

جراحی

۱- در کدام یک از انواع شکستگی‌های ناحیه میانی صورت احتمال بروز Traumatic Telecanthus وجود دارد؟

الف) Lefort I fracture

ب) NOE fracture

ج) ZMC fracture

د) Blowout fracture

گزینه ب صحیح است. صفحه ۱۷۹ درسنامه پارسه جراحی پیترسون + کتاب تست جراحی

آسیب به مجموعه نازو اوربیتو اتموئید (NOE) اغلب منجر به پهن شدن استخوان بینی، جابجایی لترالی کانتوس‌های داخلی و در نتیجه تله‌کانتوس (افزایش فاصله بین کانتوس‌های داخلی) می‌گردد. در افراد سالم معمولاً فاصله بین دو کانتوس داخلی برابر با پهنای پره بینی می‌باشد.

۳۹- افزایش فاصله کانتوس دو چشم در بیماری که دچار تروما به ناحیه میانی صورت شده است ناشی از چه نوع شکستگی می‌تواند باشد؟ (دستیاری ۹۲)

الف) شکستگی استخوان بینی

ب) شکستگی کمپلکس زایگوماتیکوماگزیلاری (ZMC)

ج) شکستگی نازو اوربیتو اتموئیدال (NOE)

د) شکستگی سینوس فرونتال

پاسخ: آسیب به مجموعه NOE اغلب منجر به پهن شدن استخوان بینی، جابجایی لیگامان کانتوس داخلی و در نتیجه تله‌کانتوس (افزایش فاصله بین کانتوس‌های داخلی) می‌گردد.

گزینه ج صحیح است

۲- کودکی ۹ ساله بدنبال تروما دچار شکستگی کندیل سمت راست و جابجایی مختصر استخوان در ناحیه شکستگی

شده است. درمان مناسب کدام است؟

الف) فیکساسیون بین فکی به مدت ۱۴-۱۰ روز

ب) فیکساسیون بین فکی به مدت دو تا سه هفته

ج) فیکساسیون بین فکی به مدت یک ماه

د) جانندازی باز همراه با فیکساسیون داخلی

گزینه الف صحیح است. صفحه ۱۸۲ درسنامه پارسه جراحی پیترسون + کتاب تست جراحی



در شکستگی‌های کندیل با جایجایی اندک تا متوسط که با روش بسته می‌توان به اکلوزن مناسب دست یافت نیازی به جاندازی آناتومیک دقیق و ایده‌آل نیست و روش بسته ارجح است. در این موارد IMF برای مدت حداکثر ۳-۲ هفته در بالغین و ۱۴-۱۰ روز در کودکان برقرار شده و سپس فانکشن به صورت تهاجمی اعمال می‌گردد زیرا IMF طولانی‌تر منجر به انکیلوز مفصل و محدودیت در باز کردن دهان خواهد شد. دقت کنید که اگر در شکستگی کندیل جایجایی قطعات شدید بوده و اکلوزن مناسب به دست نیاید بایستی از روش یاز (ORIF) استفاده کرد.

۴۵- کودکی ۹ ساله به دنبال تروما دچار شکستگی کندیل سمت راست و جابه‌جایی مختصر استخوان در ناحیه شکستگی شده است. درمان مناسب کدام است؟ (دستیاری ۹۸)

- الف) فیکساسیون بین فکی به مدت ۱۴-۱۰ روز
 ب) فیکساسیون بین فکی به مدت ۲ تا ۳ هفته
 ج) فیکساسیون بین فکی به مدت یک ماه
 د) جاندازی باز همراه با فیکساسیون داخلی

پاسخ: در شکستگی‌های کندیل، جایجایی‌های مختصر تا متوسط قطعه کندیلی به طور معمول فانکشن و اکلوزن مناسبی پس از عمل خواهند داشت (در صورت وجود اکلوزن صحیح در زمان ترمیم) در این شرایط وجود MMF به مدت ۲ تا ۳ هفته در بالغین و به مدت ۱۴-۱۰ روز در اطفال کافی است و به دنبال آن بازتوانی فانکشنال با شدت بالا نیاز است زمان MMF طولانی‌تر می‌تواند منجر به فیروز یا انکیلوز گردد.

گزینه الف صحیح است

۳- در بیماری که کاندید عمل کوچک دهانی مانند خارج نمودن دندان می‌باشد و در حال مصرف کورتون به علت

آرتريت روماتوئید باشد، کدام اقدام زیر باید صورت بگیرد؟

الف) دوز کورتون روز قبل دو برابر شود.
 ب) انجام پروتوکل کاهش اضطراب کافی است.

ج) دوز کورتون روز جراحی دو برابر شود.

د) دوز کورتون برای سه روز، دو برابر شود.

گزینه ب صحیح است. صفحه ۱۶ درسامه پارسه جراحی پیترسون + کتاب تست جراحی

تدابیر درمانی برای بیماران نارسایی آدرنال به شرح زیر است:

۱- اگر بیمار کاندید عمل جراحی کوچک و ساده است تنها نیاز به پروتکل کاهش اضطراب دارد و نیاز به تجویز کورتیکواستروئید مکمل نیست.

۲- اگر بیمار کاندید عمل جراحی بزرگ مانند ارتوسرجری است و در حال حاضر تحت درمان با کورتیکواستروئید قرار دارد بایستی در روز قبل از عمل، روز عمل و روز بعد از عمل جراحی دوز مصرفی را دو برابر کند و پس از آن میزان مصرف کورتون به دوز معمولی برگردد ($2 \times \leftarrow 2 \times \leftarrow 2 \times$).

۳- اگر بیمار کاندید عمل جراحی بزرگ است و در طول یک سال گذشته به مدت بیش از ۲ هفته حداقل ۲۰ میلی گرم روزانه هیدروکورتیزون (کورتیزول) یا معادل آن دریافت کرده باشد، مستعد نارسایی حاد آدرنال است و باید کورتون اضافی دریافت کند. این بیماران بایستی ۶۰ میلی گرم هیدروکورتیزون روز قبل و روز عمل جراحی مصرف کنند. همچنین میزان تجویز هیدروکورتیزون باید در دو روز اول پس از جراحی ۴۰ میلی گرم و در سه روز بعدی ۲۰ میلی گرم باشد و از ششمین روز بعد از جراحی کورتون کمکی قطع شود ($60 \leftarrow 60 \leftarrow 40 \leftarrow 40 \leftarrow 20 \leftarrow 20 \leftarrow 20 \leftarrow 20 \leftarrow 20 \leftarrow 20$).

۵۲- بیمار مبتلا به نارسایی ثانویه آدرنال که قرار است تحت ارتوسرجری قرار گیرد و در حال حاضر استروئید مصرف نمی‌کند، در روز سوم بعد از جراحی چه مقدار استروئید باید دریافت کند؟

- الف) ۲۰ میلی گرم هیدروکورتیزون
ب) ۴۰ میلی گرم هیدروکورتیزون
ج) ۲۰ میلی گرم کورتیزون
د) ۴۰ میلی گرم کورتیزون

پاسخ: این بیماران باید ۶۰ میلی گرم هیدروکورتیزون روز قبل و روز عمل جراحی مصرف کنند. میزان تجویز هیدروکورتیزون دو روز اول پس از جراحی باید ۴۰ میلی گرم و سه روز بعدی ۲۰ میلی گرم باشد و از ششمین روز بعد از عمل جراحی کورتون کمکی قطع شود ($60 \leftarrow 60 \leftarrow 40 \leftarrow 40 \leftarrow 20 \leftarrow 20 \leftarrow 20 \leftarrow 20 \leftarrow 20 \leftarrow 20$).

گزینه الف صحیح است

۵۶- در بیماری که شش ماه پیش به مدت سه هفته روزانه ۱۰ میلی گرم پردنیزولون دریافت کرده است و اکنون تحت ارتوسرجری قرار می‌گیرد، در پنجمین روز بعد از عمل باید چند میلی گرم هیدروکورتیزون دریافت کند؟

- الف) نیازی به دریافت استروئید مکمل نیست.
ب) ۲۰ میلی گرم
ج) ۴۰ میلی گرم
د) ۶۰ میلی گرم

پاسخ: قدرت نسبی پردنیزولون ۴ است یعنی این فرد معادل ۴۰ میلی گرم هیدروکورتیزون دریافت کرده است. با توجه به اینکه در یک سال اخیر به مدت بیش از دو هفته حداقل ۲۰ میلی گرم هیدروکورتیزون دریافت کرده پس نیاز به کورتیکواستروئید مکمل دارد. این بیماران باید ۶۰ میلی گرم هیدروکورتیزون روز قبل و روز عمل جراحی مصرف کنند. میزان تجویز هیدروکورتیزون دو روز اول پس از جراحی باید ۴۰ میلی گرم و سه روز بعدی ۲۰ میلی گرم باشد و از ششمین روز بعد از عمل جراحی کورتون کمکی قطع شود ($60 \leftarrow 60 \leftarrow 40 \leftarrow 40 \leftarrow 20 \leftarrow 20 \leftarrow 20 \leftarrow 20 \leftarrow 20 \leftarrow 20$).

گزینه ب صحیح است



۸۰- بیماری با سابقه مصرف کورتون (به مدت بیش از ۲ هفته حداقل ۲۰ میلی گرم کورتیزول طی یک سال گذشته) جهت کشیدن دندان‌های خلفی سمت راست فک بالا مراجعه نموده است. کدام یک از تدابیر درمانی زیر صحیح می‌باشد؟ (دستیاری ۹۰)

الف) انجام بی‌حسی موضعی - کشیدن دندان

ب) کنترل علائم حیاتی - پروتکل تخفیف اضطراب - کشیدن دندان

ج) کنترل علائم حیاتی - پروتکل تخفیف اضطراب - تجویز ۶۰ میلی گرم هیدروکورتیزون به صورت عضلانی قبل از عمل - کشیدن دندان

د) کنترل علائم حیاتی - پروتکل تخفیف اضطراب - تجویز ۶۰ میلی گرم هیدروکورتیزون روز قبل و صبح جراحی کشیدن دندان

پاسخ: اگر بیمار دارای نارسایی آدرنال کاندید عمل جراحی کوچک است تنها نیاز به پروتکل کاهش اضطراب دارد و نیاز به تجویز کورتیکواستروئید مکمل نیست.

گزینه ب صحیح است

۴- علت شایع **twisted nose** در راینوپلاستی کدام مورد است؟

ب) برداشتن غضروف

الف) انحراف سپتوم

د) اسکار جراحی

ج) استئوتومی نامناسب

گزینه الف صحیح است. صفحه ۱۹۴ درسنامه پارسه جراحی پیترسون

سپتوپلاستی اغلب همزمان با راینوپلاستی انجام شده و اندیکاسیون آن در مواردی است که سپتوم دارای انحراف یا پیچ‌خوردگی است و یا هنگامی که نیاز به برداشت گرفت غضروفی می‌باشد. همچنین در مواردی که انسداد جریان هوا در اثر کلاپس دریچه‌های بینی یا هایپرتروفی توربینیت‌های تحتانی به وجود می‌آید کاربرد دارد.

۵- بیماری با حجم وسیع اپولیس فیشوراتوم قدام ماگزایلا مراجعه کرده است. مناسب‌ترین طرح درمان جهت بهبود شرایط بیمار کدام است؟

ب) خارج کردن بافت اضافی با کمک لیزر

الف) حذف بافت اضافی به همراه وستیبولوپلاستی

د) حذف بافت اضافی با برش ساده

ج) حذف بافت نرم با الکتروسرجری

گزینه د صحیح است. صفحه ۹۳ درسنامه پارسه جراحی پیترسون + کتاب تست جراحی

گزینه ب نیز صحیح است.

برای جراحی هایپرپلازی فیبروز التهابی سه تکنیک وجود دارد که در هر سه روش تزریق انفیلتراسیون برای ایجاد بی‌حسی کفایت می‌کند:

۱- در مواردی که بافت هایپرپلاستیک کوچک است استفاده از الکتروسرجری یا لیزر نتایج خوبی را به همراه خواهد داشت.

۲- اگر بافت هایپرپلاستیک بزرگ باشد استفاده وسیع از الکتروسرجری باعث ایجاد اسکار شدید در وستیبول می‌گردد. در این مورد استفاده از برش ساده با تیغ و نزدیک کردن لبه‌های زخم روش ارجح می‌باشد. برش از قاعده بافت هایپرپلاستیک تا پریوست امتداد می‌یابد. سپس بافت‌های مجاور آندرماین شده و بخیه می‌شوند.

۳- در مواقعی که بافت هایپرپلاستیک بسیار بزرگ است برش ساده، آندرماین کردن و بستن زخم باعث از دست رفتن عمق وستیبول می‌شود. در این مورد حذف بافت هایپرپلاستیک به صورت سوپراپریوستال و اپی‌تلیالیزاسیون ثانویه تکنیک ارجح است. بافت هایپرپلاستیک تا سطح پریوست برداشته شده و سپس مارژین مخاطی در سمت لبیال به اپیکالی‌ترین قسمت پریوست در عمق وستیبول به صورت منقطع بخیه می‌شود. از یک اسپلینت جراحی یا پروتز حاوی سافت لاینر به مدت ۵-۷ روز استفاده می‌شود. قالبگیری پروتز می‌تواند ۴ هفته بعد انجام شود.

با استفاده از لیزر علاوه بر اپولیس‌های کوچک می‌توان اپولیس‌های بزرگ را نیز بدون خونریزی و یا اسکارهای شدید حذف نمود. دقت کنید که الکتروسرجری در این موارد اسکار شدیدی به جا می‌گذارد.

● بافت‌های هایپرپلاستیک خارج شده بایستی به پاتولوژی فرستاده شوند.

۲۱- کدام گزینه درمان مناسب هایپرپلازی فیبروز التهابی را در مراحل ابتدایی به درستی بیان می‌کند؟

- (الف) استفاده از Soft Liner در دنجر
(ب) حذف بافت هایپرپلاستیک با لیزر
(ج) حذف بافت هایپرپلاستیک با کوتر
(د) حذف بافت هایپرپلاستیک با تیغ
- پاسخ: در مراحل ابتدایی هایپرپلازی فیبروز التهابی یعنی زمانی که فیبروز حداقل است درمان غیرجراحی توسط پروتز حاوی سافت لاینر برای حذف بافت‌های هایپرپلاستیک کافی است.
گزینه الف صحیح است

۶- تمام گزینه‌های ذیل زیر نشان دهنده آسان بودن خارج کردن دندان‌های نهفته عقل پایین می‌باشد، به جز:

- (الف) کامل نشدن تشکیل ریشه‌ها
(ب) تراکم کم استخوان و PDL عریض
(ج) نهفتگی کلاس یک راموس همراه با فاصله زیاد با دندان مولار دوم
(د) فولیکول باریک و استخوان متراکم
- گزینه د صحیح است. صفحه ۷۶ درنامه پارسه جراحی پیترسون + کتاب تست جراحی



عوامل تأثیرگذار بر میزان سختی جراحی دندان عقل نهفته مندیبل	جراحی آسان‌تر	جراحی دشوارتر
سن بیمار	کمتر	بیشتر
زاویه قرارگیری دندان	مزیوانگولار	دیستوانگولار
ارتباط با لبه قدامی راموس (Gregory و Pell)	کلاس ۱	کلاس ۲ و ۳
ارتباط با پلن اکلوزال (Gregory و Pell)	کلاس A	کلاس B و C
طول ریشه‌ها	$\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$	ریشه‌های کاملاً تکامل یافته (بلند و نازک)
تباعده ریشه‌ها	ریشه‌های مخروطی و بهم چسبیده	ریشه‌های متباعد
انتحای ریشه و جهت آن	ریشه بدون کروی و یا در موارد مزیوانگولار با کروی دیستالی	ریشه با کروی زیاد و یا در موارد مزیوانگولار ریشه مستقیم یا با کروی مزالی
پهنای مزیدیستالی ریشه‌ها نسبت به تاجیه سرویکال	کوچک‌تر یا مساوی	بزرگ‌تر
قتای PDL	پهن‌تر	نازک‌تر
اندازه قولیکول اطراف دندان	بزرگ‌تر	کوچک‌تر
تراکم استخوان اطراف	منعطف‌تر	متراکم‌تر
ارتباط با مولر دوم	با قاصله	در تماس مستقیم (دیستوانگولار و اقی)
ارتباط با IAN	با قاصله	در تماس مستقیم

۴۶- کدام گزینه درباره دشواری خارج‌سازی دندان نهفته صحیح نیست؟

- الف) دندان نهفته مزیوانگولار ماگزینا دشوارتر از دیستوانگولار است.
 - ب) دندان نهفته افقی مندیبل دشوارتر از عمودی است.
 - ج) دندان با نهفتگی Partial Bony از دندان با نهفتگی Complete Bony دشوارتر است.
 - د) دندان نهفته عمودی مندیبل دشوارتر از مزیوانگولار است.
- پاسخ: انواع نهفتگی‌های عقل ماگزینا از نظر سختی کشیدن عبارتند از:
 مزیوانگولار < عمودی < دیستوانگولار

گزینه ب صحیح است

۳۰- اولین عامل تعیین کننده در میزان سختی خارج کردن دندان‌های نهفته چیست؟

الف) زاویه محور طولی (ب) نوع نهفتگی (ج) دسترسی (د) انحنای ریشه
 پاسخ به طور کلی دسترسی (Accessibility) مهم‌ترین فاکتور در تعیین میزان سختی Ext می‌باشد.

عوامل تأثیر گذار بر میزان سختی جراحی دندان عقل نهفته مندیپل	جراحی آسان‌تر	جراحی دشوارتر
سن بیمار	کمتر	بیشتر
زاویه قرارگیری دندان	مزبوانگولار	دیستوانگولار
ارتباط با لبه قدامی راموس (Gregory & Pell)	کلاس ۱	کلاس ۲ و ۳
ارتباط با پلن اکلوزال (Gregory & Pell)	کلاس A	کلاس B و C
طول ریشه‌ها	$\frac{1}{3} - \frac{2}{3}$	ریشه‌های کاملاً تکامل یافته (بلند و نازک)
تباعدهای ریشه‌ها	ریشه‌های مخروطی و بهم چسبیده	ریشه‌های متباعد
انحنای ریشه و جهت آن	ریشه بدون کروز و یا در موارد مزبوانگولار با کروز دیستالی	ریشه با کروز زیاد و یا در موارد مزبوانگولار ریشه مستقیم یا با کروز مزالی
پهنای مزبودیستالی ریشه‌ها نسبت به ناحیه سرویکال	کوچکتر یا مساوی	بزرگتر
فضای PDI	بهن‌تر	نازکتر
اندازه فولیکول اطراف دندان	بزرگتر	کوچکتر
تراکم استخوان اطراف	متنحط‌تر	مترکم‌تر
ارتباط با مولر دوم	با فاصله	در تماس مستقیم (دیستوانگولار و افقی)
ارتباط با IAN	با فاصله	در تماس مستقیم
ماهیت بافت پوشاننده	نسج نرم	نسج سخت کامل

گزینه ج صحیح است

۳۰- ترتیب سختی کشیدن در دندان مولر سوم نهفته مندیپل در کدام گزینه به درستی بیان شده است؟

الف) عمودی < مزبوانگولار < افقی
 ب) عمودی < افقی < مزبوانگولار
 ج) افقی < عمودی < مزبوانگولار
 د) افقی < مزبوانگولار < عمودی

پاسخ: انواع نهفتگی‌های عقل مندیپل از نظر سختی کشیدن عبارتند از:

دیستوانگولار < عمودی < افقی < مزبوانگولار

گزینه ب صحیح است



۷- اپی تلیالیزه شدن محل دندان خارج شده از چه زمانی پس از خارج نمودن دندان شروع می‌شود؟

- الف) هفته دوم
ب) هفته سوم
ج) ماه دوم
د) ماه سوم

گزینه الف صحیح است. صفحه ۴۰ درسنامه پارسه جراحی پیترسون + کتاب تست جراحی

بسته به اندازه ساکت طی ۲-۴ هفته اتصال اپی تلیوم بر روی ساکت تکمیل می‌گردد. ۴-۶ ماه پس از Ext تحلیل استخوان کورتیکال در دیواره‌های ساکت تکمیل شده و در رادیوگرافی لامینادورا محو می‌شود. تنها اثر برجای مانده از ساکت پس از ۱ سال حلقه‌ای از بافت فیبروز (اسکار) در محل ساکت است.

۱۷- در یک ساکت کوچک ترمیم کامل اپی تلیوم چه مقدار به طول می‌انجامد؟

- الف) ۱ هفته
ب) ۲ هفته
ج) ۳ هفته
د) ۴ هفته

پاسخ: بسته به سایز ساکت ترمیم کامل اپی تلیوم ۲-۴ هفته زمان می‌برد. در ساکت‌های کوچک بعد از ۲ هفته اپی تلیوم کاملاً Intact می‌شود. گزینه ب صحیح است

۸- کدام یک در مورد منطقه هدف در تکنیک بلاک عصب ماگزیلاری صحیح‌تر است؟

- الف) inferior به منطقه هدف در بلاک عصب خلفی فوقانی ماگزیلاری قرار دارد.
ب) lateral به منطقه هدف بلاک عصب خلفی فوقانی ماگزیلاری قرار دارد.
ج) superior و lateral به منطقه هدف در بلاک عصب خلفی فوقانی ماگزیلاری قرار دارد.
د) superior و medial به منطقه هدف در بلاک عصب خلفی فوقانی ماگزیلاری قرار دارد.

گزینه د صحیح است. صفحه ۱۱۷ درسنامه پارسه مالمد بی‌حسی

- در این اپروچ هدف رساندن LA به عصب ماگزیلاری در هنگام عبور آن از تریگوبالاتین فوسا است. محل تخلیه LA در این حالت در مقایسه با بلاک PSA در وضعیت superior تر و مدیال تر قرار دارد.

۹- تمام اقدامات زیر برای پیشگیری از آسیب به مفصل گیجگاهی فکی بدنبال خارج نمودن دندان فک تحتانی

صحیح است، به جز:

- الف) بکارگیری نیروی کنترل شده
ب) ساپورت فک تحتانی
ج) استفاده از بایت بلاک خلفی در سمت مقابل
د) حداقل باز کردن دهان
- گزینه د صحیح است. صفحه ۶۳ درسنامه پارسه جراحی پیترسون + کتاب تست جراحی

• برای حداکثر ساپورت مندیبل و پیشگیری از آسیب به TMJ هنگام Ext دندان‌های مندیبل از بایت‌بلاک در طرف مقابل و قرار دادن دست چپ زیر مندیبل استفاده می‌شود. معمولاً استفاده از بایت‌بلاک اطفال در ناحیه مولر حتی در بزرگسالان ارجح است.

۵۱- در صورت درد فوری TMJ حین کشیدن دندان کدام یک از اقدامات زیر توصیه نخواهد شد؟

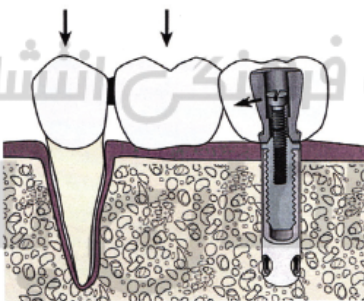
- (الف) استفاده از کمپرس گرم
(ب) مصرف ایبوپروفن ۸۰۰-۶۰۰ میلی‌گرم هر ۴ ساعت
(ج) استامینوفن ۵۰۰-۱۰۰۰ میلی‌گرم
(د) فانکشن مفصل

پاسخ: در صورت عدم ساپورت کافی مفصل در حین اکسترکشن مولرهای مندیبل با نیروی زیاد احتمال آسیب به TMJ مطرح می‌باشد. استفاده از بایت بلاک در سمت مقابل می‌تواند موجب تعادل نیرو گردد.
در صورت بروز درد فوری پس از Ext استفاده از گرما، استراحت به فکین، غذای نرم، ایبوپروفن ۸۰۰-۶۰۰ میلی‌گرم هر ۴ ساعت و یا در صورت عدم تحمل NSAID استامینوفن ۵۰۰-۱۰۰۰ میلی‌گرم توصیه می‌شود.
گزینه د صحیح است

۱۰- تمام گزینه‌های زیر در رابطه با اتصال پروتز ایمپلنت به دندان طبیعی صحیح می‌باشد، به جز:

- (الف) کاهش استرس در محل اتصال اباتمنت (ب) احتمال شکست استئواینترگریشن
(ج) لق شدن پیچ اباتمنت (د) جدا شدن سیمان پروتز دندان طبیعی
گزینه الف صحیح است. صفحه ۱۰۱ درسنامه پارسه جراحی پیترسون + کتاب تست جراحی

اتصال ایمپلنت به یک دندان طبیعی توسط بریج موجب ایجاد وضعیت کانتی‌لور می‌گردد؛ در نتیجه هنگام وارد شدن نیروهای فانکشنال ایمپلنت در جای خود ثابت بوده اما دندان در محدوده PDL حرکت خواهد کرد. این مسأله موجب وارد شدن دو برابر نیرو در ناحیه اتصال فیکسچر و اباتمنت می‌شود.



شکل ۴-۱۴

۷- اتصال دندان طبیعی به ایمپلنت می‌تواند موجب افزایش برابری نیرو در ناحیه گردد:

- (الف) ۳- محل اتصال فیکسچر و اباتمنت
(ب) ۳- محل اتصال اباتمنت دندان پایه
(ج) ۲- محل اتصال فیکسچر و اباتمنت
(د) ۲- محل اتصال اباتمنت دندان پایه

پاسخ: اتصال دندان طبیعی به ایمپلنت موجب ایجاد کنتی لور می‌گردد که می‌تواند موجب افزایش ۲ برابر نیرو در محل اتصال فیکسچر و اباتمنت شود.
گزینه ج صحیح است

۱۱- کدام یک از گزینه‌های زیر از معایب کاربرد اولیه استفاده از Bone Morphogenic Protein جهت پیوند استخوان می‌باشد؟

(الف) ادم قابل توجه پس از جراحی

(ب) ریسک عفونت بالا در موضع جراحی

(ج) کیفیت پایین استخوان شکل گرفته

(د) تحلیل شدید استخوان در موضع جراحی

گزینه الف صحیح است. صفحه ۱۰۸ درسنامه پارسه جراحی پیترسون + کتاب تست جراحی

مزیت اصلی این مواد عدم نیاز به محل دهنده پیوند و بهبود استخوان‌سازی در ناحیه

مورد نظر است. معایب اصلی شامل التهاب قابل توجه بعد از جراحی و هزینه بالا

می‌باشد.

۵- مهم‌ترین ایراد استفاده از BMP چیست؟

(الف) التهاب شدید پس از عمل

(ج) جلوگیری از رشد بافت فیبروزه

(ب) عدم توانایی در بازسازی نقائص استخوانی

(د) عدم بهبود تشکیل استخوان در محل آگمنتاسیون

پاسخ: مزیت اصلی این ماده عدم نیاز به محل دهنده پیوند و بهبود ترمیم استخوان در محل جراحی می‌باشد. معایب اصلی شامل التهاب قابل توجه بعد از جراحی و هزینه BMP است. BMP به تنهایی حجم کمی داشته و به درستی قابل حمل و یا شکل دهی نمی‌باشد. این ماده را می‌توان به روی حاملی مانند ژل فوم قرار داد و در اطراف ایمپلنت و در حد فاصل دیواره‌های ساکت و همچنین در سینوس لیفت و بازسازی دیفکت‌های استخوانی که تحت فشار نمی‌باشند، استفاده نمود BMP در نقایص بزرگتر با مواد آلوگرافت ترکیب می‌شود.

گزینه الف صحیح است

۱۲- تمام گزینه‌های زیر از مزایای بستن شکاف کام در اولین فرصت می‌باشد، به جز:

(ب) تغذیه آسان‌تر

(الف) عملکرد بهتر سیستم عضلانی کامی - حلقی

(د) بهبود سیستم شنوایی

(ج) کمک به رشد بهتر فک بالا

گزینه ج صحیح است. صفحه ۱۹۸ درسنامه پارسه جراحی پیترسون + کتاب تست جراحی

● البته بستن زودهنگام شکاف کام معایبی دارد که شامل:

۱- جراحی بیماران در این سن به دلیل اجزاء دهانی کوچک مشکل‌تر می‌باشد.

۲- تشکیل اسکار ناشی از جراحی می‌تواند باعث کاهش رشد ماگزایلا شود.

۱۵- زمان مناسب برای کدام مورد نادرست بیان شده است؟

(الف) بستن شکاف آلوئول: قبل از رویش لترال و کانین دائمی ماگزایلا

(ب) بستن کام نرم: ۸-۱۸ ماهگی

(ج) اورانورافی: ۶-۱۰ سالگی

(د) بستن لب: زودترین زمان ممکن از نظر پزشکی

پاسخ: از آن‌جا که قسمت اعظم رشد ماگزایلا تا سن ۴-۵ سالگی تکمیل می‌شود بستن کام سخت (اورانورافی) در این زمان یعنی معمولاً قبل از رفتن کودک به مدرسه انجام می‌گیرد.

گزینه ج صحیح است

۲۹- زمان مناسب جراحی بستن شکاف آلتونول همراه با پیوند استخوان کدام است؟ (دستیاری ۹۴)

الف) ۲-۳ سالگی

ب) ۳-۵ سالگی

ج) ۶-۱۰ سالگی

د) ۱۱-۱۴ سالگی

پاسخ: زمان انجام گرفت آلتونول معمولاً بین سنین ۶-۱۰ سالگی می‌باشد. در این زمان رشد ماگزایلا کامل شده و گرفت آلتونول رشد ماگزایلا را تحت تأثیر قرار نمی‌دهد. به طور ایده‌آل گرفت وقتی انجام می‌شود که $\frac{1}{2}$ تا $\frac{2}{3}$ ریشه کانین تشکیل شده باشد.
گزینه ج صحیح است

۱۳- تمام گزینه‌های زیر در مورد SURGICAL-ASSISTED RAPID PALATAL EXPANSION صحیح می‌باشد، به جز:

- الف) برش استخوانی شبیه استئوتومی لفورت I می‌باشد به جز قسمت خلفی لترال نازال و Prependicular plate
ب) استئوتومی میدلاین ضرورت دارد.
ج) Latency period لازم نیست.
د) برای رفع مشکلات عرضی ماگزایلا استفاده می‌شود.

گزینه ج صحیح است. صفحه ۱۹۰ در سننامه پارسه جراحی پیترسون + کتاب تست جراحی

سگمنتال پایدار نبوده و با ریلیس همراه است. در این روش استئوتومی لفورت I به اضافه یک برش میدپالاتال از وسط سانترال‌ها به خلف انجام می‌پذیرد اما خلفی‌ترین اتصالات دیواره طرفی بینی و صفحه عمودی استخوان پالاتین جدا نمی‌شود. پس از طی مدت Latency دستگاه ۱ میلی‌متر در روز فعال می‌شود. در حین این فعال‌سازی در نواحی بین انسیروزها، در طول سوچور میدپالاتال و در نواحی استئوتومی شده در دیواره طرفی ماگزایلا فضای اضافی ایجاد می‌شود. پس از اتمام DO فضاهای بین دندانی توسط ارتودنسی بسته شده و قوس دندانی مرتب می‌شود.

۳۲- روش SARPE چیست؟

- الف) درمان DO جهت جلو آوردن ماگزایلا در بیماران با Cleft Palate
ب) افزایش عرض و پهنای ماگزایلا به کمک جراحی و پیوند استخوان
ج) عریض کردن ماگزایلا به کمک استئوتومی لفورت I به اضافه یک برش میدپالاتال
د) یکی از روش‌های درمان کمبود رشد ماگزایلا در بعد قدامی خلفی

پاسخ: یکی از کاربردهای اولیه DO در جراحی‌های ارتوگناتیک، عریض کردن ماگزایلا توسط تکنیک Surgical Assisted Rapid Palatal Expansion (SARPE) می‌باشد. در این روش استئوتومی لفورت I به اضافه یک برش میدپالاتال از وسط سانترال‌ها به خلف انجام می‌پذیرد اما خلفی‌ترین اتصالات دیواره طرفی بینی و صفحه عمودی استخوان پالاتین جدا نمی‌شود.

گزینه ج صحیح است

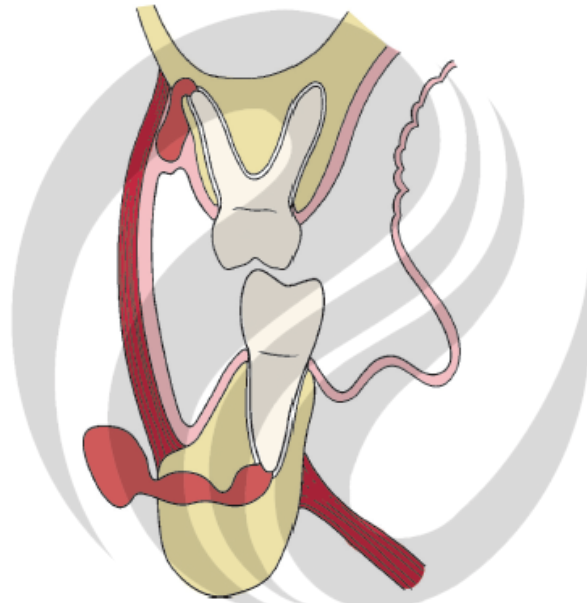


۱۴- در درگیری فضای باکال وضعیت ریشه دندان‌ها نسبت به کدام عضله تعیین کننده درگیری این فضا می‌باشد؟

الف) بوکسیناتور (ب) مستر (ج) تریگوئید داخلی (د) منتالیس

گزینه الف صحیح است. صفحه ۱۱۱ درنامه پارسه جراحی پیترسون + کتاب تست جراحی

استخوانی نسبت به محل چسبندگی‌های عضلانی روی استخوان بستگی دارد. در مورد عفونت‌های ادنتوژنیک هر دو فک که به سمت باکال منتشر می‌شوند هنگامی که محل پرفوریشن استخوانی اپیکالی‌تر از محل چسبندگی عضله باکسیناتور است فضای باکال درگیر می‌شود؛ حال آنکه اگر محل پرفوریشن استخوانی کروئالی‌تر از محل چسبندگی عضله باکسیناتور باشد فضای وستیبولار درگیر می‌گردد.



شکل ۳-۱۶: در عفونت‌های ادنتوژنیک که به سمت باکال حرکت می‌کنند، ارتباط بین محل پرفوریشن استخوان و محل چسبندگی عضله باکسیناتور تعیین می‌کند که فضای باکال یا وستیبولار درگیر شود.

۷- در عفونت‌های ادنتوژنیک مربوط به دندان‌های خلفی هنگامی که آروژن استخوان نسبت به اتصال عضله باکسیناتور پایین‌تر باشد، کدام فضا درگیر خواهد شد؟

الف) فضای وستیبولار مندیبل (ب) فضای وستیبولار ماگزایلا
ج) فضای باکال (د) گزینه ب و ج

پاسخ

نکته

در مجموع محل ظهور عفونت ادنتوژنیک با منشأ آندودنتیک به دو عامل بستگی دارد:

- ۱- جهت قرارگیری ریشه دندان و ضخامت استخوان پوشاننده اپکس در باکال و لینگوال
- ۲- رابطه محل پرفوریشن استخوان نسبت به محل چسبندگی عضلات

در مورد عفونت‌های ادنتوژنیک هر دو فک که به سمت باکال منتشر می‌شوند هنگامی که محل پرفوریشن استخوانی اپیکالی‌تر از محل چسبندگی عضله باکسیناتور است فضای باکال درگیر می‌شود؛ حال آنکه اگر محل پرفوریشن استخوانی کروئالی‌تر از محل چسبندگی عضله باکسیناتور باشد فضای وستیبولار درگیر می‌گردد.

گزینه د صحیح است

۱۵- کدام یک از گزینه‌های زیر عمده‌ترین عامل مؤثر بر میزان و قابلیت آسپیراسیون در حین تزریق بی‌حسی موضعی می‌باشد؟

الف) ضخامت بافت نرم

ب) گنج سوزن

ج) PH محیط

د) طول سوزن

گزینه ب صحیح است. صفحه ۵۲ درسنامه پارسه مالمد بی‌حسی

نکته: باید خاطر نشان کرد فاکتور اصلی مؤثر بر توانایی آسپیراسیون خون، سرنگ نبوده، بلکه ضخامت یا گنج سوزن (gauge) در حال استفاده مهم ترین عامل است.

۱۶- کدام یک از داروهای بی‌حسی زیر کمترین اتصال پروتئینی را دارا می‌باشد؟

الف) پروکائین

ب) پریلوکائین

ج) لیدوکائین

د) آرتیکائین

گزینه الف صحیح است. صفحه ۱۹ درسنامه پارسه مالمد بی‌حسی

جدول ۱-۴

خصوصیات فارماکولوژیک داروهای بی‌حسی موضعی						
طول اثر (duration)	میزان پاند به پروتئین	حلالیت در چربی	شروع اثر (onset)	PKa	دارو	
short	۵-کمترین	۱-کمترین	slow	۹/۱-بالاترین	پروکائین	داروهای استری
Short	-	-	fast	-	کلرپروکائین	
long	۸۵-بالا	-	slow	-	تتراکائین	
moderate	-	۱-کمترین	fast	-	مپی‌واکائین	داروهای آمیدی
moderate	-	-	fast	-	پریلوکائین	
moderate	-	-	fast	-	لیدوکائین	
Long	۹۴-بالاترین	-	moderate	-	روبی‌واکائین	
moderate	۹۵-بالاترین	-	fast	-	آرتی‌کائین	
Long	۹۵-بالاترین	-	moderate	-	بویی‌واکائین	
Long	۹۴-بالاترین	۱۴۰ برابر- بالاترین	fast	-	اتیدوکائین	



۱۷- در تمام تکنیک‌های تزریق بی‌حسی فک تحتانی نیاز به تماس سوزن تزریق به استخوان می‌باشد، به جز:

الف) Inferior alveolar nerve block

ب) Vazirani-Akinosi nerve block

ج) Gow-Gate nerve block

د) Ineasive nerve block

گزینه ب صحیح است. صفحه ۱۲۷ و ۱۲۸ درسنامه پارسه مالامد بی‌حسی

۵- معایب: دشواری در مسیر insertion سوزن به دلیل دید و دسترسی کم در کنار عدم وجود لندمارک‌های استخوانی (که باعث تقریبی شدن برآورد محل مناسب برای نفوذ سوزن می‌شود) به‌عنوان معایب این تکنیک مطرح هستند. همچنین در صورت تماس نیدل با پریوست سطح میدیال راموس، تزریق دردناک و تروماتیک خواهد بود. - میزان نفوذ سوزن در بافت برای رسیدن به محل صحیح در بالغین با سایز جمجمه نرمال، چیزی در حدود ۲۵ میلی‌متر است (این مقدار نفوذ از توپروزیته ماگزویلا اندازه گرفته می‌شود). در صورت درست انجام شدن این تکنیک، نوک سوزن در میانه فضای تریگومندیبولار و در مجاورت عصب مندیبولار قرار می‌گیرد. پس از انجام آسپیراسیون در دو پلن تزریق ۱/۵ تا ۱/۸ میلی‌لیتر LA ظرف ۶۰ ثانیه صورت می‌گیرد.

۱۸- کدام یک از گزینه‌های زیر در رابطه با نورآلژی تری ژمینال صحیح می‌باشد؟

الف) در اکثر موارد یکطرفه بوده و سمت چپ بیشتر درگیر می‌باشد.

ب) شاخه افتالمیک بیشتر درگیر می‌شود.

ج) غالباً در بین حملات بیمار دردی را احساس نمی‌کند.

د) غالباً عوامل دندانی از دلایل بروز درد می‌باشند.

گزینه ج صحیح است. صفحه ۲۰۹ درسنامه پارسه جراحی پیترسون + کتاب تست جراحی

خصوصیات بالینی نورالژی تری ژمینال TN

- دردهای شدید دوره‌ای
- در ۹۶٪ موارد یکطرفه (R>L)
- لمس ساده نقطه محرک ایجاد درد می‌کند.
- اغلب در نواحی V3 و V2 به وجود می‌آید.
- دوره‌های بی‌دردی در فاصله حملات وجود دارد.
- معاینات نورولوژیک در حالت عادی نرمال است.
- هیچ عامل دنتالوئولار دیده نمی‌شود.
- بی‌حسی موضعی در نقطه محرک موقتاً درد را متوقف می‌کند.

۲۸- در مورد نورالژی تری‌ژمینال کدام گزینه صحیح نیست؟

- (الف) درد معمولاً دوطرفه و به صورت دوره‌ای می‌باشد.
 (ب) دوره‌های بی‌دردی در فاصله بین حملات وجود دارد.
 (ج) تزریق بی‌حسی در نقطه محرک منجر به از بین رفتن درد تا زمان باقی ماندن اثر بی‌حسی می‌گردد.
 (د) عدم وجود پاسخ درجه‌بندی شده در برابر محرک‌های افزایشی از ویژگی‌های بارز آن است.
پاسخ: درد نورالژی تری‌ژمینال یک مشخصه مهم دارد که آن را از دردهای سوماتیک افتراق می‌دهد و آن عدم وجود پاسخ درجه‌بندی شده در برابر محرک‌های افزایشی است.

خصوصیات بالینی نورالژی تری‌ژمینال (TN)
• دردهای شدید دوره‌ای
• در ۹۶٪ موارد یک‌طرفه (R>L)
• لمس ساده نقطه محرک ایجاد درد می‌کند.
• اغلب در نواحی V3 و V2 به وجود می‌آید.
• دوره‌های بی‌دردی در فاصله حملات وجود دارد.
• معاینات نورولوژیک در حالت عادی نرمال است.
• هیچ عامل دنتالوژیک دیده نمی‌شود.
• بی‌حسی موضعی در نقطه محرک موقتاً درد را متوقف می‌کند.

گزینه الف صحیح است

۱۰- کدام گزینه در ارتباط با نورالژی تری‌ژمینال صحیح نیست؟

- (الف) نام دیگر آن تیک دولورکس است.
 (ب) اکثراً در بالای ۵۰ سال اتفاق می‌افتد.
 (ج) علت آن کاملاً مشخص نمی‌باشد.
 (د) میزان شیوع درگیری عصب V3 بیشتر از درگیری همزمان V2 و V3 می‌باشد.

پاسخ: از نظر شیوع درگیری:

$$V1 < V2 < V3 < V2 < V3$$

علت TN کاملاً مشخص نمی‌باشد اما ممکن است فشار بر روی ریشه عصب تری‌ژمینال توسط حلقه عروقی منجر به دمی‌لیناسیون موضعی و ایجاد تحریکات نابه جای عصبی شود.

گزینه د صحیح است

۱۹- کدام یک از گزینه‌های زیر در مورد بیوپسی اینسیژنال صحیح است؟

- (الف) برای ضایعه کوچکتر از یک سانتی‌متر توصیه می‌شود.
 (ب) نمونه بایستی تنها از مرکز ضایعه برداشته شود.
 (ج) نمونه بایستی به صورت عمیق با عرض کم برداشته شود.
 (د) در مواردی که درمان قطعی مدنظر باشد، روش انتخابی است.
گزینه ج صحیح است. صفحه ۱۶۴ درسنامه پارسه جراحی پیترسون + کتاب تست جراحی

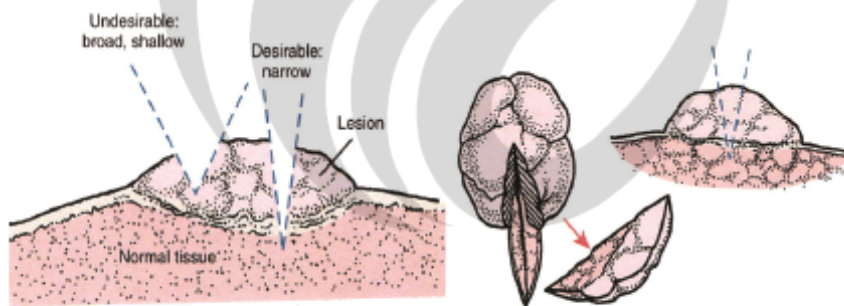


بیوپسی انسیزنال

در این نوع بیوپسی فقط یک قسمت کوچک از ضایعه برداشته می‌شود. موارد اندیکاسیون بیوپسی انسیزنال عبارتند از:

- ۱- ضایعات بزرگ (با قطر بیش از ۱ سانتی‌متر)
- ۲- ضایعات در مکان‌های خطرناک
- ۳- ضایعاتی که احتمال بدخیمی دارند.

اگر ضایعه خیلی بزرگ باشد و یا در نواحی مختلف به اشکال گوناگون تظاهر یافته باشد بایستی از نقاط مختلف نمونه‌برداری شود. بیوپسی باید به شکل و ج بوده و حاوی ضایعه به همراه بافت سالم اطراف باشد. نمونه‌های برداشته شده از مرکز ضایعه به دلیل وجود نکروز ارزش تشخیصی ندارد بنابراین نمونه‌برداری بایستی از حاشیه ضایعه که حاوی سلول‌های در حال رشد است صورت پذیرد. نمونه‌برداری بهتر است کم‌عرض و عمیق باشد به جای اینکه عریض و کم‌عمق باشد. وقتی بیوپسی از مخاط لبیال یا باکال انجام می‌شود برش بایستی تا عمق عضله داده شود.



شکل ۲-۲۲: بیوپسی انسیزنال

۲۸- کدام یک از موارد زیر با اصول نمونه‌برداری مغایرت دارد؟ (دستیاری ۹۰)

- الف) نمونه‌برداری بهتر است به همراه مقدار کمی از نسج سالم مجاور برداشته شود.
 - ب) نمونه‌برداری بهتر است به صورت وسیع و با عمق کم صورت پذیرد.
 - ج) محل بیوپسی می‌بایستی به نحوی انتخاب شود که نشان‌دهنده تغییرات کامل ضایعه باشد.
 - د) نسوج نکروتیک برای نمونه‌برداری و تشخیص بی‌فایده هستند.
- پاسخ: نمونه‌برداری بهتر است کم‌عرض و عمیق باشد به جای اینکه عریض و کم‌عمق باشد.

گزینه ب صحیح است

۲۰- در کدام مورد انجام Modified Condylotomy، منع کاربرد دارد؟

الف) جایجای دیسک

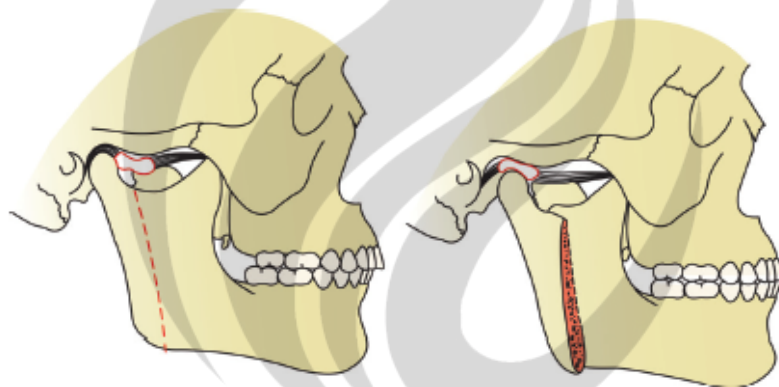
ب) ضایعه دژنراتیو مفصل گیجگاهی فکی

ج) ساب لوکسیشن مفصل گیجگاهی فکی

د) براکسیسم

گزینه د صحیح است. صفحه ۲۲۰ درسنامه پارسه جراحی پیترسون + کتاب تست جراحی

این تکنیک در بیماران دارای براکسیزم کنتراندیکاسیون مطلق دارد زیرا در این بیماران به دلیل هایپراکتیویتی عضلات، کندیل مجدداً به موقعیت اولیه برمی‌گردد. همچنین این تکنیک در بیماران فاقد دندان‌های خلفی کنتراندیکاسیون نسبی دارد زیرا پس از باز کردن IMF منجر به این‌بایت قدامی خواهد شد.



شکل ۵-۳۱: کندیلوتومی

۲۹- کدام یک از گزینه‌های زیر جزء کنتراندیکاسیون‌های انجام Modified Condylotomy در درمان اختلالات تمپورومندیبولار می‌باشد؟

الف) براکسیزم

ب) بی‌دندانی قدامی

ج) این‌بایت قدامی

د) دررفتگی عودکننده مزمن

پاسخ اندیکاسیون‌های این جراحی شامل جایجایی قدامی دیسک یا بدون بازگشت است اما در درمان DJD، Subluxation یا Dislocation نیز کاربرد دارد. این تکنیک در افراد دارای براکسیزم کنتراندیکاسیون مطلق دارد. همچنین این درمان در افراد فاقد دندان‌های خلفی به علت تمایل به ایجاد این‌بایت قدامی پس از بازکردن IMF کنتراندیکاسیون نسبی دارد.

گزینه الف صحیح است

«لازم به ذکر است ملاک اصلی پاسخنامه سؤالات بر روی سایت سازمان سنجش قرار می‌گیرد»