

پریودانتیکس

۱- در انجام جراحی CL دندان‌های ۶ و ۷ ماگزیلا جهت انجام روکش، حذف wisow's peaks در کدام مرحله صورت می‌گیرد؟

الف) gradulizing marginal bone

ب) flattening interproximal bone

ج) radicular blending

د) vertical grooving

گزینه الف صحیح است. صفحه ۲۸۲ درسنامه پارسه

Gradualizing Marginal Bone

آخرین مرحله در تکنیک رزکسیون استخوان است. ایجاد یک قاعده مسطح و منظم که یافت لثه از آن پیروی کند، ضروری است.

عدم برداشت Widow's peaks باعث می‌شود تا یافت در سطح بالاتری نسبت به عمق تحلیل قرار بگیرد. این مرحله نیز نیاز به Gradualization و Blending در سطوح رادیکولار دارد.

مراحل سوم و چهارم رزکسیون، مراحل استکتومی هستند و بهتر است با وسایل دستی مثل کورت و چیزل انجام شوند.

موسسه فرهنگی انتشاراتی

۲- در دندان مولر اول فک بالا با درگیری درجه ۲ در فورکای دیستال و باکال در صورتی که ریشه‌ها متباعد و بلند باشند، بهترین درمان فورکا چیست؟

الف) Guided tissue regenerntion

ب) فورکا پلاستی و کنترل پلاک

ج) کشیدن دندان و ایمپلنت

د) قطع ریشه دیستوباکال

گزینه د صحیح است. صفحه ۲۸۷ درسنامه پارسه



راهنمای ریشه‌ای که طی **root resection** باید خارج شود:

۱. ریشه‌ای درآورده شود که فورکا را حذف می‌کند و وضعیت قابل نگهداری روی ریشه‌های باقیمانده ایجاد می‌کند.

۲. ریشه‌ای در آورده شود که بیشترین میزان تحلیل استخوان و **attachment loss** را داشته باشد. دندان‌هایی که بطور یکنواخت دارای تحلیل افقی پیشرفته استخوانی می‌باشند **root resection** نمی‌باشند.

۳. ریشه‌ای در آورده شود که با در آوردن آن مشکلات پریودنتال روی دندان مجاور کاهش یابد. به عنوان مثال در درگیری فورکای باکال تادیستال درجه III مولر اول بالا که مجاور مولر دومی است که ضایعه داخل استخوانی دو دیواره دارد و درگیری درجه II اولیه در فورکای مزایالی دارد، ریشه‌ی دیستوباکال مولر اول حذف می‌شود تا هم ضایعه دو دیواره حذف شود و هم امکان دسترسی به مولر دوم تسهیل یابد.

۳- رژیم آنتی‌بیوتیکی مناسب در بیماری با آبسه حاد پریودنتال کدام است؟

- (الف) آزیترومایسین ۲۵۰ میلی‌گرم با دوز اولیه ۵۰۰ میلی‌گرم
 (ب) مترونیدازول ۲۵۰ میلی‌گرم با دوز اولیه ۵۰۰ میلی‌گرم
 (ج) آموکسی‌سیلین ۵۰۰ میلی‌گرم با دوز اولیه ۱ گرم
 (د) آنتی‌بیوتیک انتخابی باید به صورت دوز بالا و مدت زمان طولانی تجویز شود.

گزینه ج صحیح است. صفحه ۲۰۴ در سننامه پارسه

BOX 45.5 Antibiotic Options for Periodontal Infections
Antibiotic of Choice
Amoxicillin, 500 mg
<ul style="list-style-type: none"> • 1.0-g loading dose, then 500 mg three times a day for 3 days • Reevaluation after 3 days to determine need for continued or adjusted antibiotic therapy
Penicillin Allergy
Clindamycin
<ul style="list-style-type: none"> • 600-mg loading dose, then 300 mg four times a day for 3 days
Azithromycin (or Clarithromycin)*
<ul style="list-style-type: none"> • 1.0-g loading dose, then 500 mg four times a day for 3 days
<p>*To be used with caution in patients with high baseline cardiovascular risk. Data from American Academy of Periodontology. Position paper: systemic antibiotics in periodontics. <i>J Periodontol</i> 67:1553, 2004.</p>

آنتی‌بیوتیک‌های مناسب برای عفونت‌های پریودنتال

۴- در چه شرایطی استفاده از دستگاه‌های اولتراسونیک برای جرم‌گیری منع کاربرد دارد؟

الف) جهت حذف اورهنگ آمالگام

ب) بر روی سطوح دندانی دمی‌نرالیزه شده

ج) در بیمار مبتلا به دیسفاژی یا اختلال در بلع

د) در بیمار مبتلا به هیپاتیت ویروسی

گزینه ج صحیح است. صفحه ۲۴۹ در سنانه پارسه

BOX 51.2 Indications, Precautions, and Contraindications for Use of Mechanized Instruments

Indications

- Supragingival debridement of dental calculus and extrinsic stains
- Subgingival debridement of calculus, oral biofilm, root surface constituents, and periodontal pathogens
- Removal of orthodontic cement
- Gingival and periodontal conditions and diseases
- Surgical interventions
- Margination (reduces amalgam overhangs)

Precautions

- Unshielded pacemakers
- Infectious diseases: human immunodeficiency virus, hepatitis, tuberculosis (active stages)
- Demineralized tooth surface
- Exposed dentin (especially associated with sensitivity)
- Restorative materials (porcelain, amalgam, gold, composite)
- Titanium implant abutments unless using special insert (e.g., Quixonic SofTip Prophy Tips)
- Children (primary teeth)
- Immunosuppression from disease or chemotherapy
- Uncontrolled diabetes mellitus

Contraindications

- Chronic pulmonary disease: asthma, emphysema, cystic fibrosis, pneumonia
- Cardiovascular disease with secondary pulmonary disease
- Swallowing difficulty (dysphagia)

From Darby ML, Walsh MM: *Dental hygiene*, ed 3, St. Louis, 2010, Saunders.



۵- استعمال دخانیات چه تأثیری بر شیوع و شدت بیماری پریدونتال می‌گذارد؟

- الف) باعث افزایش شدت التهاب لثه و افزایش عمق پاکت پریدونتال می‌شود.
 ب) باعث کاهش خونریزی هنگام پروبینگ و افزایش از دست رفتن اتصالات کلینیکی می‌شود.
 ج) باعث افزایش شدت خونریزی هنگام پروبینگ و افزایش میزان تخریب پریدونتال می‌شود.
 د) وقتی باعث کاهش شدت التهاب لثه و کاهش از دست رفتن اتصالات کلینیکی می‌شود.
 گزینه ب صحیح است. صفحات ۹۷ و ۹۹ درسنامه پارسه

* پریدونتیت

التهاب لثه در افراد سیگاری کمتر دیده می‌شود اما عمق پاکت، از دست دادن چسبندگی و تحلیل استخوان در این افراد شایع‌تر و شدیدتر از غیر سیگاری‌هاست.

افراد سیگاری ۴ برابر و افرادی که قبلاً سیگاری بوده‌اند (former smoker) ۱/۷ برابر افرادی که تا کنون سیگار نکشیده‌اند به پریدونتیت مبتلا می‌شوند. افراد سیگاری ۳ برابر بیشتر از افراد غیرسیگاری به پریدونتیت شدید مبتلا می‌شوند.

۹۷

همچنین رابطه دوز- پاسخ (dose-response) بین تعداد سیگارهای مصرف شده در روز با ابتلا به پریدونتیت وجود دارد. در افرادی که کمتر یا مساوی ۹ سیگار و یا بیشتر یا مساوی ۳۱ سیگار در روز مصرف می‌کردند، به ترتیب احتمال ابتلا به پریدونتیت ۲/۸ و ۶ برابر بیشتر بود.

در شرایط التهابی افزایش GCF، BOP و عروق خونی لثه در مقایسه با افراد غیرسیگاری کمتر است. خوشبختانه اثرات سیگار روی واسکولاریته برگشت پذیر است. غلظت اکسیژن در لثه سالم در سیگاری‌ها کمتر از غیرسیگاری‌ها است البته این وضعیت در حضور التهاب متوسط، برعکس می‌شود.

۹۹

دمای نواحی زیر لثه‌ای در سیگاری‌ها کمتر از غیرسیگاری‌ها است. مدت زمان لازم برای بازگشت انقباض عروقی که توسط بی‌حسی موضعی ایجاد شده است، در سیگاری‌ها طولانی‌تر است.

با توجه به موارد ذکر شده با ترک سیگار افزایش موقتی در خونریزی لثه‌ای دیده می‌شود که بیمار می‌بایست از آن اطلاع داشته باشد.

- ۶- در چه مواقعی امکان انجام درمان جراحی افزایش طول تاج بدون برداشت استخوان وجود دارد؟
- الف) وقتی مارژین لثه ۲ میلی‌متر از کرسٹ استخوان فاصله دارد.
- ب) وقتی لبه پوسیدگی با کرسٹ استخوان ۲ میلی‌متر فاصله دارد.
- ج) وقتی ۵ میلی‌متر لثه چسبنده وجود دارد.
- د) وقتی پیش‌آگهی درمان رستوریتو دندان ضعیف باشد.
- گزینه ج صحیح است. صفحه ۲۹۱ درسنامه پارسه

• در چه زمانی فقط برداشت بافت نرم انجام می‌شود؟

میزان کافی از لثه چسبنده وجود داشته باشد و بیشتر از ۳mm بافت نرم بالای استخوان موجود باشد این کار از طریق ژنژیوکتومی یا فلپ انجام می‌شود.

- ۷- پروگنوز دندان مولر دوم فک بالا با درگیری درجه ۲ فورکای دیستال دارای root proximity را تعیین کنید؟
- الف) Poor
- ب) Questionable
- ج) Hopeless
- د) Fair

گزینه د صحیح است. درسنامه پارسه

۵۰٪ attachment loss، درگیری فورکیشن کلاس II (که محل و عمق آن maintenance را ممکن اما مشکل می‌سازد).

Questionable prognosis

بیشتر از ۵۰٪ attachment loss، فرم ریشه ضعیف، درگیری فورکیشن کلاس II (که محل و عمق، دسترسی را مشکل می‌کند) یا درگیری فورکیشن کلاس III، نزدیکی ریشه‌ها، لقی درجه ۲ یا ۳

- ۸- در تشخیص کدام نوع از ضایعات استخوانی پرئودنتال، رادیوگرافی Cone Beam CT نسبت به رادیوگرافی داخل دهانی دیجیتال ارجح است؟
- الف) ضایعه استخوانی دو دیواره
- ب) درگیری فورکای پیشرفته
- ج) ضایعات trough-like
- د) ضایعه fenestration
- گزینه د صحیح است. صفحه ۱۸۹ درسنامه پارسه



۲. در تشخیص ضایعات اولیه (early) فورکا، نقایص سه دیواره، فنستریشن و دهی سنس (در این موارد CBCT بهتر از رادیوگرافی دیجیتال عمل می‌کند).

CBCT در موارد زیر مزیتی نسبت به رادیوگرافی دیجیتال ندارد:

a. درگیری پیشرفته (advanced) فورکا، b. نقایص یک یا دو دیواره.

۳. نقایص Troughlike

۹- آموزش targeted oral hygiene به بیمار معادل آموزش کدام روش مسواک زدن است؟

الف) Bass technique

ب) Modified Stillman technique

ج) Charters technique

د) Scrub technique

گزینه الف صحیح است. صفحه ۲۱۷ درسنامه پارسه

در افراد مبتلا به پریدونتیت تمرکز کنترل پلاک بر نواحی نزدیک به لثه است. به طور مثال به این افراد بیشتر تکنیک‌های سالکولارمانند Bass آموزش داده می‌شود. در این روش تمرکز کنترل پلاک بر نواحی سرویکال و اینترپروگزیمال است یعنی جایی که پلاک بیشتری تجمع می‌یابد (Target hygiene).

مؤسسه فرهنگی انتشاراتی

۱۰- در صورتی که در لثه ملتهب تنها علائم بالینی، قرمزی و خونریزی هنگام پروبینگ باشد، سلول ایمنی غالب

کدام است؟

الف) پلاسماسل

ب) لنفوسیت

ج) ماکروفاژ

د) پلی مورفونوکلوئر

گزینه ب صحیح است. صفحه ۱۲۲ درسنامه پارسه

Stage	I. Initial lesion	II. Early lesion	III. Established lesion
Time (Days)	۲-۴	۴-۷	۱۴-۲۱
Blood Vessels	Vascular dilation Vasculitis	Vascular proliferation	Same as stage II, plus blood stasis
Junctional and Sulcular Epithelia	Infiltration by PMNs	Same as stage I Rete pegs Atrophic areas	Same as stage II but more advanced
Predominant Immune Cells	PMNs	Lymphocytes	Plasma cells
Collagen	Perivascular loss	Increased loss around infiltrate	Continued loss
Clinical Finding	Gingival fluid flow	Erythema Bleeding on probing	Changes in color, size, texture, etc.

(جدول ۱-۹): مراحل ژنژیویت

۱۱- در کدام ژنژیویت احتمال وجود شرایط سیستمیک به عنوان فاکتور اتیولوژیک مطرح است؟

الف) Localized marginal gingivitis

ب) Generalized diffuse gingivitis

ج) Localized papillary gingivitis

د) Generalized papillary gingivitis

گزینه ب صحیح است. صفحه ۱۲۵ درسنامه پارسه

نکته: در generalized diffuse gingivitis لثه چسبنده و مخاط آلونول درگیر می‌شوند و گاهی mucogingival line دیده نمی‌شود. ممکن است شرایط سیستمیک علت این مشکل باشند.

۱۲- فواصل مراجعات در فاز نگهدارنده برای بیمار مبتلا به پریودنتیت که کاندید جراحی پریودنتال است اما به علت

بیماری سیستمیک امکان جراحی وجود ندارد، چگونه است؟ (بر اساس طبقه‌بندی Merin)

الف) هر ۱-۳ ماه یکبار

ب) هر ۳-۴ ماه یکبار

ج) هر ۶ ماه یکبار

د) هر ۱۲ ماه یکبار

گزینه الف صحیح است. صفحه ۳۰۳ درسنامه پارسه

TABLE 72.3 Recall Intervals for Various Classes of Recall Patients

Merin Classification	Characteristics	Recall Interval
First year	First-year patient: routine therapy and uneventful healing. First-year patient: difficult case with complicated prosthesis, furcation involvement, poor crown-to-root ratios, or questionable patient cooperation	3 months 1-2 months
Class A	Excellent results well maintained for 1 year or longer Patient displays good oral hygiene, minimal calculus, no occlusal problems, no complicated prostheses, no remaining pockets, and no teeth with less than 50% of alveolar bone remaining	6 months to 1 year
Class B	Generally good results maintained reasonably well for 1 year or more, but patient displays some of the following factors: 1. Inconsistent or poor oral hygiene 2. Heavy calculus formation 3. Systemic disease that predisposes to periodontal breakdown 4. Some remaining pockets 5. Occlusal problems 6. Complicated prostheses 7. Ongoing orthodontic therapy 8. Recurrent dental caries 9. Some teeth with less than 50% of alveolar bone support 10. Smoking 11. Positive family history or genetic test 12. More than 20% of pockets bleed on probing	3-4 months (decide on a recall interval based on the number and severity of negative factors)
Class C	Generally poor results after periodontal therapy or several negative factors from the following list: 1. Inconsistent or poor oral hygiene 2. Heavy calculus formation 3. Systemic disease that predisposes to periodontal breakdown 4. Many remaining pockets 5. Occlusal problems 6. Complicated prostheses 7. Recurrent dental caries 8. Periodontal surgery indicated but not performed for medical, psychological, or financial reasons 9. Many teeth with less than 50% of alveolar bone support 10. Condition too far advanced to be improved by periodontal surgery 11. Smoking 12. Positive family history or genetic test 13. More than 20% of pockets bleed on probing	1-3 months (decide on a recall interval based on the number and severity of negative factors; consider retreating some areas or extracting severely involved teeth)

(جدول ۳-۷۲)

۱۳- در بیماری که تحت درمان با داروی ضد انعقاد وارفارین قرار دارد، کدام آنتی‌بیوتیک را نباید تجویز کرد؟

الف) مترونیدازول

ب) تتراسیکلین

ج) آموکسی سیلین

د) کلیندامایسین

گزینه الف صحیح است. در سننامه پارسه

مهار متابولیسم وارفارین. در بیمارانی که تحت درمان با داروهای ضد انعقادی هستند،

باید از مترونیدازول اجتناب شود، زیرا زمان پروترومبین (PT) را طولانی می‌کند.

۱۴- در کدام نوع نخ بخیه، «wicking effect» ممکن است دیده شود؟

الف) نخ نایلون

ب) نخ cPTEE

ج) نخ سیلک

د) نخ کرومیک کات

گزینه ج صحیح است. صفحه ۲۷۴ در سننامه پارسه

eBOX 60.1 Sutures for Periodontal Flaps	
Nonabsorbable (nonresorbable)	
1.	Silk: braided
2.	Nylon: monofilament (Ethilon)
3.	ePTFE: monofilament (Gore-Tex)
4.	Polyester: braided (Ethibond)
Absorbable (resorbable)	
1.	Surgical: gut
2.	Plain gut: monofilament (30 days)
3.	Chromic gut: monofilament (45 to 60 days)
Synthetic	
1.	Polyglycolic: braided (16 to 20 days)
2.	Vicryl (Ethicon)
3.	Dexon (Davis & Geck)
4.	Polyglycaprone: monofilament (90 to 120 days)
5.	Monocryl (Ethicon)
6.	Polyglyconate: monofilament (Maxon)
<i>ePTFE</i> , Expanded polytetrafluoroethylene.	



۱۵- کدام الیاف پریودنتال لیگامنت، در زمان ورود دندان به حفره دهان تکامل می‌یابند؟

الف) Oblique, Gingivodental

ب) Transseptal, Alveolar crest

ج) Transseptal, Gingivodental

د) Oblique, Horizontal

گزینه ب صحیح است. صفحه ۳۲ درسنامه پارسه

الیاف «ترانس سپتال» و «آلوئولار کرست» زمانی تکامل می‌یابند که دندان به محیط دندان راه یافته باشد. مطالعات روی میمون‌ها نشان داده نخست الیاف شارپی داخل

۱۶- استفاده از نمونه بیوپسی در تشخیص افتراقی ضایعات Necrotizing Ulcerative Gingivitis از کدام نوع

ضایعات دهانی، کاربرد دارد؟

الف) ضایعات حاصل از تروما

ب) ضایعات حاصل از تحریکات شیمیایی

ج) ضایعات دهانی توبروکلوزیس

د) استوماتیت استرپتوکوکال

گزینه ج صحیح است. صفحه ۱۴۱ درسنامه پارسه

نمای میکروسکوپی به اندازه کافی اختصاصی نیست. اما در مواردی که نیاز به تشخیص افتراقی با بیماری‌هایی نظیر سل و تغییرات نئوپلاستیک است بیوپسی سودمند می‌باشد. اما نمی‌توان توسط آن بین NUG و سایر شرایط نکروزان مثلا ناشی از تروما یا داروهای سوزاننده تفاوت قائل شد.

۱۷- کدام یک از بیماری‌های لثه‌ای، در گروه بیماری‌های لثه‌ای تحت تأثیر فاکتورهای سیستمیک

(Gingival disease modified by systemic factors) قرار می‌گیرد؟

الف) ضایعات لثه‌ای ناشی از لیکن پلان

ب) ژنژیویت همراه با لوسمی

ج) ضایعات لثه‌ای مرتبط با فیبروماتوز ارثی لثه

د) ژنژیویت همراه با بیماری اسکوروی

گزینه ب صحیح است. صفحه ۳۵ درسنامه پارسه

BOX 5.2 Gingival Diseases

Dental Plaque-Induced Gingival Diseases
 These diseases may occur on a periodontium with no attachment loss or with attachment loss that is stable and not progressing.

- I. Gingivitis associated with dental plaque only
 - A. Without local contributing factors
 - B. With local contributing factors (see Box 5.4)
- II. Gingival diseases modified by systemic factors**
 - A. Associated with endocrine system
 1. Puberty-associated gingivitis
 2. Menstrual cycle-associated gingivitis
 3. Pregnancy associated
 - a. Gingivitis
 - b. Pyogenic granuloma
 4. Diabetes mellitus-associated gingivitis
 - B. Associated with blood dyscrasias
 1. Leukemia-associated gingivitis
 2. Other
- III. Gingival diseases modified by medications
 - A. Drug-influenced gingival diseases
 1. Drug-influenced gingival enlargements
 2. Drug-influenced gingivitis
 - a. Oral contraceptive-associated gingivitis
 - b. Other
 - IV. Gingival diseases modified by malnutrition
 - A. Ascorbic acid deficiency gingivitis
 - B. Other

Non-Plaque-Induced Gingival Lesions

 - I. Gingival diseases of specific bacterial origin
 - A. *Neisseria gonorrhoeae*
 - B. *Treponema pallidum*
 - C. *Streptococcus* species
 - D. Other
 - II. Gingival diseases of viral origin
 - A. Herpesvirus infections
 1. Primary herpetic gingivostomatitis
 2. Recurrent oral herpes
 3. Varicella zoster
 - B. Other
 - III. Gingival diseases of fungal origin
 - A. *Candida* species infections: generalized gingival candidiasis
 - B. Linear gingival erythema
 - C. Histoplasmosis
 - D. Other
 - IV. Gingival lesions of genetic origin
 - A. Hereditary gingival fibromatosis
 - B. Other
 - V. Gingival manifestations of systemic conditions
 - A. Mucocutaneous lesions
 1. Lichen planus
 2. Pemphigoid
 3. Pemphigus vulgaris
 4. Erythema multiforme
 5. Lupus erythematosus
 6. Drug induced
 7. Other
 - D. Allergic reactions
 1. Dental restorative materials
 - a. Mercury
 - b. Nickel
 - c. Acrylic
 - d. Other
 2. Reactions attributable to the following:
 - a. Toothpastes or dentifrices
 - b. Mouth rinses or mouthwashes
 - c. Chewing gum additives
 - d. Foods and additives
 3. Other
 - VI. Traumatic lesions (factitious, iatrogenic, or accidental)
 - A. Chemical injury
 - B. Physical injury
 - C. Thermal injury
 - VII. Foreign body reactions
 - VIII. Not otherwise specified

Data from Holmstruo P: Non-plaque-induced gingival lesions. *Ann Periodontol* 4:20, 1999; and Mariotti A: Dental plaque-induced gingival diseases. *Ann Periodontol* 4:7, 1999.

۱۸- شایع ترین یافته در صورت گسترش مارجین رستوریشن به biologic width چیست؟

- الف) تحلیل استخوان به همراه تحلیل لثه
 ب) تحلیل استخوان بدون تحلیل لثه
 ج) التهاب دایم لثه به همراه تحلیل استخوان
 د) التهاب دایم لثه بدون تحلیل استخوان
- گزینه د صحیح است. صفحه ۲۹۴ در سنانه پارسه

متعاقب تجاوز به عرض بیولوژیک، احتمال دو نوع پاسخ در بافت لثه‌ای وجود دارد:

۱. تحلیل استخوان به صورت پیش بینی نشده و تحلیل لثه: که در نواحی که استخوان اطراف دندان بسیار نازک باشد رخ می‌دهد. احتمال تحلیل لثه در لثه‌ی نازک و highly scalloped (شدیدا کنگره‌ای) بیشتر از لثه پهن (flat) و فیبروزه ضخیم است.

۲. التهاب دائمی لثه بدون تحلیل استخوان که این اتفاق شایع‌تر است.



۱۹- در پاکت پر یودونتال، شدیدترین تغییرات دژنراتیو در کدام سلول‌های ناحیه پاکت پر یودونتال دیده می‌شود؟
 الف) سلول‌های اپی‌تلیوم جانکشنال در قاعده پاکت
 ب) سلول‌های بافت همبند در اپیکال اپی‌تلیوم جانکشنال
 ج) سلول‌های بافت همبند در مجاورت دیواره جانبی پاکت
 د) سلول‌های اپی‌تلیالی دیواره جانبی پاکت
 گزینه د صحیح است. صفحه ۱۴۸ در سننامه پارسه

• دیواره بافت نرم پاکت

تغییرات دژنراتیو در دیواره جانبی بیشتر است. زیرا مهاجرت J.E نیازمند سلول‌های سالم است بنابراین به نظر می‌رسد که تغییرات دژنراتیو دیده شده در این ناحیه پس از رسیدن J.E به مکانش بر روی سمان ایجاد شده باشد.

شدیدترین تغییرات دژنراتیو در بافت پر یودونتال مجاور سطح دندان و پلاک زیر لثه‌ای دیده می‌شود.

• بافت همبند به‌طور متراکم توسط پلاسماسل (۸۰٪) لنگوسیت و نوتروفیل انفیلتره شده است.

• تعداد عروق خونی افزایش یافته و دیلاته می‌شوند بویژه در لایه بافت همبند ساب اپیتلیال.

• شدیدترین تغییرات دژنراتیو در پاکت پر یودونتال در دیواره جانبی رخ می‌دهد.

۲۰- کدام عامل بیشترین تأثیر را در ایجاد پوشش زبان (tongue coating) دارد؟

الف) عادات غذایی
 ب) سیگار کشیدن
 ج) بهداشت دهانی ضعیف
 د) داشتن دندان مصنوعی

گزینه ج صحیح است. صفحه ۲۲۳ در سننامه پارسه

عوامل ایجاد کننده پوشش زبان:

۱. بهداشت ضعیف دهان (قوی‌ترین عامل تعیین کننده)
۲. وضعیت پر یودونتال
۳. حضور دنچر
۴. مصرف سیگار
۵. عادات غذایی.

«لازم به ذکر است ملاک اصلی، پاسخنامه‌ای است که بر روی سایت سازمان سنجش قرار می‌گیرد»