

## روابط متقابل با دندانپزشکی ترمیمی (فصل ۷۰ کارانزا ۲۰۱۹)

دکتر سوگند اسماعیل نسب

۱- کدام نوع مارجین ترمیم از دید پریدونتال به خوبی توسط بافت‌ها تحمل می‌شود؟

الف) Supragingival (ب) Subgingival (ج) Equigingival (د) ۱ و ۳

پاسخ: گزینه «د» صحیح می‌باشد.

هر دو مارجین Supragingival و Equigingival به خوبی توسط بافت‌ها تحمل می‌شوند.

۲- کدام گزینه در مورد عرض بیولوژیک صحیح است؟

الف) قسمتی از عرض بیولوژیک جانکشنال اپی‌تلیوم است که عرض آن ۱/۹۷ mm می‌باشد.

ب) اگر فاصله مارجین ترمیم تا کرسٹ استخوان ۲mm باشد، بافت لثه ملتهب می‌شود.

ج) عرض بیولوژیک فضایی است که بافت‌های سالم لثه ما بین رأس سالکوس و استخوان آلونول زیرین را اشغال می‌کند.

د) قسمتی از عرض بیولوژیک، بافت همبند است که عرض آن ۰/۹۷ mm می‌باشد.

پاسخ: گزینه «ب» صحیح می‌باشد.

گزینه‌ی الف ← ۰/۹۷ mm

گزینه‌ی ب ← اگر فاصله ۲ mm و یا کمتر باشد، بافت لثه ملتهب می‌شود.

گزینه‌ی ج ← قاعده‌ی سالکوس

گزینه‌ی د ← ۱/۰۷ mm

۳- کدام گزینه در مورد عرض بیولوژیک صحیح است؟

الف) اگر بیمار حین ارزیابی مارجین رستوریشن با پروب اظهار ناراحتی می‌کند، نشانه‌ی خوبی از تجاوز به عرض بیولوژیک نمی‌باشد.

ب) لثه‌ی Flat نسبت به لثه‌ی Highly scalloped به تحلیل مستعدتر است.

ج) یافته‌ی شایع‌تر در پاسخ بافت‌ها به تجاوز به عرض بیولوژیک، التهاب دائمی لثه بدون تحلیل استخوان است.

د) طبق مطالعه‌ی Vacek و همکاران محدوده‌ی عرض بیولوژیک در افراد مختلف بین ۴/۳ - ۱/۷۵ میلی‌متر بود.

پاسخ: گزینه «ج» صحیح می‌باشد.

گزینه‌ی الف ← نشانه‌ی خوبی می‌باشد.

گزینه‌ی ب ← لثه‌ی نازک و Highly scalloped بیشتر از لثه‌ی پهن (Flat) احتمال تحلیل لثه دارد.

گزینه‌ی د ← ۴/۳ mm - ۰/۷۵ mm صحیح است.

۴- کدام گزینه جزء اندیکاسیون‌های اکستروژن ارتودونتیک دندان است؟

الف) در مواقعی که طول تاج بلندتری در نظر باشد.

ب) تجاوز در امتداد سطح لینگوال باشد ولی level بافت لثه صحیح می‌باشد.

ج) مدت زمان کافی برای اصلاح B.W در اختیار داشته باشیم.

د) تجاوز به B.W در ناحیه‌ی لاین انگل باشد.

پاسخ: گزینه «ج» صحیح می‌باشد.

گزینه‌ی الف ← جزء اندیکاسیون‌های جراحی افزایش طول تاج است.

گزینه‌ی ب ← تجاوز در امتداد سطح فاسیال باشد ولی level بافت لثه صحیح باشد.

گزینه‌ی د ← تجاوز به B.W در ناحیه‌ی اینترپروگزیمال باشد.

## ۵- کدام گزینه در مورد روش‌های اکستروژن ارتودونتیک دندان صحیح است؟

- الف) در اکستروژن آهسته، دندان با اعمال نیروی زیاد به همراه استخوان آلوئول و بافت لثه‌ای حرکت می‌کند.  
 ب) در حین دوره‌ی اکستروژن آهسته، فایبروتومی سوپراکرتال هر هفته در اطراف دندان انجام می‌شود.  
 ج) در اکستروژن سریع، دندان برای حداقل ۸ هفته در محل خود تثبیت شده و هر گونه Creep کروئالی با جراحی اصلاح می‌شود.  
 د) در اکستروژن آهسته دندان تا حدی اکستروژن می‌شود که سطح استخوان در کروئال در حد ایده‌آلی که باید هنگام جراحی برداشته شود، قرار گیرد.

پاسخ: گزینه «د» صحیح می‌باشد.

گزینه‌ی الف ← نیروی کم

گزینه‌ی ب ← در اکستروژن سریع

گزینه‌ی ج ← ۱۲ هفته

## ۶- چه مقدار استخوان به عنوان Safety zone در جراحی افزایش طول تاج برداشته می‌شود؟

- الف) ۰/۲۵ mm (ب) ۰/۵ mm (ج) ۰/۷۵ mm (د) ۱ mm

پاسخ: گزینه «ب» صحیح می‌باشد.

- در این جراحی، استخوان بر اساس عرض بیولوژیک ایده آل برای بیمار برداشته شده و به علاوه ۰/۵ mm استخوان بیشتر جهت حاشیه‌ی اطمینان (Safety zone) حذف می‌شود.

## ۷- در چه عمقی از سالکوس، دندان را از نظر امکان ژنژیوکتومی ارزیابی می‌کنیم؟

- الف) سالکوس < ۲ mm (ب) سالکوس ۲ mm - ۱/۵ mm  
 ج) سالکوس > ۱/۵ mm (د) سالکوس > ۱ mm

پاسخ: گزینه «الف» صحیح می‌باشد.

- اگر عمق سالکوس < ۲ mm بود (به ویژه در سمت فاسیال)، دندان را از نظر امکان انجام ژنژیوکتومی و ایجاد سالکوس ۱/۵ mm ارزیابی می‌کنیم. سپس بیمار می‌تواند طبق قانون عمق سالکوس  $\geq 1/5 \text{ mm}$  درمان شود.

## ۸- برای قراردهی رستوریشنی با عمق سالکوس ۱/۷۵ mm، مارجین را چگونه باید قرار بدهیم؟

- الف) دندان را ژنژیوکتومی کرده و سالکوس را به ۱/۵ mm می‌رسانیم.  
 ب) مارجین رستوریشن را حداکثر ۰/۵ mm زیر لبه‌ی لثه قرار می‌دهیم.  
 ج) مارجین رستوریشن را حداکثر تا عمق نصف سالکوس قرار می‌دهیم.  
 د) مارجین را به صورت فوق لثه‌ای یا در حد لثه قرار می‌دهیم.

پاسخ: گزینه «ج» صحیح می‌باشد.

- اگر عمق سالکوس < ۱/۵ mm بود، مارجین رستوریشن را حداکثر تا نصف عمق سالکوس قرار می‌دهیم (نیمه‌ی فوقانی).

## ۹- کدام گزینه در مورد قراردهی مارجین رستوریشن صحیح نیست؟

- الف) سالکوس عمیق‌تر آزادی بیشتری در قراردهی مارجین در عمق بیشتر را فراهم می‌کند، ولی احتمال تحلیل لثه در آن بالاتر است.  
 ب) قرار دهی مارجین به صورت فوق لثه‌ای یا در حد لثه، ساده است و نیاز به دستکاری بافتی ندارد.  
 ج) در مواردی که عمق پروب بین ۱/۵ mm - ۱ است، گسترش آماده سازی فراتر از ۰/۵ mm به زیر لثه خطر تجاوز به چسبندگی را در پی دارد.  
 د) در موارد مارجین زیرلثه‌ای، قبل از گسترش تراش به زیر لثه، ابتدا باید تراش لینگوال و اینترپروگزیمال تا حد لبه‌ی آزاد لثه تکمیل شود.

پاسخ: گزینه «د» صحیح می‌باشد.

- ابتدا باید تراش فاسیال و اینترپروگزیمال تا حد لبه‌ی آزاد لثه تکمیل شود.

۱۰- کدام گزینه در مورد **Tissue Retraction** در موارد عمق سالکوس  $\geq 1/5 \text{ mm}$  صحیح است؟

- الف) قسمت تحتانی نخ باید در محلی که مارجین نهایی قرار می‌گیرد، جایگذاری شود ( $0/5 \text{ mm}$  زیر مارجین اولیه).  
 ب) قسمت فوقانی نخ سوم (Deflection Cord) محل ختم تراش نهایی را مشخص می‌کند.  
 ج) اگر حین پروسه بخواهیم از الکتروسرجری استفاده کنیم، نوک الکتروود سیمی ظریف (Fine Wire) عمود بر دندان و با تکیه بر مارجین لثه نگه داشته می‌شود تا بافت اضافی را بردارد.  
 د) در نواحی اینترپروگزیمال که عمق سالکوس  $3 - 2/5 \text{ mm}$  است، نخ معمولاً  $1/5 - 1 \text{ mm}$  زیر بافت قرار می‌گیرد.

**پاسخ: گزینه «د» صحیح می‌باشد.**

- قسمت فوقانی نخ باید در محلی که مارجین نهایی قرار می‌گیرد، جایگذاری شود ( $0/5 \text{ mm}$  زیر مارجین اولیه). در نواحی اینترپروگزیمال که عمق سالکوس  $3 - 2/5 \text{ mm}$  است، نخ معمولاً  $1/5 - 1 \text{ mm}$  زیر بافت قرار می‌گیرد. در حضور این نخ اولیه (Deflection Cord یا Initial Cord)، تراش تا قسمت فوقانی نخ گسترش می‌یابد. نخ دوم (**Impression**) روی نخ اول قرار گرفته و آن را آپیکالی فشار می‌دهد و بین لبه‌ی تراش و لثه قرار می‌گیرد و در حین قالب‌گیری هم فقط این نخ برداشته می‌شود.
- اگر از الکتروسرجری برای برداشتن بافت اضافی (Overhanging Tissue) استفاده کنیم، نوک الکتروود سیمی ظریف (Fine Wire) موازی با دندان و با تکیه بر مارجین لثه نگه داشته می‌شود تا بافت اضافی را بردارد.

۱۱- در مواردی که عمق سالکوس  $< 1/5 \text{ mm}$  است از چند نخ و چه نخ‌ی استفاده می‌کنیم؟

- الف) دو نخ Deflection و یک نخ Impression  
 ب) یک نخ Deflection و دو نخ Impression  
 ج) یک نخ Deflection و یک نخ Impression  
 د) دو نخ Deflection و دو نخ Impression

**پاسخ: گزینه «الف» صحیح می‌باشد.**

۱۲- کدام گزینه جزء **Critical Area** در ساخت رستوریشن موقتی مد نظر نیست؟

- الف) تطابق مارجینال  
 ب) ماده‌ی مورد استفاده‌ی روکش  
 ج) کانتور کراون  
 د) Surface Finish

**پاسخ: گزینه «ب» صحیح می‌باشد.**

۳ گزینه‌ی دیگر موارد مد نظر جهت ایجاد پاسخ بیولوژیک مطلوب است.

۱۳- کدام گزینه در مورد مارجین رستوریشن موقتی صحیح نیست؟

- الف) در ایجاد پاسخ بافتی، خشونت سطحی مهم‌تر از ترکیب ماده‌ی به کاررفته است.  
 ب) مارجین باز در حد چند دهم میلی‌متر باعث تجمع باکتری و التهاب می‌شود.  
 ج) موقعیت مارجین نسبت به چسبندگی، اهمیت کمتری از تفاوت بین تطابق  $20 \mu\text{m}$  و  $100 \mu\text{m}$  دارد.  
 د) میزان التهاب لثه متناسب با میزان باز بودن مارژین افزایش می‌یابد.

**پاسخ: گزینه «ج» صحیح می‌باشد.**

● کیفیت پرداخت مارجین و موقعیت مارجین نسبت به چسبندگی، بسیار مهم‌تر از تفاوت بین تطابق  $20 \mu\text{m}$  و  $100 \mu\text{m}$  است.

۱۴- کدام گزینه دارای تجمع پلاک متفاوتی است؟

- الف) پرسلن  
 ب) طلای High Polish  
 ج) رزین High Polish  
 د) آمالگام High Polish

**پاسخ: گزینه «د» صحیح می‌باشد.**

● پرسلن، طلای High Polish و رزین High Polish دارای تجمع پلاک مشابهی هستند.

۱۵- ارتفاع پایلاری به کدام یک از موارد زیر بستگی ندارد؟

- (الف) حد استخوان (ب) عرض بیولوژیک (ج) بایوتایپ لثه (د) شکل امبرازور لثه‌ای
- پاسخ: گزینه «ج» صحیح می‌باشد.

● ارتفاع پایلاری به ۳ عامل حد استخوان، عرض B.W و شکل امبرازور لثه‌ای بستگی دارد.

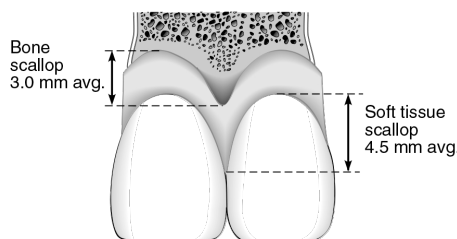
۱۶- عمق سالکوس در ناحیه‌ی اینترپروگزیمال چه مقدار بیشتر از سطح فاسیال است؟

- (الف) ۰/۵ - ۱ mm (ب) ۱ - ۱/۵ mm (ج) ۰/۵ - ۰/۷۵ mm (د) ۱ - ۲ mm
- پاسخ: گزینه «ب» صحیح می‌باشد.

۱۷- تفاوت Scallop بافت لثه در نوک پایلاری اینترپروگزیمال و قلّه‌ی بافت فاسیال چه مقدار است؟

- (الف) ۳ mm (ب) ۱/۵ - ۲ mm (ج) ۴/۵ mm (د) ۲ - ۳ mm
- پاسخ: گزینه «ب» صحیح می‌باشد.

● از استخوان فاسیال تا استخوان اینترپروگزیمال، ۳ mm Scallop وجود دارد، اما میزان Scallop بافت نرم بین قلّه‌ی بافت فاسیال و نوک پایلاری اینترپروگزیمال حدود ۴/۵ - ۵ mm است. این Scallop اضافی لثه به میزان ۱/۵ - ۲ mm در مقایسه با استخوان، به علت ارتفاع بیشتر بافت نرم روی چسبندگی اینترپروگزیمال است.



**Fig. 70.6** Comparison of the behavior of the interproximal papilla relative to bone and the free gingival margin relative to bone in the average human. There is a 3-mm scallop from the facial bone to the interproximal bone. However, on average, a 4.5- to 5-mm gingival scallop exists between the facial tissue height and the interproximal papilla height. This extra scallop of 1.5 to 2 mm of gingiva compared with bone is the result of the extra soft-tissue height above the attachment interproximally.

۱۸- طبق مطالعه‌ی Tarnow اگر فاصله‌ی بین محل تماس بین دندان‌ی تا کرس‌ت استخوان اینترپروگزیمال:

- (الف) بیشتر یا مساوی ۶ mm باشد، در ۹۸٪ موارد پایلاری این فاصله را پر خواهد کرد.  
 (ب) ۷ mm باشد، در ۳۷٪ موارد پایلاری این فاصله را پر خواهد کرد.  
 (ج) ۶ mm باشد، در ۶۵٪ موارد پایلاری این فاصله را پر خواهد کرد.  
 (د) ۷ mm باشد، در ۲۷٪ موارد پایلاری این فاصله را پر خواهد کرد.
- پاسخ: گزینه «د» صحیح می‌باشد.

● اگر فاصله کمتر یا مساوی ۵ mm باشد، در ۹۸٪ موارد پایلاری این فاصله را پر خواهد کرد.

● اگر فاصله ۶ mm باشد، در ۵۶٪ موارد پایلاری این فاصله را پر خواهد کرد.

● اگر فاصله ۷ mm باشد، در ۲۷٪ موارد پایلاری این فاصله را پر خواهد کرد.

۱۹- با ثابت بودن میزان عرض B.W در هر فرد، تماس بین دندان‌ی ایده‌آل باید در چه فاصله‌ای نسبت به جانکشنال اپی‌تلیوم قرار گیرد تا فضا به طور کامل توسط پایلاری بین دندان‌ی پر شود؟

- (الف) ۲ - ۳ mm کرونالی‌تر از قسمت تحتانی JE  
 (ب) ۲ - ۳ mm کرونالی‌تر از قسمت فوقانی JE  
 (ج) ۱ - ۲ mm کرونالی‌تر از قسمت تحتانی JE  
 (د) ۱ - ۲ mm کرونالی‌تر از قسمت فوقانی JE
- پاسخ: گزینه «ب» صحیح می‌باشد.

۲۰- کدام گزینه در مورد مقایسه‌ی پایپلا در یک امبراژور لته‌ای باز با پایپلای مجاور صحیح است؟

- (الف) اگر سطح استخوان بین دندانانی هم سطح نواحی مجاور است و پایپلای مورد نظر آپیکالی تر است، علت امبراژور باز، تحلیل استخوان بین دندانانی است.  
 (ب) اگر تمام پایپلاها هم سطح هستند و سایر امبراژورها بسته هستند، مشکل در فرم امبراژور است.  
 (ج) اگر سطح استخوان بین دندانانی نسبت به مناطق مجاورش آپیکالی تر است و پایپلای مورد نظر آپیکالی تر است، علت امبراژور باز، فرم امبراژور ناشی از دندان‌ها است.  
 (د) ارتفاع پایپلا در قدام ماگزایلا در سمت مزبال و دیستال مشابه بوده و به طور متوسط ۳ mm است.

پاسخ: گزینه «ب» صحیح می‌باشد.

- اگر پایپلای مورد نظر آپیکالی تر از پایپلاهای مجاور باشد (هم سطح نباشد)، باید به سطح استخوان بین دندانانی توجه کرد:
- ✓ اگر سطح استخوان بین دندانانی نسبت به مناطق مجاورش آپیکالی تر باشد، علت امبراژور باز، تحلیل استخوان بین دندانانی (بیماری پرپودونتال) است.
- ✓ اگر سطح استخوان بین دندانانی، هم سطح نواحی مجاور باشد، علت امبراژور باز، فرم امبراژور ناشی از دندان‌ها بوده و پایپلا مشکل پرپودونتال ندارد.
- ✓ ارتفاع پایپلا در قدام ماگزایلا به طور متوسط ۴ mm است که در سمت مزبال و دیستال مشابه است.

۲۱- کدام گزینه از علل امبراژور لته‌ای باز است؟

- (الف) دندان‌های مربعی شکل  
 (ج) تقارب ریشه‌های دندان مجاور  
 (ب) تماس اینترپروگزیمال آپیکالی تر از حالت طبیعی باشد  
 (د) تحلیل استخوان

پاسخ: گزینه «د» صحیح می‌باشد.

- امبراژور لته‌ای باز ناشی از دو علت است: ۱- تحلیل استخوان ۲- تماس اینترپروگزیمال کرونالی تر از حالت طبیعی باشد، که ممکن است دو دلیل باعث ایجاد این وضعیت باشد: ۱- تباعد ریشه‌های دندان‌های مجاور از یکدیگر ۲- در مواردی که ریشه‌ها موازی هستند، مشکل احتمالاً مرتبط با مشکل دندان به خصوص فرم شدیداً Taper است.

۲۲- در ترمیم‌های غیر مستقیم، پیش از قرار دهی ترمیم دائمی، چه مدت‌زمانی جهت ترمیم بافت‌های لته‌ای نیاز است؟

- (الف) ۲ - ۴ هفته  
 (ب) ۱ - ۴ هفته  
 (ج) ۳ - ۶ هفته  
 (د) ۴ - ۶ هفته

پاسخ: گزینه «د» صحیح می‌باشد.

- در ترمیم‌های غیر مستقیم، شکل امبراژور و کانتورهای دلخواه ترمیم باید در ترمیم موقتی لحاظ شده و قبل از قراردادی ترمیم دائمی، ۴ - ۶ هفته برای التیام بافت‌های لته فرصت داده شود.

۲۳- تفاوت کلیدی بین ۴ طرح پونتیک در کدام است؟

- (الف) زیبایی  
 (ب) طراحی پونتیک  
 (ج) پاسخ بافتی  
 (د) الف و ب

پاسخ: گزینه «الف» صحیح می‌باشد.

تفاوت کلیدی در زیبایی و دسترسی برای اعمال بهداشتی است.

۲۴- بهترین دسترسی برای اعمال بهداشتی مربوط به کدام پونتیک است و کدام پونتیک دارای سطح زیرین مقعر است؟

- (الف) Ridge lap - Ovate  
 (ج) Hygienic - Modified ridge lap  
 (ب) Ovate - Ridge lap  
 (د) Modified ridge lap - Hygienic

پاسخ: گزینه «الف» صحیح می‌باشد.

- سطح زیرین محدب ← Ovate - Hygienic که ساده‌ترین طرح‌ها برای تمیز کردن نیز هستند.
- سطح زیرین مقعر ← Modified ridge lap - Ridge lap که دسترسی برای نخ دندان مشکل است.
- پونتیک Hygienic بهترین دسترسی را برای اعمال بهداشتی فراهم می‌کند. ولی به دلیل زیبایی نامطلوب از طرف بیماران پذیرفته نمی‌شود.

۲۵- خصوصیات زیر مربوط به سطح بافتی کدام پونتیک است؟

A سطح بافتی Saddle-like - طرح منسوخ شده است.

B سطح بافتی محدب - حداکثر زیبایی

C سطح بافتی ۳ mm از ریج فاصله دارد.

D سطح بافتی مقعر در فاسیال - Saddle لینگویالی پونتیک برای تسهیل رعایت بهداشت حذف شده است.

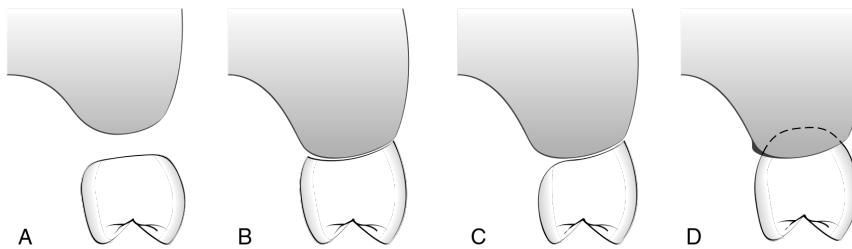
الف) Modified ridge lap - Ovate - Hygienic - Ridge lap

ب) Ridge lap - Ovate - Hygienic - Modified ridge lap

ج) Modified ridge lap - Hygienic - Ovate - Ridge lap

د) Modified ridge lap - Ridge lap - Ovate - Hygienic

پاسخ: گزینه «ج» صحیح می‌باشد.



**Fig. 70.9** Four options to designing the shape of a pontic. (A) Hygienic pontic. Tissue surface of the pontic is 3 mm from the underlying ridge. (B) Ridge-lap pontic. Tissue surface of the pontic straddles the ridge in saddle-like fashion. The entire tissue surface of the ridge-lap pontic is convex and very difficult to clean. (C) Modified ridge-lap pontic. Tissue surface on the facial is concave, following the ridge. However, the lingual saddle has been removed to allow access for oral hygiene. (D) Ovate pontic. The pontic form fits into a receptor site within the ridge. This allows the tissue surface of the pontic to be convex and also optimizes aesthetics.

۲۶- کدام گزینه در مورد نحوه‌ی آماده‌سازی رسپتور (گیرنده) پونتیک Ovate صحیح است؟

الف) رسپتور را روی ریج بی‌دندانی فقط باید با فرز الماسی یا الکتروسرجری شکل دهیم.

ب) ناحیه را باید به شکل مقعر شکل دهیم تا پونتیک با آن انطباق داشته باشد.

ج) در نواحی قدامی، گیرنده باید با بخش فاسیال هم راستا با ریج باشد و در نواحی خلفی، ۱ - ۱/۵ mm زیر بافت سمت فاسیال باشد.

د) بعد از ایجاد محل رسپتور (گیرنده)، استخوان باید حداقل ۲ mm از بخش آپیکالی پونتیک فاصله داشته باشد.

پاسخ: گزینه «د» صحیح می‌باشد.

گزینه‌ی الف ← محل رسپتور پونتیک به خصوص روی ریج با فرز الماسی یا الکترو سرجری یا فشار یا به دنبال التیام زخم شکل می‌گیرد.

گزینه‌ی ب ← ناحیه طوری شکل داده می‌شود که کانتور صاف یا مقعر داشته باشد تا هنگامی که پونتیک ساخته شد، با آن انطباق پیدا کند.

گزینه‌ی ج ← در نواحی زیبایی مثل قدام ماگز بلا گیرنده باید ۱ - ۱/۵ mm زیر بافت سمت فاسیال باشد و در نواحی خلفی ناحیه‌ی

گیرنده طوری طراحی می‌شود تا بخش فاسیال پونتیک هم راستا با ریج باشد و با یک حالت مستقیم به بخش لینگویالی پونتیک برسد.

۲۷- کدام گزینه در مورد پارامترهای بافت نرم ریج هنگام ساخت پونتیک Ovate صحیح نمی‌باشد؟

الف) حداقل ۴ - ۶ هفته از آماده‌سازی ناحیه‌ی گیرنده پونتیک سپری شود و سپس قالب‌گیری نهایی انجام گیرد.

ب) بافت نسبت به فاسیال پونتیک سرویکالی تر باشد.

ج) ارتفاع مارجین لثه در حد ایده آل باشد، در غیر این صورت پونتیک بسیار بلند به نظر می‌رسد.

د) ارتفاع ریج باید منطبق با ارتفاع ایده آل پاپیلای اینترپروگزیمال باشد.

پاسخ: گزینه «ب» صحیح می‌باشد.

● بافت ریج باید نسبت به فرم سرویکال فاسیال ایده‌آل پونتیک، فاسیالی تر باشد تا نمای رویش پونتیک از بافت ایجاد شود. یعنی بافت نرم ریج نسبت

به بخش سرویکالی مد نظر پونتیک، جلوتر (لبیالی تر) باشد.

۲۸- به منظور جلوگیری از تحلیل پاپیلا بلافاصله بعد از کشیدن دندان، پونتیک به میزان ..... به محل کشیدن وارد می‌شود

و بعد از ..... هفته، گسترش به ..... کاسته می‌شود تا رعایت بهداشت تسهیل گردد.

الف) ۲/۵ mm - ۴ - ۱/۵ mm

ب) ۲ mm - ۲ - ۱/۵ mm

ج) ۱ mm - ۴ - ۲ mm

د) ۱ mm - ۲ - ۲/۵ mm

پاسخ: گزینه «الف» صحیح می‌باشد.

۲۹- در حالت Centric Relation، کدام عضله دارای انقباض خاموش است؟

- (الف) تمپورالیس  
(ب) ماستر  
(ج) لترال تریگوئید  
(د) مدیال تریگوئید

پاسخ: گزینه «ج» صحیح می باشد

۳۰- در کدام یک از حالات زیر همه ی دندان ها باید دارای تماس همزمان و یکنواخت باشند؟

- (الف) Anterior Guidance  
(ب) Aklouzn Mutually Protected  
(ج) Maximal Intercuspal  
(د) وضعیت Centric Relation

پاسخ: گزینه «ج» صحیح می باشد.

این کار نیروی بستن را روی تمام دندان ها توزیع می کند.

۳۱- کدام یک جزء علائم هماهنگی راهنمای قدامی با Envelope of Function بیمار می باشد؟

- (الف) حس عمومی بیمار در راحتی با اورجت ایجاد شده حین جویدن هنگامی که سر او خوابیده باشد.  
(ب) توانایی در تکلم واضح  
(ج) فقدان Fremitus دندان های خلفی  
(د) همه موارد

پاسخ: گزینه «ب» صحیح می باشد.

● علائم: ۱- فقدان Fremitus و لقی دندان های قدامی ۲- توانایی بیمار در تکلم واضح و راحت ۳- حس عمومی بیمار در راحتی با اوربایت، اورجت در راهنمای ایجاد شده حین جویدن هنگامی که سر خود را مستقیم گرفته باشد.

۳۲- کدام گزینه در مورد دستورالعمل های اکلوزن صحیح است؟

- (الف) اگر اکلوزن ایجاد شده در بعد عمودی را تغییر دهیم و تغییر باعث افزایش طول نوار Pterygomasseteric بیش از ظرفیت تطابق بیمار شود، بیمار مجدداً با آن تطابق می یابد و OVD را حفظ میکند.  
(ب) اکلوزن Mutually Protected توانایی و نیروی عضلات ماضغه را کم می کند و در عین حال نیروها را به طور متوازن پخش می کند.  
(ج) دندان های قدامی تقریباً ۱/۹ نیروی مولر اول را تحمل می کنند.  
(د) فقط در موارد بازسازی کامل درمان از رابطه ی مرکزی (CR) استفاده می کنند.

پاسخ: گزینه «ب» صحیح می باشد.

گزینه ی الف ← اگر افزایش بیش از ظرفیت تطابق بیمار باشد، بیمار تغییر عمودی را حفظ نخواهد کرد و با اینتروود کردن دندان ها، OVD را مجدداً می بندد.

گزینه ی ج ← مولر دوم

گزینه ی د ← هنگام درمان یک اکلوزن پاتولوژیک یا حین بازسازی کامل اکلوزن، کلینسین باید از CR استفاده کند.

۳۳- کدام گزینه نگرانی اصلی در مورد دندان های قطع ریشه شده است؟

- (الف) زیبایی  
(ب) سمان پست های از پیش ساخته شده  
(ج) امکان اسپلینت دندان به دندان های مجاور  
(د) ایجاد کانتور مناسب جهت دسترسی برای اعمال بهداشتی

پاسخ: گزینه «د» صحیح می باشد.

● نگرانی اصلی در مورد دندان های قطع ریشه شده پرهیز از ایجاد هر گونه تحذب بیش از حد در کانتور است که دسترسی بهداشتی را مختل می کند.

۳۴- روکش آماده شده برای دندان‌های قطع ریشه شده از بعد لینگوال باید چگونه باشد و فرم امبرازور ایجاد شده در کدام ناحیه باید به شکل Fluted (فرو رفته) باشد؟

- (الف) مستقیم - سرویکال  
(ب) اندکی محدب - اینتر پروگزیمال  
(ج) مستقیم - اینتر پروگزیمال  
(د) اندکی محدب - باکال

پاسخ: گزینه «ج» صحیح می باشد.

● از بعد فاسیال و لینگوال کانورها باید به صورت خط مستقیم از مارجین به کروئال حرکت کنند، ولی در اینتر پروگزیمال باید مستقیم یا اندکی محدب باشد تا با یک شیب به نقطه‌ی تماس برسد. نواحی اینتر پروگزیمال باید به شکل فرو رفته (Fluted) باشد تا بتوان با مسواک بین دندان‌های آن‌ها دسترسی داشت.

۳۵- کدام گزینه از اندیکاسیون‌های اسپلینت دندان نیست؟

- (الف) دندان‌های قطع ریشه شده  
(ب) Migration دندان‌ها  
(ج) لقی افزایش یابنده  
(د) پروتزی که چند پایه نیاز دارد

پاسخ: گزینه «الف» صحیح می باشد.

● اندیکاسیون‌های اسپلینت:

۱. لقی افزایش یابنده یا لقی که راحتی بیمار را مختل می کند.
۲. مهاجرت (Migration) دندان‌ها
۳. پروتزی که نیاز به چندین پایه دارد.

۳۶- کدام گزینه از علل لقی شدید است؟

- (الف) فقدان ساپورت ناشی از تحلیل استخوان  
(ب) تماس‌های دندان‌های منحرف کننده  
(ج) دندان پایه‌ی پونتیک  
(د) فقدان ساپورت ناشی از Tooth Loss.

پاسخ: گزینه «ب» صحیح می باشد.

● علل لقی شدید: نیروی اکلوزال بیش از حد ناشی از پارافانکشن یا تماس‌های دندان‌های منحرف کننده.

۳۷- کدام گزینه از روش‌های تغییر سطح لثه نمی باشد؟

- (الف) ژنژیوکتومی  
(ب) آپیکالی کردن لثه از طریق اینتروژن دندان  
(ج) فلپ Appically Positioned بدون برداشت استخوان  
(د) اکستروژن دندان

پاسخ: گزینه «ج» صحیح می باشد.

● روش‌های تغییر سطح لثه:

۱. ژنژیوکتومی
۲. فلپ Appically Positioned همراه با برداشت استخوان
۳. ارتودنسی: آپیکالی کردن لثه از طریق اینتروژن دندان و کروئالی کردن لثه از طریق اکستروژن دندان.

۳۸- مدت زمان لازم جهت ایجاد ثبات بافت نرم و استخوان متعاقب Rapid Force Eruption چه مدت است؟ (ارتقا ۹۱)

- (الف) ۶ هفته  
(ب) ۸ هفته  
(ج) ۱۰ هفته  
(د) ۱۲ هفته

پاسخ: گزینه «د» صحیح می باشد.

۳۹- برای بیماری بازسازی اکلوزن کامل با درمان‌های رستوریتیبو انجام شده است. کدام مورد صحیح است؟ (ارتقا ۹۷)

- (الف) تمام دندان‌های قدامی و خلفی باید در جابه جایی از حالت سنتریک در تماس باشند.  
(ب) هنگام حرکت پیشگرایی نیروی وارده بر دندان‌های قدامی و خلفی یکسان است.  
(ج) VD بیمار باید متناسب با بازسازی تاج تغییر یابد.  
(د) سنتریک ریلیشن باید به عنوان موقعیت قابل تکرار مد نظر قرار گیرد.

پاسخ: گزینه «د» صحیح می باشد.



● هنگام مدیریت اکلوزن پاتولوژیک یا هنگام بازسازی اکلوزن کامل، کلینیسین نیازمند کار با موقعیت رفرنس کندیلار قابل تکرار است. رابطه‌ی سنتریک به عنوان فوقانی‌ترین موقعیت کندیلی تعریف می‌شود که نقطه‌ی آغاز را فراهم می‌کند. رابطه‌ی سنتریک در جلسات متعدد قابل تکرار است و اجازه‌ی ایجاد اکلوزن به طور غیر مستقیم روی آرتیکولاتور و بازگشت آن به موقعیت رفرنس مشابه در دهان را می‌دهد و تنها موقعیتی است که موجب انسداد انقباض عضله‌ی لترال تریگوئید می‌شود و باعث ایجاد اکلوزن بدون تداخل می‌شود.

- ۴۰- یافته‌ی شایع تر متعاقب گسترش بیش از حد مارجین رستوریشن به زیر لثه کدام است؟ (ارتقا ۹۸)
- الف) التهاب دائم لثه همراه با تحلیل استخوان  
ب) التهاب دائم لثه بدون تحلیل استخوان  
ج) تحلیل استخوان همراه با تحلیل لثه  
د) تحلیل استخوان بدون تحلیل لثه
- پاسخ: گزینه «ب» صحیح می‌باشد.

۴۱- کدام یک از موارد تجویز اسپلینت نمی‌باشد؟ (بورد ۹۷)

- الف) لقی فزاینده‌ی دندان‌ها  
ب) مهاجرت دندان‌ها  
ج) پارافانکشن  
د) پروتزهایی که به چند دندان پایه احتیاج دارند.
- پاسخ: گزینه «ج» صحیح می‌باشد.
- موارد تجویز اسپلینت:
۱. لقی فزاینده‌ی دندان یا ناراحتی بیمار
  ۲. مهاجرت دندان‌ها
  ۳. پروتزهایی که به چند دندان پایه نیاز دارند.

۴۲- در فردی ۳۵ ساله پره‌مولر اول بالا دچار شکستگی شده است. فاصله‌ی نسج سالم باقی مانده تا مارجین لثه ۱ mm و تا کرست استخوان ۳ mm می‌باشد. عمق سالکوس ۲ mm و عرض لثه‌ی کراتینیزه ۴ mm است. جهت بازسازی دندان فوق کدام یک از مراحل درمانی زیر به ترتیب از راست به چپ صحیح است؟ (بورد ۹۶)

- الف) جراحی افزایش طول تاج کلینیکی، چسباندن پست، ساخت و نصب کراون  
ب) ساخت و نصب پست، جراحی افزایش طول تاج، ساخت و نصب کراون  
ج) Rapid Orthodontic Extrusion، چسباندن پست، ساخت و نصب کردن  
د) مستقیماً انجام پست و کراون
- پاسخ: گزینه «د» صحیح می‌باشد.

● توصیه می‌شود فاصله‌ی مارجین لثه تا کرست استخوان حداقل ۳ mm باشد. در این صورت، اگر رستوریشن ۰/۵ mm درون سالکوس قرار گیرد، عرض بیولوژیک برقرار خواهد بود.

۴۳- شایع ترین موارد تجویز اسپلینت دندان‌های دارای لقی کدام است؟ (بورد ۹۸)

- الف) راحتی بیمار-کنترل اکلوزن  
ب) زیبایی-راحتی بیمار  
ج) رعایت بهداشت-کنترل اکلوزن  
د) زیبایی-رعایت بهداشت
- پاسخ: گزینه «الف» صحیح می‌باشد.

شایع ترین علت اسپلینت دندان‌ها، بهبود راحتی و کنترل بهتر اکلوزن در دندان‌های قدامی لق می‌باشد.

۴۴- شایع ترین یافته در صورت گسترش مارجین رستوریشن به Biologic Width چیست؟ (ورودی ۹۹)

- 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
- پاسخ: گزینه «د» صحیح می‌باشد.