olmalıdır.D
22. Sistemik İnflamatuvar Yanıt Sendromunda (SIRS), en etkili interlökin tipi IL-9 dur.Y
23. Asetil salisilik asidin trombositler üzerindeki etkisi reversibldir.Y
24. Nöropraksi, sinir anatomisinin hasarlanmadan sinir fonksiyonun bozulduğu en hafif yaralanmadır.D
25. Arteriel kan akımı normal matür kemikte sentrifugal (içten dışa), kırık oluştuğunda ise sentripedal (dıştan içe) olur.D
26. Magnetik rezonans STIR incelemesi, su baskılı anatomik yapıları inceleyen bir sekanstır.Y
27. Heparin terapisinin monitorizasyonu pıhtılaşma zamanı (PZ) ölçümü ile yapılır.Y
28. Sensitivite, bir test ile hastalığın saptanabilme olasılığıdır.D
29. Uzun kemiklerde rotasyonel güçler transvers kırığa yol açar.Y
30. Tetrasiklin hücre duvar sentezini inhibe ederek etki gösterir.Y
31. Tüm deplase Pipkin tip II femur başı kırıkları cerrahi olarak tedavi edilmedir.D
32. Bigelow manevrası, hasta prone pozisyonda yatarken yapılır.Y
33. İntertrokanterik kırıklarda; ters oblik ve posteromedial parçanın olması instabilite kriteridir.D

34. Proksimal humerus kırıklarının konservatif tedavisinde en sık görülen komplikasyon eklem sertliğidir.D
35. Femur shaft kırıklarının kilitli intramedüller çivilemesinde, çivinin antegrad veya retrograd uygulanması stabiliteyi etkilemez.D
36. Pulmoner komplikasyonların gelişmesi açısından, oymalı ve oymasız femoral intramedüller çivileme teknikleri arasında fark vardır.Y
37. Patella vertikal kırıkları en iyi yan grafide görülür.Y
38. Komorbiditesi olmayan diabetik hastalarda ayak bileği kırıklarının cerrahi tedavisinde diabetik olmayanlarla aynı oranda komplikasyon gelişme riski vardır.D
39. En sık görülen ayak bileği kırık mekanizması supinasyon-adduksiyon tipidir.Y
40. Humerus distal üçte birine uzanan shaft kırıklarının açık redüksiyonu için en uygun yaklaşım, posterior açılımdır.D
41. Humerus cisim kırıklarının konservatif tedavisinde altın standart yöntem 'fonksiyonel ortez'dir.D
42. Klavikula kırığının eşlik ettiği, 2 cm den fazla lateralizasyonu olan skapula kırıklarının tedavisi cerrahidir.Y
43. ASIA (American Spinal Injury Association) nörolojik değerlendirme sisteminde, sadece motor ve duyu değerlendirmesi yapılır.D
44. Profilaktik antibiyotik, ameliyatın uzadığı her saat başı tekrarlanmalıdır.Y
45. Çocukluk çağında gerçekleştirilen amputasyonları takiben aşırı kemik büyümesi en sık radius ve ulnada görülmektedir.Y
46. Pelvisin outlet grafisi ile anteroposterior deplasman değerlendirilir.Y

47. Femur boyun kırıklarında, redüksiyonun Garden dizilim indeksine göre değerlendirilmesinde, anteroposterior grafide 160-180 derece ve lateral grafide 180 derece açılanma kabul edilir.D
48. Açık kırıklarda debridman sırasında kasın vitalitesini değerlendirmede; renk, kıvam, kasılabilirlik ve kanlanma özellikleri dikkate alınmalıdır.D
49. Travmatik posterior kalça çıkığında hastanın alt ekstremitesi; iç rotasyon ve adduksiyon pozisyonundadır.D
50. Asetabulum kırıklarında, Matta'nın tariflediği çatı ark (roof arc) ölçümü 45 derecenin üzerinde ise cerrahi tedavi yapılır.Y
51. Tibia ve fibula için iki ayrı insizyon planlanacak ise, arada en az 5 cm mesafe olması önerilmektedir.Y
52. Pelvis kırıklarında kanamanın çoğunluğu venöz kaynaklıdır.D
53. Morel-Lavellee lezyonu, subkutan dokunun alttaki fasyadan makaslama kuvvetlerinin etkisiyle ayrılması sonucu oluşur.D
54. Shatzker tip 6 plato kırıklarında medial platonun plakla desteklenmesi yeterlidir.Y
55. Rockwood tip 3 akromiyoklaviküler yaralanmada korakoklaviküler bağlar korunmuştur.Y
56. 5 yaş üstünde dinamik metatarsus adduktusun tedavisi için en ideal seçenek anterior tibial tendon transferidir.Y
57. Kalkaneus eklem içi kırıklarında, posterior fasetin yüksekliğinde azalma Böhler açısında artışa neden olur.Y
58. Talus gövdesinin ana besleyici damarı, peroneal perforan arterdir.Y

59. Os peroneum, peroneus longus tendon yapısının içinde yer alan sesamoid bir kemiktir.D
60. Maisonneuve kırığı, medial malleol kırığına eşlik eden interosseöz membranın yırtıldığı fibula boyun kırığıdır.D
61. Freiberg infraksiyonu 3. metatars başının osteonekrozudur.Y
62. Talusun travmatik osteokondral lezyonları genelde sığ ve anterolateral yerleşimlidir.D
63. Lisfrank bağı, lateral kuneiform ile 2. metatars tabanı arasındadır.Y
64. Charcot-Marie-Tooth (CMT) hastalığı en sık görülen kalıtsal, ilerleyici periferik nöropatidir.D
65. Aşil tendon rüptürü genelde Aşil tendonu ile kalkaneus bileşkesinde görülür.Y
66. Pes Planus'ta uygulanan Evans anterior kalkaneal osteotomisi, ayak lateral kolonunu uzatan bir ameliyattır.D
67. Anterior tarsal tünel sendromu, tibial sinirin inferior ekstansör retinakulum altında sıkışmasıdır.Y
68. Morton nöroma, genelde 3. ve 4. metatarslar arasında görülür.D
69. Talus gövde kırıklarından sonra subtalar artroz gelişme sıklığı, talus boyun kırıklarına göre daha fazladır.D
70. Uyumsuz eklemi olan halluks valgusun cerrahi tedavisinde, distal chevron osteotomisi tek başına yeterlidir.Y
71. Hawkins bulgusu, talus kırığı sonrası kötü prognoz göstergesidir.Y
72. Yürüme siklusunun %60'ını basma fazı, %40'ını salınım fazı oluşturur.D
73. Florokinolon grubu antibiyotikler Aşil tendon rüptürü için risk faktörüdür.D

74. Ayak medial arkını destekleyen temel kemik lateral kuneiformdur.Y
75. Distal tibiofibuler eklem hareketsizdir.Y
76. Total kalça artroplastisinde çimentolu asetabular kaplarda çimentolu femoral stemlere göre daha fazla gevşeme görülür.D
77. Total kalça artroplastisinde anterior yaklaşım dislokasyon için risk faktörüdür.Y
78. Total kalça artroplastisinde uygun femoral stem anteversiyonu 10-15° dir.D
79. Total kalça artroplastisinde çimentonun en güçsüz olduğu durum kompresyon güçleridir.Y
80. Total diz artroplastisinde fleksiyonda medial gerginlik varsa superfisiyel MCL'nin anterior kısmı gevşetilmelidir.D
81. Total diz artroplastisinde fleksiyon aralığı kontrol edilirken; femur distal kesisine, tibia kesisine ve posterior kapsüle bakılır.Y
82. Valgus-fleksiyon deformiteli gonartrozda, total diz artroplastisi sonrası peroneal sinir arazi görülürse ilk yapılması gereken kompresif bandajların çıkartılması ve dizin fleksiyona getirilmesidir.D
83. Total kalça artroplastisinde sinir yaralanmalarının %80'i siyatik, %20'si femoral sinirde meydana gelmektedir.D
84. Total kalça artroplastisinde intraoperatif kırık ihtimali çimentolu implantlarda daha yüksektir.Y
85. Periprostetik eklem enfeksiyonu tanısı koymak için, etkilenen protezli eklem ile bağlantılı sinüs yolu olması tek başına yeterlidir.D
86. Total diz protezi enfeksiyonunda erken dönemdeki tedavi seçeneklerinden biri, artroskopik yıkamadır.Y

87. Total diz artroplastisinde patella uyumunun sağlanması için, femoral ve tibial bileşenler medialize edilmelidir.Y
88. Total diz artroplastisi ameliyatı sırasında ekstansiyonda stabilitenin iyi, mid-fleksiyonda instabilite olduğu durumda, femoral komponent büyüklüğü artırılır.D
89. Total kalça artroplastisinde kalça eklem stabilitesinin anahtar yapısı abdüktör mekanizmadır.D
90. Ön çapraz bağ yetmezliği, hareketli taşıyıcılı unikompartmantal diz artroplastisi için mutlak kontrendikasyon oluşturmaktadır.D
91. Diz artrodezi için ideal pozisyon; fleksiyon, valgus ve iç rotasyondur.Y
92. Total ayak bileği protezi, ayak bileği instabilitesinin eşlik ettiği artrozlarda tedavi seçeneklerinden biridir.Y
93. Orak hücreli anemi, total kalça artroplastisi sonrası erken dönem protez gevşemesinde önemli bir etmendir.D
94. 15 dereceden daha fazla valgus durumunda PCL'yi koruyan diz protezleri kullanılmalıdır.Y
95. Rotator manşet yırtığı artropatisi reverse omuz protezi için kontrendikedir.Y
96. Mafucci sendromunda görülen benign kondral tümörlerin tümü malignleşir.D
97. Kondrosarkomda, direkt radyografide “patlamış mısır” görünümü tipiktir.D
98. Ağrılı adölesan skolyoz olgularında ayırıcı tanıda, osteoid osteoma akla gelmelidir.D
99. Parosteal osteosarkoma alt ekstremitede en çok proksimal femurda görülür.Y
100. Telenjiektazik osteosarkom, osteokondromun ayırıcı tanısında öncelikle akla gelmelidir.Y

101. Multiple myeloma en sık görülen primer kemik tümörüdür.D
102. Non-ossifying fibroma, çocukluk çağının en çok görülen malign kemik tümörüdür.Y
103. Malign fibröz histiyositom, erişkinlerde en sık görülen yumuşak doku tümörüdür.Y
104. Kordoma, en sık servikooksipital bölgede görülür.Y
105. Unikameral kemik kistinde direkt radyografide “düşen yaprak” görünümü tipiktir.D
106. Unikameral kemik kisti tedavisinde kist aspirasyonu ve intralezyoner metilprednizolon enjeksiyonu uygulanabilir.D
107. Dev hücreli tümör uzun kemiklerin diafizini tutar.Y
108. Lomber vertebralar, kemik metastazlarının en sık olduğu spinal bölgedir.Y
109. Neuroblastoma, çocukluk çağının en sık görülen solid tümörüdür.D
110. Pigmente villonodüler sinovitin histolojipatolojik incelemesinde, hemosiderin pigmenti içeren dev hücreler gözlenir.D
111. Ewing sarkomu en çok uzun kemiklerin metafizer bölgesinde görülür.Y
112. Heterotopik ossifikasyon profilaksisinde 700 cGy radyoterapi tedavi seçeneklerinden biridir.D
113. Hand-Schuller-Christian hastalığında multiple kranial lezyonlar, diabetes insipidus ve egzoftalmus izlenir.D
114. Paget hastalığında %1’in altında sarkom görülme riski bulunmaktadır.D
115. Anevrizmal kemik kisti; destrüktif olmayan bir kemik tümörüdür.Y
116. Servikal spondiloz en sık C5-C6 seviyesinde görülür.D
117. Nörojenik şok hipovolemik şoktan göreceli bradikardi bulgusu ile ayrılır.D

118. Santral spinal stenoz, L3-L5 vertebra seviyeleri arasında daha sık görülür.Y
119. Forestrier hastalığı (diffuz idiopatik iskelet hyperostosis / DİSH) en çok lomber bölgede görülür.Y
120. Metastatik omurga tümörleri, vertebra pedikülünden başlar ve korpusa doğru yayılır.Y
121. Dejeneratif spondilolistezis en sık L4-L5 seviyelerinde görülür.D
122. Servikal omurgada C6 sinir kökü C5 pedikülünün altından geçer.D
123. Spinal kord yaralanma sendromlarında en kötü prognoz Brown-Sequard sendromundadır.Y
124. Tüberküloza bağlı erken dönem omurga enfeksiyonlarında, disk aralığındaki bozulmaya rağmen vertebra korpusları korunmuştur.D
125. Skolyozda vertebral rotasyonun değerlendirilmesinde kullanılan Nash-Moe pedikül yönteminde, pediküller vertebra cisimlerinin yan taraflarına eşit uzaklıkta olduğunda vertebrada rotasyon olmadığı şeklinde yorumlanır.D
126. Spondilolistezisin displastik tipinde pars interartikularis defekti vardır.Y
127. Posterolateral füzyon, konservatif tedaviye yanıt vermeyen semptomatik spondilolizisin cerrahi tedavi yöntemidir.D
128. Spinal stenoz en sık L5-S1 seviyesinde görülür.Y
129. Nörojenik klaudikasyon; gövde fleksiyonu, öne eğilme ve uzanma ile azalır.D
130. C5-C6 arasındaki disk herniasyonu C5 sinir kökünü etkiler.Y
131. Tüberküloza bağlı omurga enfeksiyonları tipik olarak anterior longitudinal ligaman altından yayılır.D

132. Çocuklarda spinal yaralanma şüphesi varlığında baş gövdeye göre 2 - 3 cm yükseltilmelidir.Y
133. Burst kırıkları, nörolojik defisit yoksa ve posterior longitudinal ligaman kompleksi sağlamsa hiperekstansiyon ortezi ile konservatif tedavi edilebilir.D
134. Santral kord sendromunda alt ekstremitte, üst ekstremitteye kıyasla daha çok etkilenir.Y
135. Spinal şokta gözlenen bradikardi parasempatik yolağın bozulması nedeniyle meydana gelir.Y
136. Martin – Gruber anastomozu, median ve ulnar sinir motor lifleri arasındaki bağlantıdır .D
137. Başparmakta 3 krusiyat ve 3 oblik pulley mevcuttur.Y
138. Skafoid kemiğin ana kan desteği radial arterin volar dalından gelir.Y
139. Mukopolisakkaridoz, çocukluk çağı Karpal Tunel Sendromlarının en sık sebebidir.D
140. Dupuytren hastalığında, dupuytren fasyası içinde tipik olarak Tip3/Tip1 kollagen oranında artış vardır.D
141. Lumbrikal kasların origosu, fleksör dijitorum profundus tendonlarının radialidir.D
142. Ampute bir parmağın replantasyonunda ilk olarak parmağın arteryel reanastomozu sağlanmalıdır.Y
143. Wartenberg tuzak nöropatisinde motor defisit gözlenmez.D
144. El bileği dorsalinde görülen ganglion kistleri, en sık skafolunat eklemden köken alırlar.D

145. Parmak ucu pulpasının enfeksiyonunda (felon) en sık karşılaşılan patojen Streptokok türleridir.Y
146. Elde en sık görülen konjenital deformite duplikasyon kaynaklıdır.D
147. El bilek grafisinde normal radial inklinasyon açısı yaklaşık 11-13 derecedir.Y
148. Eldeki insan ısırığına bağlı enfeksiyonların tedavisinde ampirik olarak İV. sefalosporin grubu antibiyotikler tercih edilir.Y
149. El kemik malign tümörleri içinde en sık görüleni metastatik akciğer karsinomudur.D
150. Preiser hastalığı, skafoidin idiopatik ostenekrozudur.D
151. Pronator Sendromunda kesin tanı elektrodiagnostik testler ile konur.Y
152. Eldeki, transvers retinakular ligaman, lateral bantların volar subluksasyonunu engeller.Y
153. Aksonotmesiste nörotmesisten farklı olarak Wallerian dejenerasyon gözlenmez.Y
154. Romatoid artritte elin ekstansör tendonlarında; ekstansör digiti minimi ile başlayan ve radiale doğru ilerleyen ekstansör tendon kopmaları meydana gelir.D
155. Primer osteoartrit, üst ekstremitede en sık omuz bölgesinde görülür.Y
156. Diz bağları arasında gerilme kuvveti en yüksek olan iç yan bağıdır.D
157. Akut diz hemartrozunun en sık görülen sebebi menisküs yırtığıdır.Y
158. Ön çapraz bağ yaralanma riski, kadınlarda erkeklerden daha yüksektir.D
159. Diz çıkığı olgularının yaklaşık yarısında popliteal arter yaralanması görülür.D
160. Kuadriseps tendon rüptürü çoğunlukla adolesanlarda görülür.Y
161. Stenoklavikular eklemda aksiyal (anterior-posterior) stabiliteyi posterior kapsül sağlar.D

162. Tekrarlayan omuz çıkıklarında glenoidde kemik defekti % 25 ve üzerinde ise korakoid transferi (Latarjet) tavsiye edilir.D
163. Atıcı sporcularda görülen içeriden sıkışma (internal impingement) tablosunda en önemli sorun subskapularis tendonundadır .Y
164. Kalsifik tendinit en sık supraspinatus tendonunda görülür.D
165. Dirsek çıkığında ilk zedelenen iç yan bağ (medial kollateral ligaman) dır.Y
166. Osteokondritis dissekans dirsek ekleminde tipik olarak olekranonda görülür.Y
167. Femoroasetabular sıkışma sendromunda en değerli muayene bulgusu anterior sıkışma testidir.D
168. Ottawa kurallarına göre, ayak bileği burkulması ile başvuran bir hastaya, malleollerde hassasiyeti yoksa ve yürürken yük verebiliyorsa röntgen çekirtmeye gerek yoktur.D
169. Masif rotator manşet yırtığına bağlı artropatide (cuff tear arthropathy), glenoid erozyonu posteriordadır.Y
170. Başparmak ulnar kollateral ligaman yaralanmasında muayene metakarpofalangeal eklem 90 derece fleksiyodayken yapılmalıdır.Y
171. Aşil tendonu kopmasında Thomas testi tanı koydurucudur.Y
172. Triangular fibrokartilaj kompleks (TFCC) en sık pronasyonda ve dorsifleksiyonda açık el üzerine düşme ile yaranır.D
173. Adeziv kapsülit (donmuş omuz) için en karakteristik bulgu, kol adduksiyodayken dış rotasyon kısıtlılığıdır.D
174. Kim lezyonu (posteroinferior labrumda yırtık) omuz posterior instabilitesiyle ilgilidir.D

175. Rotator intervali oluşturan en önemli yapı orta glenohumeral ligamandır.Y
176. Menisküs kistleri genellikle medial menisküsün vertikal yırtıkları ile ilişkilidir.Y
177. Skapula kanatlanmasına sebep olan sinir sorunlarının en önemlisi supraskapular sinir yaralanmasıdır.Y
178. Distal biceps tendon rüptürü motor muayenesinde, supinasyonun fleksiyondan daha fazla etkilenmiş olduğu görülür.D
179. Quadrilateral (quadrangular) Space Sendromu, aksiler sinir ve posterior humeral sirkumfleks arterin kompresyonudur.D
180. Medial menisküs tamiri sırasında risk altında olan en önemli anatomik yapı sural sinirdir.Y
181. Ankilozan spondilit, Reiter sendromu, inflamatuvar barsak hastalığı ve psoriasis seronegatif spondiloartropati nedenlerindedir.D
182. Doğuştan diz çıkığında iliotibial bant kontraktürü görülmez.Y
183. Çocuklarda görülen skewfoot deformitesinde, ayağın ön bölümünün adduktusuna arka bölümünün şiddetli valgus deformitesi eşlik eder.D
184. Yürüme refleksi, doğumdan sonra 1 ila 2. ayda kaybolur.D
185. Çift adım uzunluğu; basma ve salınım evrelerinde bir bacağın katettiği mesafedir.D
186. Trendelenburg yürüyüşü kalça addüktör kas işlevleri zayıf olan hastalarda görülür.Y
187. 3-12 yaş grubunda görülen akut hematojen osteomyelitte en sık izole edilen etken streptococcus pyogenes'tir.Y
188. Ponseti yöntemine göre ilk olarak ayağın ekin deformitesi düzeltilir.Y

189. Tarsal koalisyonda görülen karınca yiyen burnu görüntüsü kalkaneoküboid bar ile beraberdir.Y
190. Coleman blok testinin pozitif olması, orta ayağa kemiksel bir cerrahi girişim uygulanması gerektiğini gösterir.Y
191. Basit kemik kistleri korteksi kemirerek genişleme eğilimindedir.D
192. Çocuk kırıklarında yeniden şekillenmenin en önemli belirteci iskelet yaşıdır.D
193. Doğumsal müsküler tortikolliste çocuğun çenesi, tutulmuş fibrotik sternokleidomastoid kasın olduğu tarafa dönüktür.Y
194. Risser belirtisi, dört bölüme ayrılan iliak apofizin kemikleşmesinin radyolojik ölçümüne dayanır.D
195. Yenidoğan brakial pleksus yaralanmalarından Klumpke paralizisinde üst pleksus tutulur.Y
196. Cozen fenomeninin en önemli komplikasyonu geç varus deformitesidir.Y
197. Yenidoğanda görülen metatarsus adduktus ve talipes kalkaneovalgus sıklıkla gelişimsel kalça displazisi ile birliktelik gösterir.D
198. Vertikal talus çoğu zaman tedavi gerektirmeden düzelir.Y
199. Tillaux kırığı, 13-15 yaş grubu hastalarda görülen, distal tibia epifizin ön dış kısmındaki kopma kırığıdır.D
200. Ekstansiyon tipi suprakondiler humerus kırıklarında, en sık damar sinir yaralanması posterolateral kaymalarda görülmektedir.D

