

DİŞ HEKİMLİĞİNDE UZMANLIK EĞİTİMİ
GİRİŞ SINAVI HAZIRLIK DENEMESİ

DUS DENEME-6

AYRINTILI ÇÖZÜMLER

TEMEL BİLİMLER	KLİNİK BİLİMLER	TOPLAM SÜRE	PUANLAMA
40 soru	80 soru	150 dakika	Doğru - Yanlış / 4

Kaynak temelli • yeni klinik kurgular • ayrıntılı çözümler • site aktarım paketi

2014-2021 DUS kitapçıklarının sınav yapısı ve ölçme yaklaşımı incelenmiştir. Sorular birebir aktarılmamıştır.

Bu çalışma resmî ÖSYM yayını değildir.

CEVAP ANAHTARI

Soru	Cevap	Soru	Cevap	Soru	Cevap	Soru	Cevap
1	D	31	E	61	C	91	D
2	B	32	A	62	E	92	E
3	D	33	D	63	D	93	E
4	B	34	C	64	A	94	C
5	A	35	A	65	D	95	A
6	B	36	D	66	E	96	E
7	B	37	A	67	C	97	C
8	A	38	E	68	B	98	D
9	C	39	E	69	C	99	B
10	A	40	D	70	C	100	D
11	B	41	D	71	A	101	A
12	C	42	A	72	B	102	A
13	D	43	C	73	C	103	C
14	A	44	E	74	E	104	C
15	D	45	D	75	B	105	E
16	A	46	A	76	B	106	D
17	D	47	D	77	C	107	B
18	E	48	B	78	E	108	E
19	D	49	A	79	C	109	A
20	B	50	D	80	D	110	C
21	E	51	B	81	C	111	B
22	E	52	C	82	E	112	E
23	C	53	B	83	C	113	C
24	B	54	E	84	E	114	D
25	A	55	A	85	D	115	B
26	E	56	B	86	B	116	B
27	C	57	B	87	D	117	E
28	D	58	A	88	A	118	C
29	A	59	B	89	E	119	A
30	E	60	C	90	B	120	A

Cevap dağılımı: A: 24 • B: 24 • C: 24 • D: 24 • E: 24

AYRINTILI ÇÖZÜMLER

ANATOMI

1

D) Alt dudak ve çene ucu

Çözüm: Nervus infraorbitalis, foramen infraorbitale çıkışında rami palpebrales inferiores, rami nasales externi ve rami labiales superiores dallarını verir. Ayrıca kanaldaki anterior ve orta superior alveoler dallar aracılığıyla maksiller anterior-premolar bölgeye katkı sağlar. Alt dudak ve çene ucu ise nervus mentalis tarafından innerve edilir.

Kritik tuzak: Alt dudak uyuşması infraorbital değil, mental veya inferior alveoler sinir blokajını düşündürür.

Kazanım: İnfraorbital sinir blokajının duyu alanını mental sinir alanından ayırt edebilme.
Anatomi • Nervus infraorbitalis dalları • Klinik Olgu • Kolay-Orta • 60 sn

2

B) Nervus lingualis kanalın lateralinden aşağıya geçip kanalın altından dolanarak medialine ulaşır

Çözüm: Nervus lingualis, üçüncü molar bölgesinden öne doğru ilerlerken ductus submandibularisin başlangıçta lateralinde yer alır; daha sonra kanalın altından çapraz yaparak medialine geçer. Bu yakınlık ağız tabanı cerrahisinde sinir yaralanması açısından önemlidir.

Kritik tuzak: Sinir kanalı üstten değil, tipik olarak altından dolanarak lateralinden mediale çaprazlar.

Kazanım: Lingual sinirin submandibular kanal çevresindeki üç boyutlu seyrini açıklayabilme.
Anatomi • Lingual sinir-submandibular kanal ilişkisi • Bilgi • Orta • 75 sn

3

D) Musculus buccinator - maksiller ikinci molar

Çözüm: Ductus parotideus parotis bezinden çıkar, masseter kasının yüzeyinden geçer, kasın anterior kenarında mediale döner ve musculus buccinatoru delerek maksiller ikinci molar karşısındaki parotis papillasına açılır.

Kritik tuzak: Kanal masseteri delmez; masseter üzerinden geçip buccinatoru deler.

Kazanım: Parotis kanalının yüzeyel ve intraoral seyrini klinik işaret noktalarıyla eşleştirebilme.
Anatomi • Parotis kanalı • Bilgi • Orta • 75 sn

4

B) Nervus glossopharyngeus - nervus vagus

Çözüm: Öğürme refleksinde posterior farinks duyuşu ağırlıklı olarak nervus glossopharyngeus ile taşınır. Motor yanıt, nucleus ambiguus üzerinden nervus vagusun faringeal dallarıyla farinks kaslarına iletilir.

Kritik tuzak: Afferent ve efferent kollar ters çevrilmemelidir: duyu IX, motor yanıt X üzerinden gider.

Kazanım: Öğürme refleksinin duyuşal ve motor sinirlerini ayırt edebilme.
Anatomi • Öğürme refleksi • Mekanizma • Orta • 75 sn

5

A) Ganglion cervicale superius

Çözüm: Baş ve boyuna giden sempatik preganglionik lifler üst servikal ganglionda sinaps yapar. Postganglionik lifler internal ve external karotis pleksusları boyunca hedeflere ulaşır. Bu yolun kesintisi Horner sendromuna neden olur.

Kritik tuzak: Otic ve submandibular ganglionlar parasempatik yollarla ilişkilidir; Horner sendromunun kaynağı değildir.

Kazanım: Baş-boyun sempatik innervasyonunun ganglion düzeyini klinik bulguyla ilişkilendirebilme.
Anatomi • Baş-boyun sempatik yolu • Klinik Olgu • Orta-Zor • 90 sn

6

B) Nervus incisivus

Çözüm: Nervus alveolaris inferior, mental foramen yakınında nervus mentalis ve nervus incisivus olarak ayrılır. Mental dal alt dudak, çene ucu ve vestibül yumuşak dokularına çıkar; incisiv dal kemik içinde öne devam ederek anterior dişleri innerve eder.

Kritik tuzak: Mental sinir yumuşak dokulara çıkar; pulpal duyu kemik içinde devam eden incisiv dal taşır.

Kazanım: Inferior alveoler sinirin terminal dallarını pulpal ve yumuşak doku innervasyonuna göre ayırt edebilme.

Anatomi • Nervus incisivus • Bilgi • Kolay-Orta • 60 sn

FIZYOLOJİ

7

B) Bikarbonat konsantrasyonunun artması

Çözüm: Tükürük akış hızı yükseldikçe kanal modifikasyonu için süre azalır ve bikarbonat sekresyonu artar. Özellikle uyarılmış tükürüğün asit nötralizasyon kapasitesinde bikarbonat sistemi temel rol oynar.

Kritik tuzak: Uyarılmış tükürüğün başlıca tampon gücü fosfattan çok bikarbonattaki artışa bağlıdır.

Kazanım: Tükürük akış hızı ile tampon bileşenleri arasındaki ilişkiyi açıklayabilme.

Fizyoloji • Tükürük tampon kapasitesi • Mekanizma • Orta • 75 sn

8

A) Afferent arteriol direncinin artması ve glomerüler filtrasyon hızının azalması

Çözüm: Makula densa yüksek NaCl yükünü algıladığında ATP/adenozin sinyalleriyle afferent arteriolde vazokonstriksiyon oluşturur ve renin salınımını azaltır. Böylece artmış GFR normale doğru çekilir.

Kritik tuzak: Yüksek distal NaCl, filtrasyonu daha da artırmaz; afferent vazokonstriksiyonla azaltır.

Kazanım: Tubuloglomerüler geri bildirimin GFR üzerindeki yönünü öngörebilme.

Fizyoloji • Tubuloglomerüler geri bildirim • Mekanizma • Orta • 75 sn

9

C) Aktin ve miyozin filamentleri arasında çapraz köprü kurulmasına en uygun örtüşmenin bulunması

Çözüm: Aktif gerilim, aktin ile miyozin arasındaki işlevsel çapraz köprü sayısına bağlıdır. Sarkomer çok kısa olduğunda filament ve Z çizgisi çakışmaları, çok uzun olduğunda ise yetersiz örtüşme gerilimi azaltır.

Kritik tuzak: En yüksek kuvvet en kısa veya en uzun sarkomerde değil, optimal örtüşmede oluşur.

Kazanım: İskelet kası uzunluk-gerilim eğrisini filament örtüşmesiyle açıklayabilme.

Fizyoloji • Kas uzunluk-gerilim ilişkisi • Yorum • Orta • 75 sn

10

A) 4200

Çözüm: Alveoler ventilasyon = (tidal volüm - ölü boşluk) x solunum sayısıdır. $(500 - 150) \times 12 = 350 \times 12 = 4200$ mL/dakika.

Kritik tuzak: Dakika ventilasyonu $500 \times 12 = 6000$ mL olsa da gaz değişimine ölü boşluk hacmi katılmaz.

Kazanım: Tidal volüm ve ölü boşluk verilerinden alveoler ventilasyonu hesaplayabilme.

Fizyoloji • Alveoler ventilasyon hesabı • Hesaplama • Orta-Zor • 90 sn

11

B) Prensipal hücrelerde sodyum geri emilimini ve potasyum sekresyonunu artırması

Çözüm: Aldosteron, prensipal hücrelerde ENaC ve bazolateral Na⁺/K⁺ ATPaz ekspresyonunu artırır. Lümen sodyum geri emilirken elektrokimyasal koşullar potasyum sekresyonunu kolaylaştırır.

Kritik tuzak: Aldosteronun tipik sonucu sodyum tutulması ve potasyum atılımıdır.

Kazanım: Aldosteronun nefron hücresi ve elektrolit yönündeki etkilerini tanımlayabilme.

Fizyoloji • Aldosteron etkisi • Bilgi • Kolay-Orta • 60 sn

12

C) Renal perfüzyon basıncının azalması ve beta-1 adrenerjik uyarının artması

Çözüm: Renin salgısı, afferent arteriol perfüzyonu azaldığında, makula densaya NaCl gelişi düştüğünde ve beta-1 adrenerjik uyarı arttığında yükselir. Anjiyotensin II ise negatif geri bildirim yapar.

Kritik tuzak: Yüksek basınç ve yüksek distal NaCl renini artırmaz; baskılar.

Kazanım: Renin salgısını artıran üç temel uyarıyı yönleriyle ayırt edebilme.

Fizyoloji • Renin salgısının düzenlenmesi • Mekanizma • Orta • 75 sn

TIBBİ BİYOKİMYA

13

D) Glikojen sentazın defosforile edilerek aktive edilmesi

Çözüm: İnsülin protein fosfataz-1 etkinliğini artırır. Glikojen sentaz defosforile olduğunda aktive olur; glikojen fosforilaz ve fosforilaz kinaz ise defosforilasyonla inaktive edilir.

Kritik tuzak: Glikojen sentazın aktif formu fosforile değil, defosforile formdur.

Kazanım: İnsülinin glikojen metabolizmasındaki fosforilasyon durumlarını yorumlayabilme.

Tıbbi Biyokimya • Glikojen sentezinin düzenlenmesi • Mekanizma • Orta • 75 sn

14

A) ATP-sitrat liyaz

Çözüm: Asetil-KoA iç mitokondri zarını doğrudan geçemez. Oksaloasetatla sitrat oluşturup sitozole taşınır; ATP-sitrat liyaz sitratı yeniden asetil-KoA ve oksaloasetata ayırır.

Kritik tuzak: Karnitin sistemi yağ asitlerini mitokondriye taşır; asetil birimlerini sitozole çıkaran sistem sitrattır.

Kazanım: Yağ asidi sentezinde mitokondri-sitozol karbon taşınmasını açıklayabilme.

Tıbbi Biyokimya • Sitrat taşıma sistemi • Mekanizma • Orta • 75 sn

15

D) Pirüvatın laktata indirgenmesi

Çözüm: Laktat dehidrogenaz, pirüvatı laktata indirgerken NADH'yi NAD⁺'a oksitler. Yenilenen NAD⁺, gliseraldehit-3-fosfat dehidrogenaz basamağında glikolizin devamı için gereklidir.

Kritik tuzak: Laktatın pirüvata dönüşümü NADH üretir; anaerobik dokuda NAD⁺ yenilenmesini sağlayan yön pirüvatın laktata indirgenmesidir.

Kazanım: Anaerobik glikolizde redoks dengesini sağlayan laktat dehidrogenaz reaksiyonunu tanımlayabilme.

Tıbbi Biyokimya • Anaerobik glikolizde NAD⁺ yenilenmesi • Mekanizma • Orta-Zor • 90 sn

16

A) N5-metiltetrahidrofolat ve metilkobalamin

Çözüm: Metiyonin sentaz, homosisteini metiyonine çevirirken metilkobalamini kofaktör olarak kullanır; metil grubu N5-metiltetrahidrofolattan gelir. B12 eksikliğinde folat metil formunda hapsolabilir.

Kritik tuzak: Transsülfürasyon için B6, remetilasyon için folat ve B12 gereklidir.

Kazanım: Homosistein-metiyonin döngüsündeki folat ve B12 iş birliğini tanımlayabilme.

Tıbbi Biyokimya • Homosistein remetilasyonu • Bilgi • Kolay-Orta • 60 sn

17

D) Bilirubin diglukuronid

Çözüm: Hem oksijenaz, hemden biliverdin, Fe²⁺ ve karbonmonoksit oluşturur; NADPH ve oksijen kullanılır. Biliverdin daha sonra bilirubine indirgenir. Bilirubin diglukuronid ise karaciğerde UDP-glukuronil transferazla daha sonraki basamakta oluşur.

Kritik tuzak: Konjuge bilirubin hem oksijenazın doğrudan ürünü değildir.

Kazanım: Hem yıkımının erken ve hepatik konjugasyon basamaklarını ayırt edebilme.

Tıbbi Biyokimya • Hem katabolizması • Bilgi • Orta • 75 sn

18

E) Glutamin-PRPP amidotransferaz

Çözüm: Glutamin-PRPP amidotransferaz, PRPP'den 5-fosforibozilamin oluşumunu katalizler ve de novo pürin sentezinin düzenleyici taahhüt basamağıdır. HGPRT ise pürin kurtarma yolunda görev yapar.

Kritik tuzak: HGPRT pürinleri kurtarır; yeni halka sentezinin taahhüt basamağını glutamin-PRPP amidotransferaz katalizler.

Kazanım: De novo pürin sentezinin düzenleyici enzimi ile kurtarma yolu enzimini ayırt edebilme.

Tıbbi Biyokimya • De novo pürin sentezi • Bilgi • Orta • 75 sn

TIBBİ MİKROBİYOLOJİ

19

D) Prevotella intermedia

Çözüm: Prevotella intermedia gram negatif, zorunlu anaerob ve siyah pigment oluşturan bir bakteridir. Bazı suşları vitamin K yerine steroid hormonlarını büyüme faktörü olarak kullanabildiğinden gebelik gingivitiyle ilişkilendirilebilir.

Kritik tuzak: Siyah pigmentli anaerob denildiğinde erken kolonizan streptokoklardan ayrılmalıdır.

Kazanım: Periodontal mikroorganizmayı fizyolojik hormonal değişikliklerle ilişkilendirebilme.

Tıbbi Mikrobiyoloji • Prevotella intermedia • Klinik Olgu • Orta • 75 sn

20

B) Treponema denticola

Çözüm: Treponema denticola hareketli bir spirokettir ve P. gingivalis ile T. forsythia ile birlikte kırmızı kompleksin üyesidir. Proteazları ve hareketliliği periodontal doku invazyonuna katkıda bulunur.

Kritik tuzak: Kırmızı kompleksin spiral ve hareketli üyesi T. denticola'dır.

Kazanım: Kırmızı kompleks üyelerini morfolojik özellikleriyle ayırt edebilme.

Tıbbi Mikrobiyoloji • Treponema denticola • Bilgi • Orta-Zor • 90 sn

21

E) Dorsal kök ve kranial sinir duyu ganglionları

Çözüm: Varicella-zoster virus primer enfeksiyondan sonra duysal ganglionlarda latent kalır. Hücresel immünitenin azalmasıyla ilgili dermatom boyunca reaktif olarak herpes zoster tablosu oluşturabilir.

Kritik tuzak: Latens yeri epitel değil, duyu ganglionlarındaki nöronlardır.

Kazanım: VZV'nin latent kaldığı hücresel bölgeyi reaktivasyon tablosuyla eşleştirebilme.

Tıbbi Mikrobiyoloji • Varicella-zoster virus latensi • Bilgi • Kolay-Orta • 60 sn

22

E) Enterococcus faecalis

Çözüm: Enterococcus faecalis biofilm oluşturabilir, dentin tübüllerine penetre olabilir ve zorlu çevre koşullarında yaşamını sürdürebilir. Bu özellikleri onu persistan veya sekonder endodontik enfeksiyonlarla ilişkilendirir.

Kritik tuzak: E. faecalis tipik bir solunum patojeni değil, dirençli endodontik ekolojik nişle ilişkilendirilen enterokoktur.

Kazanım: Persistan endodontik enfeksiyon etkenini virülans özellikleriyle tanıyabilme.

Tıbbi Mikrobiyoloji • Enterococcus faecalis ve endodontik enfeksiyon • Klinik Bilgi • Orta • 75 sn

23

C) Aspergillus türleri

Çözüm: Aspergillus ince, septalı ve dar açıyla dallanan hifler oluşturur. Mucorales üyeleri daha geniş, az septalı veya septasız ve yaklaşık 90 derece dallanan hiflerle karakterizedir.

Kritik tuzak: Geniş ve dik açıyla dallanan hif Mucorales; septalı dar açılı hif Aspergillus lehinedir.

Kazanım: İnvaziv küf enfeksiyonlarını hif morfolojisine göre ayırt edebilme.

Tıbbi Mikrobiyoloji • Fırsatçı küf morfolojisi • Klinik Olgu • Orta • 75 sn

24

B) Mikroorganizmaların mukozaya ve dış yüzeyine tutunmasını engellemek

Çözüm: Sekretuar IgA, antijenleri aglütine eder ve mikrobiyal adezyonu önleyerek immün dışlama sağlar. Mukozal yüzeylerde inflamasyonu sınırlı tutar; klasik kompleman yolunu IgM veya IgG kadar güçlü aktive etmez.

Kritik tuzak: Sekretuar IgA'nın ana görevi fagositoz değil, adezyonun engellenmesidir.

Kazanım: Mukozal immünitede sekretuar IgA'nın baskın işlevini tanımlayabilme.

Tıbbi Mikrobiyoloji • Sekretuar IgA • Mekanizma • Orta • 75 sn

HISTOLOJİ VE EMBRİYOLOJİ

25

A) İntertübüler dentine göre daha fazla mineralize olup kollajen matriksi çok azdır

Çözüm: Peritübüler dentin, dentin tübüllerinin duvarını çevreleyen hipermineralize dokudur ve kollajen içeriği düşüktür. İntertübüler dentin ise tübüller arasındaki kollajen zengin ana matrikstir.

Kritik tuzak: Kollajen zengin ana matriks intertübüler, tübül duvarındaki hipermineralize tabaka peritübüler dentindir.

Kazanım: Peritübüler ve intertübüler dentini yapı ve mineralizasyon bakımından ayırt edebilme.

Histoloji ve Embriyoloji • Peritübüler dentin • Bilgi • Orta-Zor • 90 sn

26

E) Von Ebner çizgileri

Çözüm: Von Ebner çizgileri dentindeki düzenli günlük artış çizgileridir. Owen kontur çizgileri bu ritmin belirginleşmiş aksanlı çizgileridir. Retzius çizgileri ve Hunter-Schreger bantları mineyle ilişkilidir.

Kritik tuzak: Retzius mine, Von Ebner dentin artış çizgisidir.

Kazanım: Mine ve dentindeki artışsal ya da optik çizgileri ayırt edebilme.

Histoloji ve Embriyoloji • Dentin artış çizgileri • Bilgi • Kolay-Orta • 60 sn

27

C) Weil hücreli bölgesi

Çözüm: Odontoblast tabakasının altında, hücreden görece fakir Weil bölgesi bulunur. Bu alanda kapillerler ve Raschkow sinir pleksusunun terminal uzantıları yer alabilir; daha derinde hücreden zengin bölge bulunur.

Kritik tuzak: Tomes granüler tabakası kök dentininde, Weil bölgesi ise pulpanın odontoblast altındaki zonundadır.

Kazanım: Pulpanın periferik histolojik zonlarını sıralayabilme.

Histoloji ve Embriyoloji • Weil hücreli bölgesi • Bilgi • Orta • 75 sn

28

D) Papilla filiformis

Çözüm: Filiform papillalar dil dorsumundaki en fazla sayıdaki papillalardır; keratinizedir ve mekanik işlev görür. Fungiform, foliat ve vallat papillalar tat tomurcukları taşıyabilir.

Kritik tuzak: Tat tomurcuğu olmayan mekanik papilla filiformdur.

Kazanım: Dil papillalarını keratinizasyon ve tat tomurcuğu varlığına göre sınıflandırabilme.

Histoloji ve Embriyoloji • Dil papillası histolojisi • Bilgi • Orta • 75 sn

TIBBİ PATOLOJİ

29

A) Kazeöz nekroz

Çözüm: Kazeöz nekroz, tüberküloz gibi bazı granümatöz enfeksiyonlarda görülür. Doku mimarisi ve hücreli ayrıntılar kaybolur; çevresinde epitelioid histiositler ve dev hücrelerden oluşan granülom yer alabilir.

Kritik tuzak: Peynirimsi merkez ve granülom birlikteliği kazeöz nekrozu düşündürür.

Kazanım: Nekroz tipini klinik ve histolojik bağlamla eşleştirebilme.

Tıbbi Patoloji • Kazeöz nekroz • Bilgi • Orta • 75 sn

30

E) Periduktal odaklar oluşturan lenfositik infiltrasyon ve asiner atrofi

Çözüm: Sjögren sendromunda minör tükürük bezi biyopsisinde fokal lenfositik sialadenit, özellikle periduktal lenfosit odakları ve ilerleyen olgularda asiner kayıp/atrofi görülür. Bulgular klinik ve serolojik verilerle birlikte değerlendirilir.

Kritik tuzak: Onkositik epitel ve lenfoid stroma Warthin tümörünü; kribriiform yapı adenoid kistik karsinomu düşündürür.

Kazanım: Sjögren sendromunun tükürük bezi histopatolojisini tanıyabilme.

Tıbbi Patoloji • Sjögren sendromu histopatolojisi • Klinik-Histoloji • Orta-Zor • 90 sn

31

E) Warthin tümörü

Çözüm: Warthin tümörü çoğunlukla parotiste görülür; onkositik epitel ile germinal merkezler içerebilen lenfoid stromadan oluşur. Sigara kullanımıyla güçlü ilişki gösterebilir ve bazen bilateral veya multifokal olabilir.

Kritik tuzak: Lenfoid stroma ve çift sıralı onkositik epitel Warthin tümörü için ayırt edicidir.

Kazanım: Majör tükürük bezi tümörlerini ayırt ettiren histolojik bileşenlerle tanıyabilme.

Tıbbi Patoloji • Warthin tümörü • Klinik-Histoloji • Kolay-Orta • 60 sn

32

A) Kalsifiye odontojenik kist

Çözüm: Kalsifiye odontojenik kist, ghost cell olarak adlandırılan çekirdeksiz eozinofilik hücrelerle karakterizedir. Bu hücrelerde distrofik kalsifikasyon gelişebilir; lezyon kistik veya solid varyantlar gösterebilir.

Kritik tuzak: Hayalet hücreler radiküler veya lateral periodontal kistin tipik bulgusu değildir.

Kazanım: Odontojenik lezyonları özgün histopatolojik hücre tipine göre ayırt edebilme.

Tıbbi Patoloji • Kalsifiye odontojenik kist • Histoloji • Orta • 75 sn

TIBBİ FARMAKOLOJİ

33

D) Selekoksisib

Çözüm: Selekoksisib selektif COX-2 inhibitörüdür. Trombositlerde baskın COX-1'i aspirin kadar inhibe etmediği için trombosit agregasyonuna etkisi daha azdır; prostasiklin-tromboksan dengesine bağlı kardiyovasküler risk göz önünde bulundurulur.

Kritik tuzak: Klopidoğrel antitrombosit, varfarin antikoagülandır; selekoksisibin ayırt edici özelliği COX-2 seçiciliğidir.

Kazanım: Selektif COX-2 inhibitörünü trombosit ve kardiyovasküler etkileriyle ayırt edebilme.

Tıbbi Farmakoloji • Selektif COX-2 inhibitörü • Klinik Farmakoloji • Orta • 75 sn

34

C) Plazma psödokolinesterazlarıyla hidroliz

Çözüm: Ester lokal anestezikler plazma kolinesterazlarıyla hızla hidrolize edilir ve bazıları PABA türevleri oluşturabilir. Çoğu amid lokal anestezik ise esas olarak karaciğerde metabolize edilir.

Kritik tuzak: Prokain ester yapılıdır; temel yıkım yeri plazmadır.

Kazanım: Ester ve amid lokal anesteziklerin metabolizma yerlerini ayırt edebilme.

Tıbbi Farmakoloji • Ester lokal anestezik metabolizması • Bilgi • Orta • 75 sn

35

A) Aminoglikozidler

Çözüm: Aminoglikozidler 30S alt birime bağlanır, başlatma kompleksini bozar ve mRNA'nın yanlış okunmasına neden olur. Konsantrasyona bağımlı bakterisidal etki gösterir; nefrotoksisite, ototoksisite ve nöromusküler blok önemli istenmeyen etkilerdir.

Kritik tuzak: Tetrasiklinler de 30S'e bağlanır ancak aminoasil-tRNA girişini geri dönüşümlü engeller ve tipik olarak bakteriyostatiktir.

Kazanım: Aminoglikozidler ribozomal hedef ve toksisite profiliyle tanıyabilme.

Tıbbi Farmakoloji • Aminoglikozid etki mekanizması • Mekanizma • Orta-Zor • 90 sn

36

D) Venodilatasyonla venöz dönüşü ve ventrikül ön yükünü azaltması

Çözüm: Nitratlar NO-cGMP yolunu aktive ederek düz kas gevşemesi yapar. Terapötik dozlarda venodilatasyon baskındır; venöz dönüş ve duvar gerilimi azalınca miyokardın oksijen gereksinimi düşer.

Kritik tuzak: Erken antianginal yarar kalp hızını artırmaktan değil, ön yükü azaltmaktan kaynaklanır.

Kazanım: Nitratların moleküler ve hemodinamik etkisini anjina tedavisiyle ilişkilendirebilme.

Tıbbi Farmakoloji • Nitrogliserin etki mekanizması • Klinik Mekanizma • Kolay-Orta • 60 sn

TIBBİ BİYOLOJİ VE GENETİK

37

A) Xeroderma pigmentosum

Çözüm: Nükleotid eksizyon onarımı, UV kaynaklı hacimli DNA lezyonlarını ve timin dimerlerini kesip çıkarır. Bu yolun kalıtsal bozukluğu xeroderma pigmentosumda güneşe aşırı duyarlılık ve deri kanseri riskine yol açar.

Kritik tuzak: Lynch sendromu yanlış eşleşme onarımıyla, xeroderma pigmentosum nükleotid eksizyon onarımıyla ilişkilidir.

Kazanım: DNA onarım yollarını tipik hasar ve hastalıkla eşleştirebilme.

Tıbbi Biyoloji ve Genetik • Nükleotid eksizyon onarımı • Bilgi • Orta • 75 sn

38

E) 3'→5' ekzonükleaz etkinliği

Çözüm: DNA polimerazın proofreading işlevi 3'→5' ekzonükleaz aktivitesine dayanır. Yanlış eşleşen uç nükleotid çıkarılır ve sentez 5'→3' yönünde sürer.

Kritik tuzak: Polimerizasyon 5'→3', anlık düzeltme ise 3'→5' yönlü ekzonükleazla yapılır.

Kazanım: DNA sentez yönü ile düzeltme ekzonükleaz yönünü ayırt edebilme.

Tıbbi Biyoloji ve Genetik • DNA polimeraz düzeltme işlevi • Mekanizma • Orta • 75 sn

39

E) Prader-Willi sendromu

Çözüm: Prader-Willi sendromu paternal 15q11-q13 katkısının kaybıyla; Angelman sendromu ise aynı bölgedeki maternal katkının kaybıyla ilişkilidir. Mekanizma delesyon, uniparental dizomi veya imprinting kusuru olabilir.

Kritik tuzak: Paternal kayıp Prader-Willi, maternal kayıp Angelman'dır.

Kazanım: Genomik imprinting hastalıklarında ebeveyn kökenini doğru eşleştirebilme.

Tıbbi Biyoloji ve Genetik • Genomik imprinting • Bilgi • Orta • 75 sn

40

D) 2

Çözüm: Somatik hücrelerde Barr cisimciği sayısı, X kromozomu sayısından bir eksiktir. Üç X kromozomu taşıyan 47,XXX bireyde iki X inaktive edilir ve iki Barr cisimciği görülebilir.

Kritik tuzak: Aktif kalan bir X kromozomu Barr cisimciği oluşturmaz.

Kazanım: X kromozomu sayısından inaktive X sayısını hesaplayabilme.

Tıbbi Biyoloji ve Genetik • Barr cisimciği • Hesaplama • Orta-Zor • 90 sn

AĞIZ, DIŞ VE ÇENE CERRAHİSİ

41

D) Geçici fasiyal sinir paralizisi

Çözüm: Parotis içinde seyreden nervus facialis lokal anesteziyle geçici olarak bloke olabilir. Hastada aynı tarafta göz kapama, alın kırıştırma ve dudak hareketlerinde geçici kayıp gelişebilir; kornea korunmalıdır.

Kritik tuzak: Kemik teması olmadan derin posterior ilerleme parotis içine enjeksiyon riskini artırır.

Kazanım: İnferior alveoler blokta parotis içine enjeksiyonun klinik sonucunu tanıyabilme.

Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi • İnferior alveoler blok komplikasyonu • Klinik Olgu • Kolay-Orta • 60 sn

42

A) Medial pterygoid kasında iğne travması veya hematom

Çözüm: Pterygomandibular bölgedeki tekrarlayan veya hatalı enjeksiyonlar medial pterygoid kasa travma, hematoma ya da inflamasyon oluşturabilir. Sonuçta ağrılı kas spazmı ve trismus gelişebilir.

Kritik tuzak: Trismusun tipik kaynağı çiğneme kası travmasıdır; tükürük bezi tıkanıklığı değildir.

Kazanım: Mandibular blok sonrası trismusun anatomik hedef dokuyla ilişkilendirebilme.

Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi • Enjeksiyon sonrası trismus • Klinik Olgu • Orta • 75 sn

43

C) Subkutan amfizem

Çözüm: Basıncı hava cerrahi sahadan fasiyal planlara girebilir ve subkutan amfizem oluşturabilir. Krepitasyon ayırt edici bulgudur; yayılım mediastene kadar uzanabileceğinden hasta yakından değerlendirilmelidir.

Kritik tuzak: Krepitasyon hava varlığını destekler; anafilakside krepatasyon beklenmez.

Kazanım: Cerrahi sonrası hızlı şişlik nedenlerini krepatasyon bulgusuyla ayırt edebilme.

Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi • Cerrahi amfizem • Klinik Olgu • Orta • 75 sn

44

E) Submandibular boşluk

Çözüm: Mylohyoid kasın mandibulaya tutunma çizgisi enfeksiyon yayılımını belirler. Kök apeksi çizginin altındaysa perforasyon submandibular boşluğa; üstündeyse sublingual boşluğa açılma eğilimindedir.

Kritik tuzak: Aynı dişin enfeksiyonu, apeksin mylohyoid çizgiye göre konumuna bağlı farklı lojaya yayılabilir.

Kazanım: Kök apeksi-miyoheoid çizgi ilişkisine göre enfeksiyon yayılımını öngörebilme.

Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi • Odontojenik enfeksiyonun loja yayılımı • Anatomi-Klinik • Orta • 75 sn

45

D) Hidrasyon, bez masajı, sialogog ve uygun antibiyotik tedavisi

Çözüm: Akut bakteriyel sialadenitte sıvı kaybının düzeltilmesi, sıcak uygulama, masaj ve sialogoglarla akışın artırılması önemlidir; Staphylococcus aureus başta olmak üzere olası etkenlere yönelik antibiyotik eklenir. Apse varsa drenaj gerekebilir.

Kritik tuzak: Sekresyonu azaltmak stazi artırır; amaç bez akışını ve drenajı desteklemektir.

Kazanım: Akut süpüratif parotitiste tedavinin drenaj ve akış artırıcı ilkelerini belirleyebilme.

Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi • Akut süpüratif parotitis • Klinik Olgu • Orta-Zor • 90 sn

46

A) İntravenöz sıvı desteği ile birlikte parenteral hidrokortizon uygulamak

Çözüm: Kronik glukokortikoid kullanımı hipotalamo-hipofizer-adrenal eksenini baskılayabilir. Ani kesilme ve cerrahi stres adrenal krizi tetikleyebilir; hava yolu-dolaşım desteği, izotonik sıvı ve parenteral hidrokortizon gerekir.

Kritik tuzak: Nitrogliserin hipotansiyonu artırabilir; klinik tablo steroid eksikliği ve dolaşım çöküşünü düşündürür.

Kazanım: Diş cerrahisi sırasında adrenal krizi tanıyıp temel acil tedaviyi seçebilme.

Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi • Adrenal kriz • Klinik Olgu • Kolay-Orta • 60 sn

47

D) Koronoid hiperplazi

Çözüm: Koronoid hiperplazide uzamış koronoid çıkıntılar ağız açmada zigomatik kompleksle mekanik çarpışma oluşturur. Süreç çoğunlukla ağrısız ve ilerleyicidir; tedavide koronoidektomi ve yoğun fizyoterapi düşünülebilir.

Kritik tuzak: Eklem içi disk bozuklukları koronoid çıkıntılarının radyolojik uzamasıyla açıklanmaz.

Kazanım: Mekanik ve ağrısız kronik trismus görüntüleme bulgusuyla tanıyabilme.

Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi • Koronoid hiperplazi • Klinik Olgu • Orta • 75 sn

48

B) Alt göz kapağı, burun yan ve üst dudakta parestezi

Çözüm: Infraorbital kanal ve foramen zigomatikomaksiller kompleks travmalarında etkilenebilir. Duyu kaybı nervus infraorbitalisin alt göz kapağı, lateral burun ve üst dudak dallarının alanında görülür.

Kritik tuzak: Alt dudak ve çene ucu mental sinir alanıdır; orta yüz kırığına özgü değildir.

Kazanım: Orta yüz kırığında infraorbital sinir bulgularını anatomik dağılımla tanıyabilme.

Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi • Zigomatikomaksiller kompleks kırığı • Klinik Olgu • Orta • 75 sn

49

A) 2 mm

Çözüm: Görüntüleme ve cerrahi toleranslar dikkate alınarak implant ucu ile mandibular kanal arasında yaklaşık 2 mm güvenlik payı bırakılması öğretilir. Büyütme, ölçüm hatası ve frez ucunun gerçek uzunluğu ayrıca değerlendirilmelidir.

Kritik tuzak: Kanal korteksine temas edecek planlama ölçüm ve cerrahi tolerans bırakmaz.

Kazanım: Posterior mandibular implant planlamasında nörovasküler güvenlik payını uygulayabilme.

Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi • İmplant-mandibular kanal güvenliği • Klinik Planlama • Orta • 75 sn

50

D) Sekestrum

Çözüm: Sekestrum, kanlanmasını kaybetmiş ve canlı kemikten ayrılmış nekrotik kemik parçasıdır. İnvolukrum ise sekestrumu çevreleyebilen reaktif yeni kemik oluşumunu ifade eder.

Kritik tuzak: Sekestrum ölü kemik, involukrum onu çevreleyen yeni kemiktir.

Kazanım: Osteomiyelitte nekrotik kemik ve reaktif kemik terimlerini ayırt edebilme.

Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi • Sekestrum • Bilgi • Orta-Zor • 90 sn

AĞIZ, DIŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ

51

B) 4096

Çözüm: Bit derinliğinde gri seviye sayısı 2 üzeri bit sayısıdır. $2^{12} = 4096$ farklı değer elde edilir. Bit derinliği kontrast çözünürlüğüyle ilişkilidir.

Kritik tuzak: 12 bit 12 gri ton anlamına gelmez; 2^{12} kombinasyon sağlar.

Kazanım: Dijital görüntüde bit derinliğinden gri seviye sayısını hesaplayabilme.

Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi • Bit derinliği • Hesaplama • Kolay-Orta • 60 sn

52

C) Teorik uzaysal çözünürlüğü

Çözüm: Daha küçük piksel, birim uzunlukta daha fazla örnekleme sağlar ve teorik uzaysal çözünürlüğü yükseltir. Ancak sistem MTF'si, gürültü ve doz da gerçek görüntü kalitesini sınırlar.

Kritik tuzak: Küçük piksel ayrıntıyı artırabilir; X-ışını enerjisini değiştirmez.

Kazanım: Piksel boyutunun uzaysal çözünürlük üzerindeki etkisini yorumlayabilme.

Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi • Piksel boyutu ve çözünürlük • Yorum • Orta • 75 sn

53

B) Beam hardening

Çözüm: Metal, düşük enerjili fotonları seçici olarak absorbe eder ve demetin ortalama enerjisini yükseltir. Bu beam hardening; koyu bant, çizgi ve streak artefaktlarına yol açabilir.

Kritik tuzak: Cone-cut intraoral kolimasyon hatasıdır; metal çevresi streak artefaktı beam hardening ile ilişkilidir.

Kazanım: CBCT'de metal ilişkili artefaktı fiziksel mekanizmasıyla tanıyabilme.

Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi • CBCT beam hardening artefaktı • Görüntü Yorumlama • Orta • 75 sn

54

E) Hareket artefaktı

Çözüm: CBCT hacmi birden çok projeksiyondan oluşturulur. Hasta hareketi projeksiyonların geometrik tutarlılığını bozar ve bulanıklık, çift kontur veya basamaklanma oluşturur.

Kritik tuzak: Hareket geometrik uyumsuzluk oluşturur; topuk etkisi bu tip çift kontur yapmaz.

Kazanım: CBCT'de hareket kaynaklı görüntü bozukluklarını tanıyabilme.

Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi • Hareket artefaktı • Teknik Hata • Orta • 75 sn

55

A) Bir eşik doz vardır ve eşik aşıldıktan sonra etkinin şiddeti dozla artar

Çözüm: Deterministik doku reaksiyonlarında belirli sayıda hücrenin hasarlanması gerekir; bu nedenle eşik bulunur. Eşik aşıldığında şiddet dozla artar. Stokastik etkilerde ise temel olarak oluşma olasılığı dozla artar.

Kritik tuzak: Eşik ve şiddet artışı deterministik; eşiksiz olasılık artışı stokastik etkilere aittir.

Kazanım: Deterministik ve stokastik etkileri eşik ve doz-yanıt bakımından ayırt edebilme.

Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi • Deterministik radyasyon etkisi • Radyobiyojoloji • Orta-Zor • 90 sn

56

B) T2 ağırlıklı görüntü

Çözüm: Serbest sıvı T2 ağırlıklı sekanslarda genellikle yüksek sinyal verir. T1 ağırlıklı görüntüler anatomik yağ planlarını iyi gösterirken sıvı daha düşük sinyallidir.

Kritik tuzak: Efüzyon için sıvının parlak olduğu T2 ağırlık tercih edilir.

Kazanım: MR ağırlığını sıvı ve eklem efüzyonu görünümüyle eşleştirebilme.

Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi • MR sekanslarında sıvı • Görüntüleme • Kolay-Orta • 60 sn

57

B) Langerhans hücreli histiyositoz

Çözüm: Langerhans hücreli histiyositoz çene kemiklerinde zimba deliği veya scooped-out tarzda litik lezyonlara ve alveoler desteğin kaybıyla havada yüzen diş görünümüne yol açabilir. Kesin tanı histopatoloji ve immünohistokimya ile konur.

Kritik tuzak: Sklerotik lezyonlar kemik yoğunluğunu artırır; havada yüzen diş görünümü litik alveoler kayıpla oluşur.

Kazanım: Çocukta alveoler litik lezyon ve havada yüzen diş görünümünü tanıyabilme.

Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi • Langerhans hücreli histiyositoz • Klinik-Radyolojik • Orta • 75 sn

58

A) Nazopalatin kanal kisti

Çözüm: Nazopalatin kanal kisti, insiziv kanal artıklarından gelişir. Anterior maksilla orta hattında yuvarlak, oval veya anterior nazal spina süperpozisyonuna bağlı kalp biçimli görünebilir; komşu dişler genellikle vitaldir.

Kritik tuzak: Komşu dişlerin vital olması radiküler kist olasılığını azaltır.

Kazanım: Anterior maksilla orta hat lezyonunu vitalite ve şekille tanıyabilme.

Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi • Nazopalatin kanal kisti • Klinik-Radyolojik • Orta • 75 sn

59

B) İdiyopatik osteoskleroz

Çözüm: İdiyopatik osteoskleroz inflamatuvar bir kaynağı olmayan, vital dişlerle ilişkili olabilen lokal kemik yoğunlaşmasıdır. Genellikle asemptomatik, non-ekspansif ve radyolusent kapsülsüzdür.

Kritik tuzak: Kondensing osteitis tipik olarak pulpal inflamasyon veya nekrozlu dişle ilişkilidir.

Kazanım: İdiyopatik osteosklerozu inflamatuvar periapikal sklerozdan ayırt edebilme.

Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi • İdiyopatik osteoskleroz • Ayırıcı Tanı • Orta • 75 sn

60

C) Kondensing osteitis

Çözüm: Kondensing osteitis, düşük dereceli kronik pulpal inflamasyona karşı gelişen lokal sklerotik kemik yanıtıdır. İlgili dişte derin çürük, geniş restorasyon veya pulpa hastalığı bulunması ayırıcı tanıda önemlidir.

Kritik tuzak: Vital ve sağlam dişteki yoğunluk artışı idiyopatik osteosklerozu; hastalıklı dişteki skleroz kondensing osteitisi düşündürür.

Kazanım: Periapikal radyoopasiteyi pulpal durumla ilişkilendirerek tanıyabilme.

Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi • Kondensing osteitis • Ayırıcı Tanı • Orta-Zor • 90 sn

ÇOCUK DIŞ HEKİMLİĞİ (PEDODONTİ)

61

C) Sınıf II molar ilişki

Çözüm: Distal step terminal plane genellikle Sınıf II daimi molar ilişkiye yönelir ve büyümeyle kendiliğinden düzelme olasılığı sınırlıdır. Mesial step Sınıf I veya Sınıf III'e, flush terminal plane end-on veya Sınıf I'e gelişebilir.

Kritik tuzak: Distal basamak, mesial shift ile kolayca Sınıf I'e dönüşen terminal düzlem değildir.

Kazanım: Süt molar terminal düzlemini gelecekteki molar ilişkisiyle eşleştirebilme.

Çocuk Diş Hekimliği (Pedodonti) • Distal basamak terminal düzlem • Gelişim • Kolay-Orta • 60 sn

62

E) Birinci ve ikinci premolarlardan sonra

Çözüm: Maksillada tipik sıra 6-1-2-4-5-3-7 biçimindedir; kanin çoğunlukla premolarlardan sonra sürer. Mandibulada kanin daha erken, premolarlardan önce sürebilir.

Kritik tuzak: Maksiller kanin geç sürer; mandibular kaninle aynı sıra varsayılmamalıdır.

Kazanım: Maksiller ve mandibular daimi diş sürme sıralarını ayırt edebilme.

Çocuk Diş Hekimliği (Pedodonti) • Daimi diş sürme sırası • Bilgi • Orta • 75 sn

63

D) Turner dişi

Çözüm: Turner hipoplazisi, süt dişi enfeksiyonu veya travmasının gelişmekte olan daimi ardıl diş ameloblastlarını zedelemesiyle oluşur. Defekt çoğunlukla tek dişte lokalizedir.

Kritik tuzak: Genel ve simetrik mine defektleri sistemik etiyolojiyi düşündürür; Turner dişi lokalizedir.

Kazanım: Lokal gelişimsel mine defektini etiyolojisiyle tanıyabilme.

Çocuk Diş Hekimliği (Pedodonti) • Turner dişi • Klinik Olgu • Orta • 75 sn

64

A) Pulpa tabanındaki aksesuar kanalların furkasyona açılması

Çözüm: Süt molar pulpa tabanında furkasyon yönüne açılan aksesuar kanallar sık görülebilir. Enfeksiyon bu yollarla interradiküler kemiğe ulaşarak furkasyon radyolusensisi oluşturur.

Kritik tuzak: Furkasyon lezyonu, pulpa tabanındaki aksesuar bağlantıların klinik sonucudur.

Kazanım: Süt molarındaki radyografik enfeksiyon paternini kanal anatomisiyle açıklayabilme.

Çocuk Diş Hekimliği (Pedodonti) • Süt molarında furkasyon lezyonu • Mekanizma • Orta • 75 sn

65

D) Furkasyon radyolusensisi ve patolojik kök rezorpsiyonu

Çözüm: Pulpotomi, radiküler pulpanın sağlıklı veya geri dönüşebilir inflamasyonlu olduğu restore edilebilir dişlerde düşünülür. Furkasyon lezyonu, fistül, şişlik, kontrol edilemeyen kanama veya patolojik rezorpsiyon radiküler hastalığı gösterir.

Kritik tuzak: Pulpotomi kararı yalnız kuren çürüğüne göre değil, radiküler doku ve radyografiye göre verilir.

Kazanım: Süt dişi pulpotomisinde radiküler pulpa hastalığı bulgularını tanıyabilme.

Çocuk Diş Hekimliği (Pedodonti) • Süt dişi pulpotomi kontrendikasyonu • Klinik Karar • Orta-Zor • 90 sn

66

E) Pulpa yakınında seçici çürük uzaklaştırıp iyi sızdırmaz bir restorasyon yapmak

Çözüm: İndirekt pulpa tedavisinde periferde sağlam sert dentin ve sızdırmazlık sağlanırken pulpa yakınında ekspoz riskini azaltmak için seçici uzaklaştırma yapılabilir. İyi koronal sızdırmazlık bakteriyel aktiviteyi baskılar.

Kritik tuzak: Derin lezyonda her koşulda tam çürük temizliği ekspoz riskini artırabilir.

Kazanım: Derin çürükte pulpa ekspozunu önleyen seçici uzaklaştırma yaklaşımını uygulayabilme.

Çocuk Diş Hekimliği (Pedodonti) • İndirekt pulpa tedavisi • Klinik Karar • Kolay-Orta • 60 sn

67

C) Dentinogenezis imperfekta

Çözüm: Dentinogenezis imperfektada anormal dentin nedeniyle dişler opalesan görünür, kuronlar bulböz ve servikal bölgeler dar olabilir; pulpa boşlukları erken obliterasyon gösterebilir. Mine normal oluşsa da destek dentini zayıf olduğu için kırılabilir.

Kritik tuzak: Amelogenezis imperfekta esas olarak mineyi etkiler; bulböz kuron ve pulpa obliterasyonu dentinogenezis imperfektayı destekler.

Kazanım: Kalıtsal dentin bozukluğunu klinik ve radyografik özelliklerle tanıyabilme.

Çocuk Diş Hekimliği (Pedodonti) • Dentinogenezis imperfekta • Tanı • Orta • 75 sn

68

B) Amelogenezis imperfekta

Çözüm: Amelogenezis imperfekta, mine oluşumunu kalıtsal olarak etkileyen heterojen hastalık grubudur ve süt ile daimi dişleri yaygın etkileyebilir. Hipoplastik, hipomaturasyon ve hipokalsifiye tipleri bulunur.

Kritik tuzak: Tek ardıl dişteki defekt Turner dişini; iki dentisyonu yaygın etkileyen aile öyküsü Al'yı düşündürür.

Kazanım: Yaygın kalıtsal mine bozukluğunu lokal çevresel defekttan ayırt edebilme.

Çocuk Diş Hekimliği (Pedodonti) • Amelogenezis imperfekta • Tanı • Orta • 75 sn

69

C) Model alma

Çözüm: Model alma, sosyal öğrenme ilkesine dayanır; çocuk canlı veya video modeldeki uyumlu davranışı gözler ve taklit eder. Kaygıyı azaltmak ve beklentiyi şekillendirmek için kullanılabilir.

Kritik tuzak: Tell-show-do işlemi bizzat çocuğa anlatma-gösterme-yapma basamaklarıdır; başka çocuğu gözleme model almadır.

Kazanım: Davranış yönlendirme yöntemini öğrenme mekanizmasına göre tanıyabilme.

Çocuk Diş Hekimliği (Pedodonti) • Model alma davranış tekniği • Davranış Yönetimi • Orta • 75 sn

70

C) Belirgin nazal obstrüksiyon

Çözüm: Nitröz oksit nazal başlıkla solunur; ciddi nazal obstrüksiyonda yeterli gaz alımı sağlanamaz. Ayrıca bazı akciğer, kapalı hava boşluğu ve iş birliği sorunlarında özel değerlendirme gerekir.

Kritik tuzak: Burundan etkin soluyamayan çocukta nazal başlıkla hedef konsantrasyona ulaşmak güçtür.

Kazanım: İnhalasyon sedasyonunun uygulanabilirliğini solunum yolu açıklığıyla ilişkilendirebilme.

Çocuk Diş Hekimliği (Pedodonti) • Nitröz oksit kontrendikasyonu • Klinik Karar • Orta-Zor • 90 sn

ENDODONTI

71

A) Mine-sement birleşimi

Çözüm: Pulpa odası anatomisi kuron konturundan değişebilse de pulpa odası tabanı mine-sement birleşimi düzeyine göre daha öngörülebilir konumdadır. Krasner-Rankow yasaları CEJ'yi erişim kavitesi için temel referans kabul eder.

Kritik tuzak: Aşınmış veya restore edilmiş kuronda kasp tepeleri yanıltıcıdır; CEJ daha sabittir.

Kazanım: Kalsifiye dişte erişim kavitesi yönlendirmesinde güvenilir anatomik referansı seçebilme.

Endodonti • Pulpa odası tabanı yasaları • Klinik Planlama • Kolay-Orta • 60 sn

72

B) Meziobukkal ve meziolingual kanallar arasında

Çözüm: Orta mezial kanal, mezial kökteki isthmus hattında meziobukkal ve meziolingual kanal girişleri arasında bulunabilir. Büyütme ve ultrasonik oluk açma tespiti kolaylaştırabilir.

Kritik tuzak: Orta mezial kanal distal kökte değil, iki mezial kanal arasındaki isthmusta aranır.

Kazanım: Mandibular molar mezial kök ek kanal anatomisini lokalize edebilme.

Endodonti • Orta mezial kanal • Anatomi • Orta • 75 sn

73

C) Organik doku çözme kapasitesinin bulunmaması

Çözüm: Klorheksidin geniş antimikrobiyal etki ve dentine substantivite gösterebilir; ancak nekrotik organik dokuyu çözmez. Bu nedenle sodyum hipokloritin doku çözücü özelliğinin yerini tutmaz.

Kritik tuzak: Klorheksidin antimikrobiyaldir fakat organik doku çözücü değildir.

Kazanım: Endodontik irrigantları antimikrobiyal ve doku çözücü özelliklerine göre karşılaştırabilme.

Endodonti • Klorheksidin irrigasyondaki özelliği • Bilgi • Orta • 75 sn

74

E) Irrigantın yeterli hacimde ve sık yenilenmesini

Çözüm: Sodyum hipokloritin aktif kloru organik materyalle reaksiyona girerek tüketilir. Etkinliği yalnız konsantrasyona değil; hacim, yenileme, temas ve aktivasyona da bağlıdır.

Kritik tuzak: Kanalda uzun süre bekleyen tüketilmiş solüsyon, taze ve yeterli hacimde irrigant kadar etkili değildir.

Kazanım: Irrigant etkinliğini organik yük ve yenileme sıklığıyla ilişkilendirebilme.

Endodonti • Sodyum hipokloritin organik yükle etkisi • Mekanizma • Orta • 75 sn

75

B) Yan delikli iğneyi kanala sıkışmayacak biçimde çalışma boyundan kısa tutup düşük basınçla uygulamak

Çözüm: İğne kanalda pasif hareket edebilmeli, apeksten güvenli mesafede kalmalı ve irrigant düşük basınçla verilmelidir. Yan delikli tasarım apikal yöndeki jet etkisini azaltabilir.

Kritik tuzak: Kanala bağlanan iğne geri kaçış yolunu kapatır ve apikal basıncı artırır.

Kazanım: Kanal irrigasyonunda apikal ekstrüzyon riskini azaltan teknik ayrıntıları seçebilme.

Endodonti • Irrigasyon iğnesi güvenliği • Klinik Güvenlik • Orta-Zor • 90 sn

76

B) Periapikal dokularda yabancı cisim reaksiyonu ve iyileşmenin gecikmesi riski

Çözüm: Kanal dolgusunun amacı temizlenmiş kanal sistemini apikal konstriksiyona yakın düzeyde üç boyutlu kapatmaktır. Materyalin periapikal dokulara taşması kimyasal ve mekanik irritasyona yol açabilir; tek başına başarı göstergesi değildir.

Kritik tuzak: Apeks dışına taşkın dolgu daha iyi dezenfeksiyon anlamına gelmez.

Kazanım: Obtürasyon uzunluğunu periapikal doku biyolojisiyle ilişkilendirebilme.

Endodonti • Kanal dolum sınırı • Klinik Yorum • Kolay-Orta • 60 sn

77

C) Gerçek dentikül

Çözüm: Gerçek dentiküller dentine benzer tübüler yapı gösterebilir ve odontoblast benzeri hücrelerle çevrili olabilir. Yalancı dentiküller ise dejeneratif odak çevresinde konsantrik kalsifik tabakalardan oluşur.

Kritik tuzak: Konsantrik tabakalı kalsifik kitle yalancı, dentin tübülleri içeren yapı gerçek dentiküldür.

Kazanım: Pulpa kalsifikasyonlarını histolojik yapılarına göre ayırt edebilme.

Endodonti • Pulpa taşlarının histolojisi • Histoloji • Orta • 75 sn

78

E) Oehlers Tip III

Çözüm: Oehlers Tip I invaginasyon kuranla sınırlıdır; Tip II köke uzanan kör kesedir ve pulpayla ilişkili olabilir; Tip III kök boyunca ilerleyip ayrı bir foramenle periodonsiyuma açılır ve ana pulpayla doğrudan iletici şart değildir.

Kritik tuzak: Kökte kör sonlanan invaginasyon Tip II; ayrı periodontal çıkış oluşturan invaginasyon Tip III'tür.

Kazanım: Dens invaginatus tiplerini invaginasyonun uzanımı ve periodontal iletişimine göre sınıflandırabilme.

Endodonti • Dens invaginatus sınıflaması • Sınıflama • Orta • 75 sn

79

C) Kanal enfeksiyonunu ortadan kaldırıp rezorptif uyarıyı durdurmak

Çözüm: Eksternal inflamatuvar rezorpsiyon, hasarlı sement/PDL ile enfekte nekrotik kanalın birleşmesiyle sürer. Kemomekanik dezenfeksiyon ve uygun intrakanal medikament rezorptif uyarıyı kaldırmayı amaçlar.

Kritik tuzak: Rezeksiyonun ilerlemesini durdurmak için yalnız dış yüzey değil, kanal enfeksiyonu tedavi edilmelidir.

Kazanım: Travma sonrası kök rezorpsiyonunun enfeksiyon bağımlı mekanizmasını tedaviyle ilişkilendirebilme.

Endodonti • Eksternal inflamatuvar kök rezorpsiyonu • Klinik Karar • Orta • 75 sn

80

D) Kök kanal tedavisi yapıp periodontal iyileşmeyi izlemek

Çözüm: Primer endodontik lezyon, periodontal ligament yoluyla drene olup derin dar cep görünümü oluşturabilir. Kanal dezenfeksiyonu sonrası periodontal bulgu çoğunlukla iyileşir; kesin periodontal tedavi gereksinimi yeniden değerlendirilir.

Kritik tuzak: Primer endodontik lezyonda ilk hedef enfekte kanal sistemidir.

Kazanım: Endodontik-periodontal lezyonda primer kaynağa göre tedavi sırasını belirleyebilme.

Endodonti • Endodontik-periodontal prognoz • Klinik Karar • Orta-Zor • 90 sn

ORTODONTI

81	C) Mandibular interkanin genişliğinin belirgin biçimde azalması Çözüm: Incisor liability; interdental boşluklar, interkanin genişlik artışı ve daimi kesicilerin daha labial konumlanmasıyla kısmen karşılanır. İnterkanin genişliğinin azalması yer darlığını artırır. Kritik tuzak: Ark genişliğinin azalması yer kazandırmaz; yer darlığını artırır. Kazanım: Kesici diş yükümlülüğünü karşılayan fizyolojik ark değişikliklerini tanıyabilme. Ortodonti • Kesici diş yükümlülüğü • Gelişim • Kolay-Orta • 60 sn
82	E) Sürmüş mandibular dört kesicinin toplam meziodistal genişliğinden Çözüm: Moyers analizi, sürmüş mandibular kesicilerin toplam genişliği ile sürmemiş kanin ve premolarların boyutları arasındaki korelasyonu kullanır. Farklı olasılık yüzdelerinde tahmin tabloları bulunur. Kritik tuzak: Moyers analizinin temeli sefalometrik açı değil, mandibular kesici genişlikleridir. Kazanım: Karışık dişlenme analizinin girdi ölçümünü tanıyabilme. Ortodonti • Moyers analizi • Analiz • Orta • 75 sn
83	C) Daha düşük elastik modül ve iyi şekillendirilebilirlikle orta düzey kuvvet üretmesi Çözüm: Beta-titanyum teller paslanmaz çeliğe göre daha düşük sertlik ve daha geniş aktivasyon aralığı sunar; bükülebilir ve kaynaklanabilir. Nikel içermemeleri duyarlı hastalarda ayrıca avantaj olabilir. Kritik tuzak: Beta-titanyum ne paslanmaz çelik kadar sert ne de nikel-titanyum kadar şekillendirilmesi güçtür. Kazanım: Ortodontik tel alaşımlarını sertlik, şekillendirilebilirlik ve içerik bakımından karşılaştırabilme. Ortodonti • Beta-titanyum tel • Materyal • Orta • 75 sn
84	E) Açık sarmal yay Çözüm: Açık coil spring sıkıştırıldığında iki ataşman arasında itici kuvvet oluşturarak mesafe açar. Kapalı coil spring ise genellikle çekici kuvvetle boşluk kapatmada kullanılır. Kritik tuzak: Açık yay iter ve yer açar; kapalı yay çeker ve yer kapatır. Kazanım: Sarmal yay tipini boşluk açma-kapama yönüne göre seçebilme. Ortodonti • Açık sarmal yay • Mekanik • Orta • 75 sn
85	D) Tork Çözüm: Üçüncü düzen hareket, dikdörtgen tel ile braket slotu arasındaki tork aktarımıdır ve kök eğimini kontrol eder. Birinci düzen in-out/rotasyon, ikinci düzen tip-angülasyonla ilişkilidir. Kritik tuzak: Tip ikinci düzen, tork üçüncü düzen harekettir. Kazanım: Ortodontik tel bükümlerini üç düzende sınıflandırabilme. Ortodonti • Üçüncü düzen büküm • Mekanik • Orta-Zor • 90 sn
86	B) Alt dudak basıncını kesicilerden uzaklaştırıp molarlarda distalizasyon ve ark genişliğine katkı sağlaması Çözüm: Lip bumper alt dudak ve yanak kası basıncını dişlerden uzaklaştırır; dilin etkisi göreceli artabilir. Alt molarlarda distal eğilim, keserlerde labial hareket ve ark genişliğinde artış görülebilir. Kritik tuzak: Lip bumper maksiller genişletme apareyi değildir; mandibular arkta kas basıncını modifiye eder. Kazanım: Lip bumperın kuvvet sistemi ve ark boyu etkilerini açıklayabilme. Ortodonti • Lip bumper etkisi • Aparey • Kolay-Orta • 60 sn

87

D) Maksiller molar rotasyonunu kontrol etmek ve transvers ankraja katkı sağlamak

Çözüm: Transpalatal ark iki maksiller moları palatalden bağlar; molar rotasyonu, transvers genişlik ve ankraj kontrolünde kullanılabilir. Sagital veya iskeletsel sorunları tek başına tedavi etmez.

Kritik tuzak: Transpalatal ark maksiller molar kontrol aygıtıdır; mandibular diş hareketi yapmaz.

Kazanım: Transpalatal arkın temel biyomekanik kullanım alanlarını tanıyabilme.

Ortodonti • Transpalatal ark • Aparey • Orta • 75 sn

88

A) Hareketli apareyde zemberek veya uygun eğik düzlemle dişi labiale almak

Çözüm: Tek diş dental anterior çapraz kapanış, yeterli yer ve olumlu kök ilişkisi varsa zemberek, eğik düzlem veya kısa sabit mekanikle erken düzeltilebilir. İskeletsel Sınıf III tedavisi gerektirmez.

Kritik tuzak: Tek diş dental sorun için ortognatik cerrahi aşırı tedavidir.

Kazanım: Dental ve iskeletsel anterior çapraz kapanışı ayırıp uygun erken yaklaşımı seçebilme.

Ortodonti • Dental anterior çapraz kapanış • Klinik Karar • Orta • 75 sn

89

E) Kızlarda genellikle erkeklerden daha erken gerçekleşir

Çözüm: Kızlar iskeletsel maturasyon ve pubertal büyüme atılımına genel olarak erkeklerden daha erken girer. Bu nedenle büyüme modifikasyonu kronolojik yaştan çok bireysel maturasyon göstergelerine göre planlanır.

Kritik tuzak: Aynı yaş, iki hastada aynı büyüme potansiyeli anlamına gelmez.

Kazanım: Büyüme modifikasyonunda cinsiyet ve biyolojik maturasyon farkını yorumlayabilme.

Ortodonti • Büyüme zamanlaması • Büyüme • Orta • 75 sn

90

B) İlk günler

Çözüm: Elastomerik materyaller ağız ortamında stres gevşemesi ve su emilimine bağlı hızlı başlangıç kuvvet kaybı gösterir. Kayıp özellikle ilk 24 saat ve ilk günlerde belirgindir, sonra daha yavaş sürer.

Kritik tuzak: Başlangıç kuvvetinin tamamının haftalarca sabit kaldığı varsayılmamalıdır.

Kazanım: Elastomerik materyalin zamanla kuvvet davranışını klinik aktivasyonla ilişkilendirebilme.

Ortodonti • Elastomerik zincirde kuvvet kaybı • Materyal • Orta-Zor • 90 sn

PERIODONTOLOJİ

91

D) Sirküler lifler

Çözüm: Sirküler lifler, serbest diş eti bağ dokusu içinde diş çevreler. Transseptal lifler komşu dişlerin sementleri arasında interdental bölgede uzanır; dentogingival ve dentoperiosteal liflerin yönleri farklıdır.

Kritik tuzak: Dişi çevreleyen halka biçimli grup sirküler liflerdir.

Kazanım: Gingival lif gruplarını başlangıç ve seyirlerine göre ayırt edebilme.

Periodontoloji • Gingival lifler • Bilgi • Kolay-Orta • 60 sn

92

E) Birleşim epiteli

Çözüm: Birleşim epiteli, diş yüzeyine iç bazal lamina ve hemidesmozomlar aracılığıyla tutunur. Sulcular epitel oluşu döşer ancak normalde diş yüzeyine gerçek epitel ataşmanı oluşturmaz.

Kritik tuzak: Sulkusu döşemek ile dişe hemidesmozomal olarak bağlanmak aynı işlev değildir.

Kazanım: Periodontal epitel tiplerini diş yüzeyine ataşman özelliklerine göre ayırt edebilme.

Periodontoloji • Sulcus ve birleşim epiteli • Histoloji • Orta • 75 sn

93	E) 2 Çözüm: Silness-Löe plak indeksinde 0 plak yokluğunu, 1 yalnız sondla saptanan ince filmi, 2 gözle görülebilen orta miktardaki birikimi ve 3 gingival marjin ile cepte bol yumuşak birikimi gösterir. Bu nedenle tanımlanan bölgenin skoru 2'dir. Kritik tuzak: Skor 1'de plak çıplak gözle seçilmez; sondun dış yüzeyinde gezdirilmesiyle fark edilir. Kazanım: Plak indeks skorlarını klinik görünümle eşleştirebilme. Periodontoloji • Silness-Löe plak indeksi • İndeks • Orta • 75 sn
94	C) 2 Çözüm: Gingival indekste 0 normal, 1 hafif inflamasyon ve sondalamada kanama yok, 2 orta inflamasyon ve sondalamada kanama, 3 şiddetli inflamasyon, ülserasyon ve spontan kanama eğilimidir. Kritik tuzak: Sondalamada kanama skor 2; spontan kanama eğilimi skor 3 ile ilişkilidir. Kazanım: Gingival indeks skorunu inflamasyon şiddeti ve kanama tipine göre belirleyebilme. Periodontoloji • Löe-Silness gingival indeks • İndeks • Orta • 75 sn
95	A) 8 mm Çözüm: Gingival çekilme varsa klinik ataşman kaybı, sondalama derinliği ile CEJ-marjin mesafesinin toplamıdır: 5 + 3 = 8 mm. Kritik tuzak: Çekilmede değerler toplanır; gingival büyümede cebin büyüme kısmı çıkarılır. Kazanım: Gingival marjin konumundan klinik ataşman düzeyini hesaplayabilme. Periodontoloji • Klinik ataşman düzeyi hesabı • Hesaplama • Orta-Zor • 90 sn
96	E) Derece B Çözüm: Dolaylı ilerleme kanıtında kemik kaybı yüzdesinin yaşa oranı <0,25 için Derece A, 0,25-1,0 için Derece B, >1,0 için Derece C ile uyumludur. Evre ve derece farklı eksenlerdir. Kritik tuzak: 0,8 oranı Derece B aralığındadır; evre ile derece karıştırılmamalıdır. Kazanım: Kemik kaybı/yaş oranından periodontitis derecesini yorumlayabilme. Periodontoloji • Periodontitis derecesi • Sınıflama • Kolay-Orta • 60 sn
97	C) Periodontal apse Çözüm: Periodontal apse, mevcut cep veya periodontal dokuda lokalize pürülan enfeksiyondur; dış çoğu kez vitaldir. Apikal apsede pulpa nekrozu ve apikal odak beklenir. Kritik tuzak: Pozitif vitalite ve lateral derin cep periodontal kaynağı destekler. Kazanım: Periodontal ve endodontik apseleri vitalite ve lezyon konumuna göre ayırt edebilme. Periodontoloji • Periodontal apse • Ayırıcı Tanı • Orta • 75 sn
98	D) Endodontik enfeksiyon Çözüm: Nekrotik pulpadan kaynaklanan enfeksiyon lateral veya apikal kanallar üzerinden periodonsiyuma drene olarak dar derin cep görünümü oluşturabilir. Vitalite kaybı endodontik kaynağı destekler. Kritik tuzak: Yalnız sondalama derinliği kaynağı göstermez; pulpa vitalitesi belirleyicidir. Kazanım: Endo-perio lezyonda vitalite ve cep morfolojisini birlikte yorumlayabilme. Periodontoloji • Endodontik-periodontal ayırıcı tanı • Ayırıcı Tanı • Orta • 75 sn

99

B) Serbest diş eti grefti

Çözüm: Serbest diş eti grefti keratinize doku genişliğini artırmada öngörülebilir ancak renk ve doku uyumu subepitelyal bağ dokusu greftine göre daha zayıf olabilir. Bağ dokusu grefti estetik kök kapatmada sık tercih edilir.

Kritik tuzak: Estetik kök kapatma ile keratinize doku artırma hedefleri aynı greft seçimini gerektirmeyebilir.

Kazanım: Mukogingival greft seçimini ana tedavi hedefiyle eşleştirebilme.

Periodontoloji • Serbest diş eti grefti • Cerrahi • Orta • 75 sn

100

D) Dehisens

Çözüm: Dehisens, kök yüzeyindeki kemik kaybının alveoler kret marjinine ulaşmasıdır. Fenestrasyon ise kret korunurken kök üzerinde pencere biçimli izole kortikal kemik defektidir.

Kritik tuzak: Kret bütünlüğü korunuyorsa fenestrasyon; defekt krete ulaşıyorsa dehisens denir.

Kazanım: Alveoler kemik fenestrasyonu ile dehisensi kret ilişkisine göre ayırt edebilme.

Periodontoloji • Fenestrasyon ve dehisens • Morfoloji • Orta-Zor • 90 sn

PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ

101

A) Kennedy Sınıf IV; modifikasyon yoktur

Çözüm: Kennedy Sınıf IV, kalan dişlerin anteriorunda ve orta hattı geçen tek dişsiz alandır. Ek posterior dişsiz alan varsa sınıflamayı belirleyen en posterior alan olur; bu nedenle Sınıf IV için modifikasyon tanımlanmaz.

Kritik tuzak: Sınıf IV'e modifikasyon eklenmez; ek posterior boşluk sınıfı değiştirir.

Kazanım: Kennedy sınıflamasında Sınıf IV'ün ayırt edici özelliğini açıklayabilme.

Protetik Diş Tedavisi • Kennedy Sınıf IV • Sınıflama • Kolay-Orta • 60 sn

102

A) At nalı biçimli bağlayıcı

Çözüm: At nalı/U biçimli bağlayıcı açık tasarımı nedeniyle fleksiyona daha yatkındır. Kalınlaştırılması gerekebilir; geniş inoperabl torus gibi durumlarda seçilebilir. Anteroposterior palatal strap yüksek rijitlik sağlar.

Kritik tuzak: Doku örtüsünün az olması her zaman mekanik rijitlik anlamına gelmez.

Kazanım: Maksiller ana bağlayıcıları rijitlik ve endikasyon bakımından karşılaştırabilme.

Protetik Diş Tedavisi • Maksiller ana bağlayıcı rijitliği • Tasarım • Orta • 75 sn

103

C) Ante yasası

Çözüm: Ante yasası, sabit bölümlü protezde dayanak dişlerin toplam periodontal kök yüzey alanının, gövdelerle yerine konacak dişlerin toplam kök yüzey alanına eşit veya ondan büyük olması gerektiğini ifade eder. Güncel planlamada kök formu, periodontal sağlık, açıklık uzunluğu ve oklüzal yük de birlikte değerlendirilir.

Kritik tuzak: Ante yasası yalnız dayanak diş sayısını değil, periodontal kök yüzey alanını esas alır.

Kazanım: Sabit bölümlü protez dayanak seçiminin klasik periodontal destek ilkesini açıklayabilme.

Protetik Diş Tedavisi • Ante yasası • Biyomekanik • Orta • 75 sn

104

C) Ovat gövde

Çözüm: Ovat pontik, dikkatle şekillendirilmiş yumuşak doku yatağına konveks yüzeyiyle oturur ve doğal çıkış profili sağlar. İyi hijyen, yeterli doku kalınlığı ve kontrollü basınç gerekir.

Kritik tuzak: Hijyenik pontik dokuya temas etmez ve posterior nonestetik bölgeler içindir.

Kazanım: Pontik tasarımını estetik çıkış profili hedefiyle eşleştirebilme.

Protetik Diş Tedavisi • Ovat gövde • Estetik • Orta • 75 sn

105

E) Hijyenik gövde

Çözüm: Hijyenik veya sanitary pontik, kret dokusuna temas etmez ve altında temizlenebilir boşluk bırakır. Özellikle mandibular posterior bölgede, estetiğin öncelikli olmadığı durumlarda kullanılabilir.

Kritik tuzak: Dokuya geniş temas eden saddle pontik temizliği zorlaştırır.

Kazanım: Pontik tasarımı hijyen ve bölgesel estetik gereksinimle eşleştirebilme.

Protetik Diş Tedavisi • Hijyenik gövde • Tasarım • Orta-Zor • 90 sn

106

D) Yuvarlatılmış iç açılı omuz veya derin chamfer

Çözüm: Tam seramik restorasyonlar kırılğan olduğundan yeterli materyal kalınlığı ve yuvarlatılmış iç açılar gerekir. Omuz veya derin chamfer uygun destek sağlar; bıçak sırtı kenarda yetersiz seramik kalınlığı oluşturabilir.

Kritik tuzak: Keskin iç açısı stres yoğunlaştırır; yuvarlatılmış iç açısı tercih edilir.

Kazanım: Seramik restorasyon için bitim çizgisini materyal kalınlığı ve stres yoğunluğuna göre seçebilme.

Protetik Diş Tedavisi • Tam seramik bitim çizgisi • Preparasyon • Kolay-Orta • 60 sn

107

B) Dual-cure rezin siman

Çözüm: Dual-cure rezin simanlar hem ışıkla hem kimyasal mekanizmayla polimerize olur. Işığın restorasyon altında yetersiz kaldığı alanlarda kimyasal kür dönüşüm derecesini destekler.

Kritik tuzak: Opak restorasyon altında yalnız ışıkla kürlenmiş siman eksik polimerize olabilir.

Kazanım: İndirekt restorasyonda ışık erişimine göre rezin siman polimerizasyon tipini seçebilme.

Protetik Diş Tedavisi • Dual-cure rezin siman • Materyal • Orta • 75 sn

108

E) Kontrollü rölyef sağlamak

Çözüm: Median palatal rafe üzerindeki mukoza ince ve az reziliandır; aşırı basınç ağrı ve ülserasyona neden olabilir. Kontrollü rölyef, yükü daha uygun destek alanlarına dağıtır.

Kritik tuzak: Posterior palatal seal kontrollü kompresyon, median rafe ise genellikle rölyef gerektirir.

Kazanım: Maksiller tam protezde rölyef gerektiren anatomik bölgeyi ve gerekçesini tanıyabilme.

Protetik Diş Tedavisi • Median palatal rafe rölyefi • Klinik Tasarım • Orta • 75 sn

109

A) Bukkal shelf

Çözüm: Bukkal shelf yoğun kortikal kemiği, kuvvet yönüne elverişli yüzeyi ve görece sınırlı rezorpsiyonu nedeniyle mandibular tam protezin önemli primer destek alanıdır.

Kritik tuzak: Keskin kret tepesi her zaman en iyi yük taşıyan alan değildir; bukkal shelf daha elverişlidir.

Kazanım: Mandibular tam protezde primer destek alanını anatomik özellikleriyle tanıyabilme.

Protetik Diş Tedavisi • Mandibular primer destek alanı • Tam Protez • Orta • 75 sn

110

C) Sheffield tek vida testi

Çözüm: Sheffield veya one-screw testte altyapının bir ucundaki vida sıkılır; diğer dayanaklardaki kalkma veya açıklık pasif uyumsuzluğu gösterir. Radyografi ve klinik değerlendirme de tamamlayıcıdır.

Kritik tuzak: Christensen fenomeni mandibular protrüzyondaki posterior ayrılmayla ilişkilidir; pasif implant uyum testi değildir.

Kazanım: İmplant üstü altyapıda pasif uyumu değerlendiren klinik testi tanıyabilme.

Protetik Diş Tedavisi • Sheffield tek vida testi • Klinik Test • Orta-Zor • 90 sn

RESTORATİF DIŞ TEDAVISI

111

B) Plak retansiyon alanında mat, tebeşirimsi ve pürüzlü yüzey

Çözüm: Aktif başlangıç mine lezyonu plak stagnasyon alanında mat, opak/tebeşirimsi ve nazık sondlamada pürüzlüdür. İnaktif lezyon daha parlak, sert ve düzgündür.

Kritik tuzak: Renk tek başına aktiviteyi göstermez; parlaklık, sertlik, pürüzlülük ve plak alanı birlikte değerlendirilir.

Kazanım: Başlangıç çürüğünde aktiviteyi yüzey özellikleriyle değerlendirebilme.

Restoratif Diş Tedavisi • Çürük aktivite bulgusu • Klinik Tanı • Kolay-Orta • 60 sn

112

E) Nonoperatif remineralizasyon, arayüz hijyeni ve düzenli izlem

Çözüm: Nonkaviteli erken proksimal lezyonlarda diyet, florür, plak kontrolü ve radyografik/klinik izlem ilerlemeyi durdurabilir. Hastanın riski ve lezyon aktivitesine göre rezin infiltrasyon gibi mikroinvaziv seçenekler de düşünülebilir.

Kritik tuzak: Radyografik lezyon görmek otomatik olarak geniş kavite preparasyonu gerektirmez.

Kazanım: Erken proksimal çürükte operatif ve nonoperatif eşikleri ayırt edebilme.

Restoratif Diş Tedavisi • Nonkaviteli proksimal lezyon yönetimi • Klinik Karar • Orta • 75 sn

113

C) Periferde sert dentine, pulpa yakınında yumuşak dentine kadar seçici uzaklaştırma ve sızdırmaz restorasyon

Çözüm: Derin çürükte selektif uzaklaştırma, kavite periferinde adeziv sızdırmazlık için sert dentin bırakırken pulpa duvarında ekspoz riskini azaltır. Başarı için semptomların pulpa nekrozu/irreversibl pulpitis göstermemesi ve iyi koronal sızdırmazlık gerekir.

Kritik tuzak: Pulpa yakınında sert dentine ulaşma zorunluluğu ekspozu artırabilir; perifer ve pulpal duvar hedefleri farklıdır.

Kazanım: Derin çürükte seçici uzaklaştırma sınırlarını kavite bölgelerine göre uygulayabilme.

Restoratif Diş Tedavisi • Derin çürükte seçici uzaklaştırma • Klinik Karar • Orta • 75 sn

114

D) Kalsiyum silikat esaslı materyal

Çözüm: MTA ve benzeri kalsiyum silikat esaslı materyaller yüksek pH, iyi sızdırmazlık ve biyolojik sert doku oluşumunu destekleyen özellikleri nedeniyle vital pulpa tedavilerinde kullanılabilir.

Kritik tuzak: Öjenol pulpa hücreleri ve rezin polimerizasyonu açısından doğrudan kaplama için uygun seçenek değildir.

Kazanım: Direkt pulpa tedavisinde biyoseramik materyal seçimini gerekçelendirebilme.

Restoratif Diş Tedavisi • Kalsiyum silikat pulpa kaplama • Materyal • Orta • 75 sn

115

B) 40

Çözüm: Radyant maruziyet yaklaşık olarak ışık şiddeti x süre ile hesaplanır. Şiddet yarıya düştüğünde aynı enerji için süre iki katına çıkar: $1000 \times 20 = 500 \times 40$.

Kritik tuzak: Şiddet yarıya inerken süre de yarıya indirilirse enerji dörtte bire düşer.

Kazanım: Işık şiddeti ve süre değişiminden eşdeğer radyant maruziyeti hesaplayabilme.

Restoratif Diş Tedavisi • Radyant maruziyet hesabı • Hesaplama • Orta-Zor • 90 sn

116

B) Daha düşük doldurucu ve elastik modül, ancak daha yüksek polimerizasyon büzülmesi

Çözüm: Akışkan kompozitler daha düşük doldurucu oranı sayesinde düşük viskozite ve daha düşük elastik modül gösterir. Organik matriks oranı yüksek olduğundan polimerizasyon büzülmesi hibrit kompozitlerden daha fazla olabilir; bu nedenle kalın kütle hâlinde kullanılmaları uygun değildir.

Kritik tuzak: Akışkanlık daha düşük doldurucudan kaynaklanır; bu durum büzülmeyi azaltmaz, artırabilir.

Kazanım: Akışkan kompozitlerin viskozite, modül ve büzülme özelliklerini karşılaştırabilme.

Restoratif Diş Tedavisi • Akışkan kompozit özellikleri • Materyal • Kolay-Orta • 60 sn

117

E) Value

Çözüm: Value rengin açıklık veya koyuluğunu, hue temel renk ailesini, chroma ise doygunluğu ifade eder. Value uyumsuzluğu klinikte en kolay fark edilen renk hatalarındandır.

Kritik tuzak: Hue renk ailesi, chroma doygunluk, value açıklık-koyuluktur.

Kazanım: Rengin üç boyutunu estetik diş hekimliği bağlamında ayırt edebilme.

Restoratif Diş Tedavisi • Rengin value boyutu • Renk Bilimi • Orta • 75 sn

118

C) Floresans

Çözüm: Floresans, bir maddenin kısa dalga boylu enerjiyi absorbe edip daha uzun dalga boylu ışık yaymasıdır. Doğal dentin ve mine restoratif materyallerde taklit edilmesi gereken floresan özellik gösterir.

Kritik tuzak: Opalesans saçılmaya bağlı renk değişimidir; UV sonrası görünür emisyon floresanstır.

Kazanım: Floresans ve opalesans gibi optik kavramları ayırt edebilme.

Restoratif Diş Tedavisi • Diş floresansı • Optik • Orta • 75 sn

119

A) Geçici diş dehidratasyonu

Çözüm: İzolasyon ve peroksit uygulaması diş geçici olarak dehidrate edebilir; bu durum ışık saçılımını değiştirerek daha açık görünüm oluşturur. Nihai renk değerlendirmesi rehibrasyon sonrasında yapılmalıdır.

Kritik tuzak: İşlem biter bitmez alınan renk ölçümü dehidratasyon nedeniyle yanıltıcı olabilir.

Kazanım: Beyazlatma sonrası geçici optik değişikliği kalıcı renk değişiminden ayırt edebilme.

Restoratif Diş Tedavisi • Beyazlatma sonrası renk değerlendirmesi • Klinik Yorum • Orta • 75 sn

120

A) Maksiller dişlerin palatinal yüzeyleri

Çözüm: Mideden gelen asit özellikle maksiller dişlerin palatinal yüzeyleriyle temas eder. Dil ve tükürük mandibular dişleri kısmen koruyabilir; ilerleyen olgularda oklüzal yüzeyler de etkilenir.

Kritik tuzak: Palatinal maksiller erozyon intrinsik asit için tipik dağılımdır.

Kazanım: İntrinsik ve ekstrinsik erozyonu yüzey dağılımına göre ayırt edebilme.

Restoratif Diş Tedavisi • İntrinsik erozyon dağılımı • Klinik Olgu • Orta-Zor • 90 sn