

Sayfa 14 : **Cowhorn davyeler**: maksiller molar ve mandibular molarların çekiminde kullanılabilir

Sayfa 15: **Piezzo** :Selektif ve kontrollü olarak sert dokuların kesilmesinde kullanılır. Döner alet ve testere sistemlerine göre yumuşak doku hasarı ve ısı ile oluşabilecek hasar riski çok düşük olduğu için iyileşme daha iyidir. Testere sistemlerine göre en belirgin dezavantajı kesi süresinin uzun olmasıdır.

Koter: Aletin ucundaki ısı ile etkili olan aletlerdir. Bipolar ve unipolar olmak üzere ikiye ayrılır. Bipolar sadece hemostaz için kullanılırken; unipolar hemostaz ve kesme işleminde kullanılabilir. Unipolar sistemler kalp pili ve akımdan zarar görecektir protez kullananlar için sakıncalıdır. Bipolarda akım sadece aletin iki ucu arasında oluştuğu için güvenlidir.

Sütur Renkleri

Sarı → Düz katgüt

Kahverengi → Kromik katgüt

Mavi → Prolen

Siyah → İpek

Mor → Vicryl

Beyaz → Pamuk

Sayfa 16: **Sanitizasyon**: Genel temizlik ile mikroorganizmaların azaltılması

Sayfa 24:

Yara İyileşmesi

Aşamaları → İnflamasyon aşaması → Fibroplastik (proliferasyon) aşama → Remodelling aşaması

Primer yara iyileşmesi → doku kaybı olmadan yara kenarlarının aynı anatomik konumuna dikilmesi ile oluşur.

Teorik olarak elde etmek imkansız, klinik olarak yara kenarlarının yakınlaştırılmasını ifade eder.

Minimal skar

Enfeksiyon riski düşük

İyileşme hızlı

Sekonder yara iyileşmesi → insizyon veya yara kenarları arasında boşluk kalması ile oluşan yara iyileşmesidir.

Fazla skar dokusu oluşur.

Kontraksiyon artar

İyileşme daha geç olur

Örn. çekim boşlukları, derin ülserler, geniş avülse yaralanmalar

Tersiyer yara iyileşmesi → Yara kenarları arasındaki boşluğun deri greftleriyle kapatıldığı durumdur.

Çekim soketin iyileşmesi → sekonder iyileşme

24-48 saat → pıhtının organizasyonu → Pıhtı formu bozulursa → alveolar osteitis

1. hafta → pıhtı formasyonu iskelet görevi görür → inflamatuvar hücrelerin migrasyonu

Osteoklastlar alveolar kret rezorbsiyonunu başlatır

PDL kalıntılarına bağlı olarak anjiogenezis başlar.

2. hafta → Fibroplazi ve yeni damar oluşumu

Kortikal kemiğin osteoklastik aktivitesi belirgin → osteoidler kavite içine ilerler

3. hafta → Yara tamamen granülasyon dokusuyla dolmuştur.

Periferde zayıf kemik kalsifikasyonu oluşmaya başlamıştır

Yara yüzeyi tamamen epitelle kaplıdır.

Kemik depozisyonu ve rezorbsiyonu haftalarca sürer.

Reorganizasyon çekimden sonra 1 yıla kadar devam edebilir. Temel değişiklikler **ilk 3 ayda** görülür

Anti-Hiv Testi Pozitif Hastayla Tedavi Sirasında Mesleki Maruziyette Yapılması Gerekenler

İğne batması ve kesikler su ve sabunla yıkanmalı

Burun, ağız veya deriye sıçramalar su ile yıkanmalı

Gözler temiz su, salin veya steril su ile yıkanmalı

İğne batan parmağınızı refleks olarak ağzınıza götürmeyin.

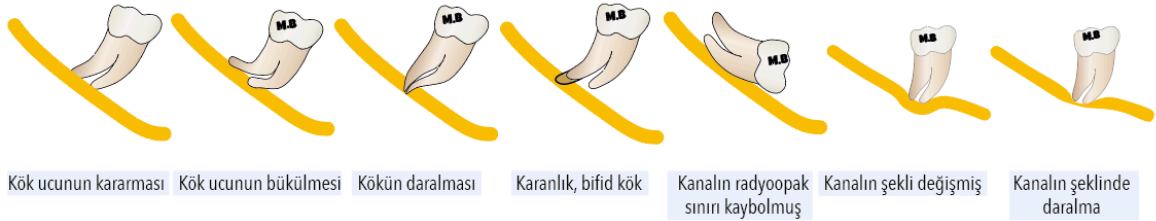
2 saat sonra profilaksiye başlanmalı.

max. 72 saat içinde profilaksiye başlanmış olmalı

Sayfa 27: Kesiciler ve kanin → bukkal ve linguale eşit derecede kuvvet (maksillada bukkale daha fazla) → lüksasyon → hafif rotasyon

Sayfa 28: Distoangular(zor) > vertikal > horizontal > mesioangular (en kolay)

Radyografik olarak mandibular 3.moların inferior alveolar kanalla ilişkisini gösteren panoramik belirteçler



Gömülü maksiller kanin sınıflaması

A → Palatalde

B → Labialde

C → Yarı palatal + yarı labialde

D → Komşu dişlerin arasında

E → Dişsiz maksillada

Sayfa 29:

3.molarların gömülü kalma sebepleri

1. Mezial ve distal köklerin az veya çok gelişmesiyle rotasyona bağlı gömüklük olur.
Mezial kök az gelişirse → meziangulasyon
Mezial kök çok gelişirse → distoangulasyon
Distal kök çok gelişirse → aşırı meziangulasyon veya horizontal gömüklük
2. Ark uzunluğu ile dişlerin meziodistal uzunlukları arasındaki ilişki
Ark boyutu kısa olabilir
Yoğun eksternal oblik sırt dişlerin lateral olarak sürmesine sebep olabilir
3. Geçikmiş maturasyon.
Dişin gelişimi mandibular/iskeletsel gelişimin gerisinde kaldığı için uygun pozisyonda sürmeyebilir
4. Atrizyon teorisi
Rafine yiyeceklerin tüketilmesi ile dişlere olan ihtiyacın azalır. Bu sebeple dişler mezialize olmaz ve gömülü kalır.

Sayfa 30:

Kırık kökün bırakıldığı durumlar

4-5 mm'den uzun olmamalı

Derinlerde gömülü olmalı

Rezorpsiyon ile üstünde yapılan protezin konforunu bozmamalı

Enfeksiyon X Radyolusensi X Lezyon X

Komplikasyon riski fazlaysa

Çok fazla kemik kaldırılacaksa X

Önemli yapılara yakınsa X → inferior alveolar kanal

Doku boşluklarına kaçma riski yüksekse X → maksiller sinüs, lojlar

X → Bırakılamaz



Sayfa 41:

Sinir Yaralanmaları#

	NÖROPRAKSİ	AKSONOTMEZİS	NÖROTMEZİS
Sunderland sınıflaması	1. derece	2-3-4. derece	5. derece
Sinir kılıfı	Sağlam	Sağlam	Kesintili
Akson	Sağlam	Kesintili	Kesintili
Wallerian dejenerasyonu	X	Kısmen	Tamamen
İletim bozukluğu	Geçici	Uzun süreli	Kalıcı
Spontan iyileşme	Tamamen	Kısmen	Çok düşük ihtimal
İyileşme süresi	4 hafta içinde	Aylar sonra	İyileşme ihtimali varsa 3 ay sonra başlayabilir.

Sayfa 44:

Görülme sıklığı: En az → **Koronoid** En çok → **Kondil**

- Kırıklar genellikle tek taraflı görülür. Erkek > Kadın
- Kondil kırığı → Çocuklarda daha sık
- Gövde kırığı → atrofik mandibulada en çok görülen kırık
- Angulus kırığı → 3.molarla ilişkili
- Süperiorda gerilim , inferiorda kompresyon kuvvetleri oluşur.
Kırıklar kondil hariç gerilim kuvvetlerine bağlı oluşur.
Kondil → Kompresyon

Sayfa 52:

Primer Maksiller Boşluklar

Fossa kanina

Bukkal loj

Vestibüler loj

İnfratemporal loj

Primer Mandibular Boşluklar

Submental loj

Submandibular loj

Sublingual loj

Vestibüler loj

Sayfa 59:

Mronj Sınıflaması ve Tedavisi

Evre 0

Spesifik semptom **X**

Ekspose kemik **X**

Gözlem

Semptomatik tedavi

Çürük, periodontal tedaviler

Evre 1

Ekspose kemik ✓

Semptom **X**

Enfeksiyon + ağrı **X**

Gargara (klorheksidin)

Oral hijyen ✓

Cerrahi tavsiye edilmez

Keskin kemik kenarları alınabilir.

Evre 2

Ekspose kemik ✓

Semptom ✓

Enfeksiyon + ağrı ✓

Agresif tedavi

Gargara + antibiyoterapi

Kültür ve duyarlılık testi ✓ (antb.)

Dirençli vakalarda IV antibiyotik

Evre 3

Ekspose kemik ✓

Semptom ✓

Enfeksiyon + ağrı ✓

Patolojik fraktür

Extraoral fistül

Oro-antral- oronazal bağlantı

Mandibula alt kenarında lizis

maksiller sinüse yayılan lizis

Gargara

Antibiyoterapi

Cerrahi debridman

1.Baskı sayfa 63, 2.baskı sayfa 67

Oroantral ilişkisi

Valsalva testi (+) → burun kapatılarak burundan nefes verdirilerek yapılır
2 mm >'den az açıklıkta cerrahiye gerek yok. → iyi pıhtı oluşumu önemlileri yeterli
2-6 mm arası açıklık → 8 suture + hemostatik ajanlar
7 mm ve büyük açıklıklar → flep çevrilerek kapatılmalı
2 haftadan daha uzun süre kalan oroantral ilişkisi → oroantral fistül

Caldwell luc

Sinüstenin kök ve yabancı cisimlerin çıkarılması
Kist
Oroantral fistül kapatma
Orbital taban kırıklarının redüksiyonu

Sayfa 68:

Artiküler disk : 3 zondan oluşur. Kalınlığa göre Posterior > Anterior > Intermediate
•En ince Intermediate
Vaskülarizasyon ve innervasyon ✗

Sayfa 72:

Sawhney Tme Ankiloz Sınıflaması

- Tip 1** Kondil başında çok fazla distorsiyon yok
Fibroz adezyonlar sebebiyle hareket imkansız
- Tip 2** Baş ve eklem yüzeyinde şekilsiz kemik füzyonu
Sigmoid notch ve koronoid proses füzyona dahil değil
- Tip 3** Ramus ve zigomatik ark arasında kemik köprüleri
Kondil başının medialinde atrofik fragman
Koronoid proses uzamış
- Tip 4** Normal TME anatomisi tamamen yok olmuştur.
Ramus ve kafa tabanı arasında tam kemik bloğu var.

Sayfa 77: Kondiller hiperplazide glenoid fossada etkilenir.

Sayfa 79. Sürmemiş/**gömülü** multipl süpernumerer dişler → **Dentigeröz kist** insidansı yüksek