

سلامت دهان و دندان پزشکی اجتماعی

1- کدامیک از موارد زیر در مورد تاثیر عامل ژنتیک در پوسیدگی دندان صحیح است؟

الف) پوسیدگی دندان بیماری ارثی با ژنتیکی است.

ب) نقش ژنتیک مهمترین عامل در پوسیدگی های دندان است.

ج) عوامل ژنتیکی ویژه توان پوسیدگی زایی زیادی در همه افراد دارند.

د) عوامل ژنتیکی احتمالا باعث تغییر وقوع پوسیدگی دندان در بعضی افراد می گردد.

گزینه د پاسخ صحیح می باشد

2- کدامیک از موارد زیر در مورد تاثیر عامل ژنتیک در پوسیدگی دندان صحیح است؟

الف) پوسیدگی دندان بیماری ارثی با ژنتیکی است.

ب) نقش ژنتیک مهمترین عامل در پوسیدگی های دندان است.

ج) عوامل ژنتیکی ویژه توان پوسیدگی زایی زیادی در همه افراد دارند.

د) عوامل ژنتیکی احتمالا باعث تغییر وقوع پوسیدگی دندان در بعضی افراد می گردد.

گزینه ج پاسخ صحیح می باشد

3- در کدامیک از مدل های تغییر رفتار زیر میتوان نظریه های رفتاری متعدد را به کار گرفت؟

الف) Health Belief Model

ب) Diffusion of Innovation

ج) Social Learning Theory

د) PRECEDE-PROCEED

گزینه د پاسخ صحیح می باشد

4- کدامیک از موارد زیر از اصول آموزش سلامت نیست؟

الف) تقویت به صورت تکرار

ب) استفاده از محرک‌ها در امر آموزش

ج) کامل و جامع بودن آموزش

د) استفاده از واژه‌های تخصصی

گزینه د پاسخ صحیح می باشد

5- استفاده از چک لیست کانسرت الحاقی برای ارزیابی نقادانه کدامیک از موارد زیر توصیه می‌شود؟

الف) کارآزمایی تصادفی شده خوشه ای

ب) کار آزمایی بالینی کنترل شده تصادفی

ج) مرورهای نظام مند

د) مطالعات تشخیصی

گزینه الف پاسخ صحیح می باشد

6- کدامیک از روشهای پرداخت اصلی به ارایه کنندگان خدمات دندانپزشکی، بر کنترل هزینه اثر

نامطلوب دارد؟

الف) بیمه

ب) حقوق

ج) کارانه

د) سرانه

گزینه ج پاسخ صحیح می باشد

7- کدام گزینه یکی از معیارهای لازم برای برقراری یک برنامه غربالگری را بیان می‌کند؟

الف) فاصله بین بیماری اولیه تا بیماری آشکار کم باشد.

ب) توزیع نتیجه آزمایش در افراد مبتلا و غیر مبتلا نا مشخص باشد.

ج) امکانات و تسهیلات به قدر کافی وجود داشته باشد.

د) آزمون غربالگری پیچیده و گران و بی خطر باشد.

گزینه ج پاسخ صحیح می باشد

8- مقایسه کدام شاخص در یک جمعیت با DMFT کل همان جمعیت میتواند میزان نابرابری در سلامت دهان و دندان را نشان می دهد؟

الف) PI

ب) SIC

ج) 1OTN

د) CPI

گزینه ب پاسخ صحیح می باشد

9- اگر در بررسی رابطه متغیرهای مستقل با متغیرهای وابسته به رابطه علت و معلولی برسیم، متغیرهای مستقل را چه می نامیم؟

الف) Risk factor

ب) Risk indicator

ج) Risk determinant

د) Risk ratio

گزینه الف پاسخ صحیح می باشد

10- در کدامیک از رویکردهای ارتقاء سلامت متخصصین سلامت باید به دنبال افراد در محل کار، تحصیل یا زندگیشان مراجعه کنند ؟

الف) رویکرد مبتنی بر پیشگیری

ب) رویکرد مبتنی بر درمان

ج) رویکرد مبتنی بر بخش سلامت

د) رویکرد پایین رودخانه ای

گزینه الف پاسخ صحیح می باشد

مواد دندانی – دکتر علیرضا رنجبر

11- در منحنی بازگشت خزش کاهش سریع‌ترین نشان دهنده چیست؟

الف) پاسخ ویسکوز ماده

ب) بازگشت‌ناپذیر غیر الاستیک

ج) بازگشت‌ناپذیر دائمی

د) بازگشت‌ناپذیر الاستیک

پاسخ گزینه د- صفحه 15 کتاب مواد دندانی پارسه

تطابق سوالات درس مواد دندانی پارسه

پذیرش خزش

نمودار خزش، ما را با مفاهیم پاسخ الاستیک، ویسکوز و غیرالاستیک مواد ویسکوالاستیک آشنا می‌کند.

در بررسی نمودار بازیابی خزش یا Creep Recovery پس از برداشت نیرو اعمال شده بر روی جسم یک افت شدید و فوری در میزان استرین دیده می‌شود، سپس یک افت با سرعت کمتر در استرین رخ می‌دهد و این افت تا رسیدن به یک میزان ثابت استرین که بزرگتر از صفر است ادامه می‌یابد. این افت فوری در استرین نشان دهنده بازیابی الاستیک (Elastic Strain) بوده (A) و بازیابی کندتر نشان دهنده استرین غیرالاستیک است (B) و نهایتاً استرین دائمی باقی مانده نیز بیانگر استرین ویسکوز است (C).

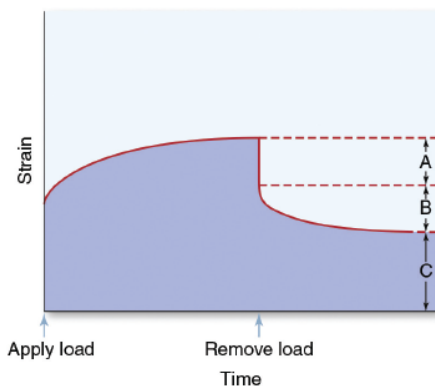


FIG. 4.18 Creep recovery curve showing (A) elastic, (B) anelastic, and (C) viscous strain.

12- کدام گزینه در رابطه با آلیاژهای مفتولی (Wrought Alloys) صحیح است؟

- الف) آلیاژهای های نابل حاوی grain refiner جهت مفتولی شدن مناسب هستند.
- ب) این نوع آلیاژها، دارای ساختار دانه ای هستند.
- ج) کریستالیزاسیون مجدد در این آلیاژها باعث افزایش خواص مکانیکی آنها می شود.
- د) با عملیات حرارتی طولانی مدت به ساختار دانه ای تبدیل می شوند.

پاسخ گزینه د - صفحه 43 کتاب مواد دندانی پارسه

ریز ساختار

ریز ساختار آلیاژهای مفتولی، فیبروز یا رشته رشته است که در نتیجه کار سرد انجام شده هنگام شکل دهی آلیاژ به شکل نهایی ایجاد شده است. وایرها یا دیگر اشکال مفتولی در مقایسه با سایر ساختارهای ریختگی، به طور معمول افزایشی قابل سنجش در استحکام کششی و سختی دارند و افزایش در این خواص حاصل ساختار داخلی درهم تنیده فیبروز است که در نتیجه کار سرد ایجاد می شود.

بی احتیاطی در فرایند های حرارتی می تواند منجر به کریستالیزه شدن مجدد (recrystallization) اشکال مفتولی شود. در این فرایند ریزساختار فیبروز به ساختار دانه ای مشابه با ساختار اشکال ریختگی تبدیل می شود. بطور کلی میزان کریستالیزه شدن مجدد در اثر افزایش بیش از حد زمان و همچنین دما افزایش می یابد. به عنوان مثال در بیشتر وایرهای دندانی نابل، یک دوره کوتاه حرارت دهی حین لحیم کاری، حتی اگر حرارت به دمای ذوب برسد، برای ایجاد کریستالیزه شدن مجدد وایر کافی نخواهد بود. البته حرارت دهی طولانی تر در حد ۳۰-۶۰ ثانیه یا بیشتر ممکن است باعث کریستالیزه شدن مجدد شده که این امر به زمان، دما، ترکیب آلیاژ و روش ساخت وایر بستگی دارد. بسته به میزان کریستالیزه شدن مجدد، خصوصیات مکانیکی کاهش یافته و کریستالیزه شدن مجدد شدید باعث شکننده شدن اشکال مفتولی در آن نواحی می شود. لذا هنگام کار با اشکال مفتولی آلیاژ عملیات حرارتی بایستی به حداقل برسد.

13- کدام جمله در مورد تافنس شکست (Fracture Toughness) صحیح نیست؟

- الف) وجود فیلر در پلیمرها، باعث کاهش تافنس شکست می شود.
- ب) افزودن زیرکونیا به سرامیک می تواند باعث افزایش تافنس شکست می شود.
- ج) معمولا aging با پیرسازی باعث کاهش تافنس شکست میشود.
- د) تافنس شکست مینا از عاج کمتر است.

پاسخ گزینه الف - صفحه 13 کتاب مواد دندانی

حضور فیلر در پلیمرها Fracture Toughness را به میزان چشمگیری افزایش می‌دهد که به نظر می‌رسد مکانیسم Toughening مربوط به تعاملات ماتریکس-فیلر باشد اما هنوز ثابت نشده است. افزودن ۵۰٪ وزنی زیرکونیا به سرامیک‌ها به شکل مشابهی موجب افزایش Fracture toughness می‌شود. از طرفی Aging یا نگهداری مواد در محیطی شبیه به محیط دهان و یا نگهداری آن‌ها در دمای بالا موجب کاهش Fracture toughness می‌شود که البته در این خصوص اتفاق نظر در مقالات وجود ندارد. نهایتاً بایستی توجه نمود که Fracture toughness ارتباط محکمی با مقادیر سایش مواد ترمیمی ندارد.

14- کدام عبارت درباره Depth of cure کامپوزیت‌ها درست است؟

- الف) هرچه ضریب شکست نوری فیلر و ماتریکس رزینی نزدیکتر باشد عمق کیورینگ بیشتر می‌شود.
 ب) شکل ذرات فیلر بر عمق کیورینگ تاثیر گذار است ولی توزیع اندازه فیلرها بر آن بی‌تاثیر است.
 ج) استفاده از نور UV به جای LED موجب افزایش عمق کیورینگ می‌شود.
 د) رنگ کامپوزیت بر عمق کیورینگ تاثیر گذار است ولی شکل و توزیع اندازه ذرات تاثیر گذار نیست.

پاسخ گزینه الف - صفحه 80 کتاب مواد دندانی پارسه

پیشرفت در فناوری فیلر

کامپوزیت‌های اولیه فینیش سطحی خشن و مقاومت پایینی در برابر سایش داشتند. کلید حل این محدودیت‌ها انتخاب فیلر مورد استفاده در کامپوزیت بود. عوامل مهم در انتخاب فیلر عبارتند از:

- ترکیب
- اندازه ذرات

ترکیب

اکثر کامپوزیت‌ها از یکی از انواع فیلرهای گلاس بر پایه کوارتز و سیلیکا، از جمله سیلیکا کلونیدی، گلاس لیتیوم-آلومینیوم سیلیکات و گلاس‌های سیلیکایی حاوی باریم یا استرانسیوم استفاده می‌کنند.

فرمولاسیون گلاس بسیار حیاتی بوده زیرا تأثیر عمده‌ای بر رنگ کامپوزیت دارد. ضریب شکست آن باید دقیقاً با رزین مطابقت داشته باشد تا از پراکندگی بیش از حد نور ورودی که منجر به زیبایی نامطلوب و عمق کیورینگ ضعیف شده جلوگیری شود.

افزودن باریم یا استرانسیم به کامپوزیت‌ها رادیواپسیتی داده و این امر به تشخیص پوسیدگی‌های راجعه کمک می‌کند.

15- کدام گزینه در رابطه با Resin-matrix Ceramics درست نیست؟

- الف) در دهان مشکل Polymerization Shrinkage ندارند.
 ب) ضریب الاستیسیته پایینی نسبت به سرامیک های کانونشنال دارند.
 ج) سخنی بالاتری نسبت به سرامیک های کانونشنال دارند.
 د) مشکل عمق کیور رزین کامپوزیت ها را ندارند.

پاسخ گزینه ج - صفحه 136 کتاب مواد دندانپاریسه

خواص

معرفی ساختار سرامیکی رزین-ماتریکس برخی مفاهیم را برای خواص مواد به همراه دارد. این دسته در مقایسه با مواد سرامیکی معمولی، به طور کلی مقاومت خمشی بالاتری دارند و کمتر در معرض شکست ناشی از خستگی هستند. آنها مدول الاستیک کمتری نسبت به بسیاری از سرامیک‌های معمولی دارند که نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری بیشتری است (اگرچه آنها هنوز هم مواد سفت و سختس به حساب می‌آیند) و برخی مدول الاستیسیته مشابه یا نزدیک به عاج دارند. بیشتر سرامیک‌های رزین ماتریکس سختی کمتری نسبت به سرامیک‌های معمولی دارند که آسیب کمتری به دندان‌های مقابل وارد می‌کند، سایش مینا کاهش پیدا می‌کند و از سوی دیگر سایش بیشتری در ماده ی سرامیکی رزین ماتریکس اتفاق می‌افتد.

این مواد، به خصوص در مدل‌های با محتوای آلومینای بالا تا کنون از نظر زیبایی‌شناختی و ترنسلوسنسی ایده آل نبوده‌اند، اما به نظر می‌رسد نتایج سایر مواد در این دسته با داده‌های محدود موجود، رضایت‌بخش هستند. برخی از مطالعات آزمایشگاهی نگرانی‌هایی را در مورد ثبات رنگ این مواد ایجاد کرده‌اند، اما برخی دیگر این مورد را قابل قبول نشان داده‌اند.

نطاق سوالات درس مواد دندانپاریسه

16- بکارگیری روش قالبگیری دیجیتال در مقایسه با قالبگیری سنتی با الاستومرها؛ موجب

بهبود کدام ویژگی ترمیم‌های دندانپاریسه شده است؟

- الف) طول عمر ترمیم‌ها
 ب) کیفیت کانتکت ترمیم‌ها
 ج) انطباق (Fit) ترمیم‌ها
 د) اکلوزن

پاسخ گزینه الف - صفحه 71 کتاب مواد دندانپاریسه

نتایج بالینی

در دهه گذشته عملکرد رستوریشن‌ها تولید شده با سیستم‌های کدکم به طور چشمگیری بهبود یافته است. بهبود در تصویربرداری، نرم‌افزارهای طراحی، فناوری میلینگ و همچنین پیشرفت در مواد، همگی منجر به نتایج بالینی بهتر شده‌اند. همانند سایر پروسه‌های ترمیمی، انتخاب دقیق بیمار و توجه به طراحی مارجین و کنار زدن بافت‌ها، عوامل مهمی هستند.

نکته

در مطالعات اخیر بر روی رستوریشن‌های زیرکونیایی، قالب‌گیری دیجیتال در مقایسه با قالب‌های الاستومری منجر به کیفیت بهتر در تماس‌های اکلوزال، تطابق بهتر و اکلوزن بهتری شده است. قالب‌گیری دیجیتال معمولاً منجر به ۳۳٪ کاهش زمان تنظیم اکلوزن و نشست و همچنین تعداد کمتری تجدید کار در مقایسه با قالب‌های الاستومری می‌شود.

17- نقش فسفات سدیم در مواد قالبگیری آلزینات چیست؟

الف) ایجاد خواص نوری مناسب

ب) واکنش با آلزینات پتاسیم و تشکیل ژل آلزیناتی

ج) واکنش با یون‌های کلسیم و تاثیر بر Working time ماده قالبگیری

د) کنترل Flexibility ماده قالبگیری

پاسخ گزینه ج - صفحه 48 کتاب مواد دندان‌پارسه

نکته

قابلیت تشکیل ژل در آلزینات، عمدتاً به نسبت قطعات L-کلورونان وابسته است

در تصویر مقابل واکنش برا نمکی سدیمی به تصویر کشیده شده است حال آن که نمک پتاسیمی نیز به همین صورت می‌تواند واکنش دهد. در ترکیب پودر آلزینات کلسیم سولفات دی‌هیدرات، آلزینات انحلال پذیر و سدیم فسفات وجود دارد. با افزودن آب به پودر ترکیبات مطابق واکنش بالا حل شده و یون‌ها جدا می‌شوند. یون‌های کلسیم آزاد شده از کلسیم سولفات دی‌هیدرات به طور ترجیحی با یون‌های فسفات آزاد شده از سدیم فسفات و سدیم پیروفسفات واکنش داده و کلسیم فسفات نامحلول را تشکیل می‌دهند. به دلیل حلالیت پایین‌تر کلسیم فسفات این ترکیب بیشتر از کلسیم آلزینات ایجاد می‌شود و بدین ترتیب سدیم فسفات نقش تاخیردهنده (retarder) را ایفا کرده و زمان کارکرد (working time) را در مخلوط آلزینات ایجاد می‌کند.

پس از واکنش دادن تمامی یون‌های فسفات، یون‌های کلسیم با آلزینات انحلال پذیر واکنش داده و به همراه آب، ژل کلسیم آلزینات برگشت ناپذیر را تشکیل می‌دهند. کلسیم آلزینات در آب نامحلول بوده و تشکیل آن موجب تبدیل برگشت ناپذیر ماده مخلوط شده به ژل می‌شود.

18- کدام گزینه درباره سرامیک های فلدسپاتیک تقویت شده با لوسایت درست است؟

- (الف) ضخامت بیشتر لایه سایلن روی سرامیک موجب بهبود باند به رزین می شود.
- (ب) استفاده از اسید فسفریک به عنوان اچ کننده سطح سرامیک موجب بهبود باند به رزین می شود.
- (ج) استفاده از اسید هیدروفلوریک به عنوان اچ کننده سرامیک باعث انحلال بیشتر فاز لوسایت نسبت به فاز شیشه ای می شود.
- (د) Acidulate Phosphate Fluoride هم می تواند در مدت زمان برابر ، اثر اچ کننده، مشابه با اسید هیدروفلوریک داشته باشد.

پاسخ گزینه ج - کتاب مواد دندانی پارسه

[سوال نادرست است.]

نادرستی گزینه الف:

در شرایط ایده آل، یک تک لایه سایلن تنها چیزی است که برای تبدیل سطح سرامیکی از ظاهر OH-Si به ظاهر متاکریلات لازم است، در واقعیت، بیش از یک لایه قرار می گیرد. در واقع، آنچه تشکیل می شود، یک فاز میانی است که از لایه ای چندگانه از سایلن حاوی الیگومرهای زیادی تشکیل شده است که به خوبی به سطح سرامیکی یا رزین متصل نیستند. این می تواند پایداری هیدرولیتیک پیوند سرامیک-رزین را به خطر بیندازد.

✚ نادرستی گزینه ب:

اسید فسفریک به عنوان ماده اچ کننده بی اثر است، زیرا سرامیک کاملاً در برابر حمله این اسید مقاوم است

✚ نادرستی گزینه ج :

استفاده از اسید هیدروفلوئوریک بر روی سطح داخلی سرامیک، مانند فلدسپات تقویت شده با لوسیت، زبری سطح را حتی بیشتر افزایش می دهد که به دلیل حذف ترجیحی یکی از میان فاز لوسیت کریستالی یا فاز گلس است.

✚ نادرستی گزینه د:

از ژل های فسفات اسیدی فلوراید نیز می توان استفاده کرد، اما زمان اچینگ طولانی مدت لازم است. بنظر میرسد طراح با استناد به توضیح تصویر 3.5.6 (حذف ترجیحی فاز لوسایت) گزینه ج را به عنوان گزینه صحیح مدنظر داشته باشد

19- کدام عبارت درباره باندینگ های عاجی Self-etching درست است؟

- الف) اضافه کردن اسید فسفریک به محلول پرایمر موجب حذف مرحله اچینگ با اسید فسفریک شده است.
- ب) هرچه pH پرایمر سلف اچ کمتر باشد، کلسیم فسفات بیشتری تولید می شود که موجب بهبود استحکام باند می شود.
- ج) افزایش میزان اسیدی بودن پرایمر موجب کاهش دوام باند این باندینگ ها می شود.
- د) مدت زمان شستن کاندیشنر در این باندینگ ها تاثیر مستقیم بر روی استحکام باند به عاج دارد.

پاسخ گزینه ج - صفحه 111 کتاب مواد دندان پارسه



20- کدام گزینه اثر یون آلومینیوم را در سمان گلاس آیونومر بیان نمی کند؟

- الف) امکان رهایش یون فلوراید را فراهم می کند.
- ب) موجب تغییر رنگ و ترانسلوسنسی به مرور زمان می شود.
- ج) موجب افزایش سختی و استحکام می شود.
- د) موجب افزایش درجه Cross linking در سمان می شود.

پاسخ گزینه الف - صفحه 94 کتاب مواد دندان پارسه

سه ظرفیتی یون‌های آلومینیوم درجه بالایی از کراس لینک میان مولکول‌های پلیمری را تضمین می‌کند.

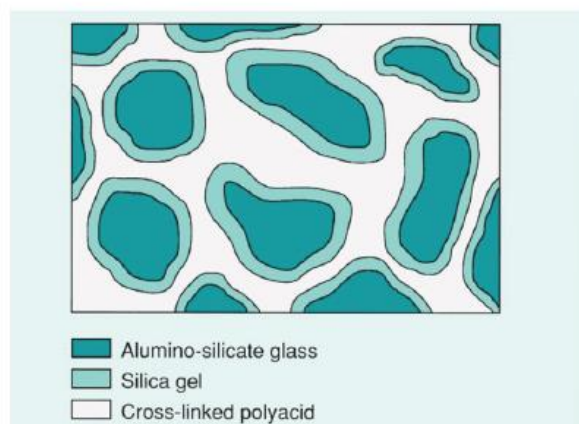


Figure 2.3.9 Hardening phase of the setting process.

تشکیل پل‌های نمکی آلومینیوم ادامه داشته و آب به سیلیکاژلی متصل می‌شود که اکنون هسته باقی‌مانده هر یک از ذرات گلاس را احاطه کرده است. تصور بر این است که تکمیل این کراس لینک آلومینیومی حدود ۲۴ ساعت طول کشیده و در این مدت نه تنها سختی و استحکام افزایش می‌یابد، بلکه ممکن است ترانس‌لوکس‌سی و رنگ سمان نیز تغییر کند. این بدان معنی است که تطابق رنگی همیشه فوراً ایجاد نشده و دندانپزشک بایستی برای انتخاب رنگ به راهنماهای بشید توجه داشته و در صورتی که ترمیم بلافاصله هم‌رنگ به نظر نرسید، بی‌جهت نگران نشود.

پیشگامان پارسه

رادیولوژی دهان فک و صورت

21- با کاهش Kvp تیوب اشعه ایکس کدامیک از نتایج زیر حاصل میشود؟

- الف) کاهش هر دو پدیده فتوالکتریک و کمیتون
- ب) افزایش پراکندگی کمینون و کاهش تداخل فتوالکتریک
- ج) افزایش هر دو پدیده فتوالکتریک و کمیتون
- د) افزایش تداخل فتوالکتریک و کاهش پراکندگی کمیتون

پاسخ گزینه ج

22- در تیوپ اشعه ایکس افزایش زاویه تارگت در آند نسبت به اشعه مرکزی دسته پرتو اشعه ایکس،

- کدامیک از نتایج زیر را به همراه دارد ؟
- الف) کاهش sharpness کاهش پخش گرما
- ب) کاهش sharpness بهبود پخش گرما
- ج) افزایش sharpness بهبود پخش گرما
- د) افزایش sharpness کاهش پخش گرما

پاسخ گزینه ب

23- بیشترین تابش دریافتی افراد در طول زندگی شامل کدامیک از انواع تشعشعات زیر میباشد؟

- الف) ذره آلفا
- ب) اشعه گاما
- ج) اشعه ایکس
- د) ذره بتا

پاسخ گزینه الف

24- در رابطه با اثرات قطعی و احتمالی اشعه ایکس کدام مورد زیر صحیح است؟

- الف) در اثرات احتمالی شدت علائم کلینیکی با میزان اشعه دریافتی رابطه مستقیم دارد.
 ب) سوختگی پوست ناشی از اشعه، جزو اثرات قطعی اشعه می باشد.
 ج) دوزهای تشخیصی اشعه میتوانند اثرات قطعی ایجاد کنند.
 د) استئورادیو نکرور از اثرات احتمالی اشعه می باشد.

پاسخ گزینه ب

25- در بیماری که نیاز به انجام چندین رادیوگرافی داخل دهانی دارد به منظور کاهش دوز دریافتی

بیمار کدام گیرنده تصویر را توصیه می کنید؟

الف) CMOS receptor

ب) CCD receptor

ج) PSP sensor

د) F-speed film

پاسخ گزینه ج

26- در تصویربرداری با ترکیب فیلم -صفحات تشدید کننده کدامیک از موارد زیر باعث افزایش

وضوح تصویر (sharpness) می شود؟

الف) اضافه کردن رنگ جاذب (absorbing dye) به امولسیون فیلم

ب) اضافه کردن لایه منعکس کننده (reflecting layer) به بیس در صفحات تشدید کننده

ج) اضافه کردن رنگ حساس کننده (sensitizing dye) به صفحات تشدید کننده

د) استفاده از لایه فسفر ضخیم تر و کریستال های فسفر با سایز بزرگ

پاسخ گزینه الف

۲۷- کاهش سائز فوکال تراف (لایه تصویر) در تصویربرداری پانورامیک کودکان از طریق منجر به می گردد.

- الف) تغییر زاویه پرتو - کاهش اورلپ
 ب) تغییر زاویه تیوب - کاهش اکسپوژر
 ج) کاهش مسیر چرخش تیوب - کاهش اورلپ
 د) کاهش مسیر چرخش تیوب - کاهش اکسپوژر

پاسخ گزینه د

۲۸- راموس و دندان های قدامی، معمولاً چه نوع تصویری در رادیوگرافی پانورامیک ایجاد می کنند؟

الف) راموس: single real - دندان های قدامی: ghost, single real
 ب) راموس: ghost, double real - دندان های قدامی: ghost, single real
 ج) راموس: ghost, single real - دندان های قدامی: single real
 د) راموس: double real - دندان های قدامی: single real

پاسخ گزینه ج

۲۹- بیمار ۳۵ ساله با شکایت درد و سابقه تروما در ناحیه پرمولرهای مندیبل مراجعه کرده است. در کلیشه پانورامیک، شواهدی از شکستگی در ناحیه، مشهود نمی باشد. تکنیک پیشنهادی برای بررسی وجود شکستگی احتمالی در ناحیه مورد نظر چیست؟

- الف) Posterior - Anterior mandible
 ب) Mandibular occlusal
 ج) Lateral cephalometry
 د) Reverse townes

پاسخ گزینه ب

۳۰- بیمار ۱۵ ساله پس از زمین خوردن، دچار محدودیت در باز کردن دهان شده است. در کلیشه پانورامیک، ناپیوستگی در حاشیه گردن کندیل چپ مشاهده می‌شود. تکنیک تصویر برداری مکمل برای ارزیابی الگوی جابه جایی احتمالی در سر کندیل کدام است؟

الف (Reverse towne

ب) Lateral oblique ramus

ج) Posterior- Anterior skull

د) Waters view

پاسخ گزینه الف

۳۱- در کلیشه پری اپیکال قدام ماگزینا در قسمت میانی و بالای کلیشه، رادیو اپسیتی V-shaped مشاهده می‌شود. این نما مربوط به کدام ساختار آناتومیک است؟

الف) کانال اینسایزیو

ب) فورامن اینسایزیو

ج) کف حفره بینی

د) خار قدامی بینی

پاسخ گزینه د

۳۲- در تصویربرداری پری اپیکال از ناحیه مولر اول ماگزینا جهت برطرف کردن سوپر ایمپوزیشن زائده و استخوان زایگوما از روی ایکس دندانهای مولر، پیشنهاد شما برای رادیوگرافی دوم چیست؟

الف) شیفت دیستالی تیوب با افزایش زاویه عمودی

ب) شیفت مزایالی تیوب با کاهش زاویه عمودی

ج) شیفت دیستالی تیوب با کاهش زاویه عمودی

د) شیفت مزبانی تیوب با افزایش زاویه عمودی

پاسخ گزینه ب

۳۳- نماهای رادیوگرافیک «حصار چوبی (Picket fence)» و «کلاه برفی (Snow cap)» مربوط به کدامیک از انواع آملوژنز ایمپرفکتا می باشند؟ (به ترتیب از راست به چپ)

الف) هایپو کلسیفاید، هایپو مچور

ب) هایپوپلاستیک، هایپو کلسیفاید

ج) هایپوپلاستیک، هایپو مچور

د) هایپو کلسیفاید، هایپوپلاستیک

پاسخ گزینه ج

۳۴- برای بررسی موقعیت دقیق CEJ نسبت به کرسر استخوان آلوئول در مولرهای ماگزیلای فردی با کام کم عمق کدام تکنیک انتخاب بهتری است؟

الف) پری اپیکال موازی

ب) پانورامیک

ج) بایت وینگ

د) پری اپیکال نمیساز

پاسخ گزینه ج

۳۵- در افتراق رادیوگرافیک کیست دنتی ژروس از ادونتوژنیک کراتوکیست، کدام فاکتور زیر از اهمیت کمتری برخوردار است؟

الف) میزان گسترش با کو- لینگوالی

ب) نمای داخلی ضایعه

ج) میزان تحلیل ریشه

د) ارتباط با CEJ

پاسخ گزینه ب

۳۶- کدامیک از نماهای رادیوگرافیک زیر برای Simple bone cyst بسیار اختصاصی (highly characteristic) می باشد؟

- الف) عدم تاثیر بر روی کورتکس فولیکول دندان
- ب) عدم وجود اکسپنشن استخوانی در مندیبل
- ج) عدم جابه جایی دندان ها و تحلیل ریشه
- د) از دست رفتن حدود کورتیکال کانال مندیبولار

پاسخ گزینه الف

۳۷- ترابکول های ویسپی و نمای گرانولار استخوانی در کدام ضایعات زیر مشاهده می شوند؟

- الف) سنترال ژانت سل گرانولوم - کیست انوريسمال استخوانی
- ب) املوبلاستوما - سنترال ژانت سل گرانولوم
- ج) امنوبلاستوما - کیست انوريسمال استخوانی
- د) ادنتوژنیک میگزوما - سنترال ژانت سل گرانولوم

پاسخ گزینه الف

38- در کلیشه رادیوگرافی بیماری ۳۷ ساله با سابقه کم خونی و فلج عصب فاسیال، افزایش دانسیته استخوانی مشاهده می شود. محتمل ترین تشخیص کدام است؟

- الف) پازه
- ب) ادنوکارسینوم
- ج) استئوپتروز
- د) استئومیلیت اسکروزه منتشر

پاسخ گزینه ج

39- خانم ۲۷ ساله با تورم سخت استخوانی، بدون درد در خلف مندیبل سمت راست مراجعه کرده است. در کلیشه پانورامیک وی ضایعه mixed به ابعاد $2/5 \times 2$ سانتیمتر با حدود مشخص و اسکروزه همراه با جابجایی و تحلیل ریشه دندان های مجاور مشاهده می شود. محتمل ترین تشخیص چیست؟

الف) Fibrous dysplasia

ب) Cemento-ossifying fibroma

ج) Cementoblastoma

د) Pindborg tumor

پاسخ گزینه ب

40- در تصاویر CT خانمی ۵۰ ساله ، علائم رادیوگرافیک انسداد استئوم سینوس ماگزیلاری به همراه کاهش سایز سینوس و علائم کلینیکی انوفتالموس و هایپوگلوب مشاهده می شود. محتمل ترین تشخیص کدام است؟

الف) Silent sinus syndrome

ب) Orbital blowout fracture

ج) Fibrous dysplasia

د) Mucocele/Mucopyocele

پاسخ گزینه الف

دندانپزشکی کودکان (دکتر خشایار سنجری)

41. در مصاحبه با نوجوانی ۱۶ ساله متوجه میشوید که او به تازگی دو چرخه خود را که به آن خیلی علاقه داشته به دوست خود بخشیده است همچنین به پدر خود گفته است که دیگر برای او مشکلی ایجاد نخواهد کرد. کدام گزینه در مورد اختلال کودک به درستی بیان شده است؟
- الف) علائم او شبیه افسردگی با احتمال کم خودکشی است.
- ب) این علائم از الگوی خاصی پیروی نمی کند.
- ج) احتمال بروز مشکل در این فرد بیش از یک فرد با همین یافته ها در سن ۱۲ سالگی است.
- د) نیازی به بررسی و معاینه دوره ای روانشناسی نمی باشد.

پاسخ گزینه ج - فصل 1 صفحه 18 کتاب دندانپزشکی کودکان

تمایل به خودکشی در کودکان و نوجوانان

هنگام معاینه کودک، دندانپزشک کودکان باید نسبت به علائم و نشانه‌های تمایل به خودکشی آگاه باشد. هزاران نوجوان در هر سال اقدام به خودکشی می کنند. خودکشی ششمین علت مرگ در (14-5) ساله‌ها و سومین علت مرگ در ۲۴-۱۵ ساله‌ها می باشد. گرایش به خودکشی از یک الگو زمینه پیروی می کند که می تواند توسط فرد حرفه‌ای هوشیار یا والدین فرد کشف شود. احساس افسردگی و خودکشی اختلالات روانی قابل درمان هستند. بسیاری از علائم و نشانه‌های احساس خودکشی شبیه افسردگی است. والدین باید از علائم زیر در نوجوانی که ممکن است اقدام به خودکشی کند آگاه باشند:

- تغییر در عادات خوردن و خوابیدن
- دوری گزیدن از دوستان، خانواده و فعالیت‌های معمول
- اقدامات خشونت آمیز، رفتار سرکشانه یا فرار از خانه
- مصرف مواد و الکل
- بی توجهی غیر عادی نسبت به ظاهر خود
- تغییرات شخصیتی واضح
- خستگی مداوم، ناتوانی در تمرکز، کاهش در کیفیت انجام تکالیف مدرسه
- شکایت مکرر در مورد نشانه‌های جسمانی که اغلب احساسی هستند مانند معده درد، سردرد یا خستگی
- از دست دادن علاقه به فعالیت‌های لذت بخش
- عدم تحمل تمجید و پاداش

42. تابش زمینه‌های معادل در یک رادیوگرافی پانورامیک حداکثر می‌تواند معادل چند رادیوگرافی بایت وینگ خلفی با فیلم و کولیماتور چهارگوش باشد؟

الف) ۱۵

ب) ۹

ج) ۵

د) ۳

پاسخ گزینه ج فصل 2 صفحه 30 کتاب دندان پزشکی کودکان پارسه

TABLE 2.5 Effective Dose from Diagnostic Radiology and Equivalent Background

Examination	Effective dose (mSv)	Equivalent background radiation (days)
INTRAORAL		
Posterior BW (F-speed) (rectangular collimation)	0.005	0.6
FMX (rectangular collimation)	0.035	4
FMX (round collimation)	0.171	21
EXTRAORAL		
Panoramic	0.006–0.026	1–3
Cephalometric	0.002–0.066	0.5–1
CBCT I-CAT® (extended view: 16 × 13 cm) 10 y.o.	0.134	13
CBCT Accuitomo® 170 (small view: <40 cm ²) 10 y.o.	0.028	2.8
CBCT Kodak 9000 3D (small view: <40cm ²) 10 y.o.	0.016	1.6
CBCT I-CAT® Next generation (medium view) 10. y.o	0.063	6.3
CT Head	2	243

تطابق سوالات دندان پزشکی کودکان پارسه

43. گزینه صحیح در مورد کودکانی که دوز بالایی از اشعه را برای پرتو درمانی دریافت میکنند کدام است ؟

- الف) علت ایجاد پوسیدگی شدید کاهش یا از بین رفتن عملکرد غدد بزاقی فرعی است.
 ب) احتمال آسیب به مینای در حال تشکیل کمتر است.
 ج) ادنتوبلاستها در برابر اشعه نسبتا مقاوم هستند.
 د) مقاومت تشکیل ریشه ها در برابر اشعه مشابه مینا است.

پاسخ گزینه ب فصل 3 صفحه 49 و 50 کتاب دندانپزشکی کودکان پارسه

تطابق سوالات دندانپزشکی کودکان پارسه

کودکانی که دوز بالایی از رادیوتراپی برای درمان بدخیمی دریافت می‌کنند، در معرض ریسک ایجاد پوسیدگی‌های rampant در مناطق تحت رادیاسیون هستند. علت اصلی این موضوع کاهش یا از بین رفتن عملکرد غدد بزاقی اصلی است.

۴۹

اصول دندانپزشکی کودکان (مک‌دونالد ۲۰۲۱)

آملوبلاست‌ها تا حدودی در برابر اشعه X مقاوم هستند. با این وجود، خطی از مینای هایپوپلاستیک که مرتبط با مرحله‌ی تکاملی در زمان درمان بدخیمی است، ممکن است مشاهده شود. رادیوتراپی اثر شدیدتری بر تکامل عاج داشته و تشکیل ریشه متوقف (stunted) خواهد شد. گاها تکامل دندان دائمی نیز متوقف خواهد شد.

44. در بازسازی کدام دندان مولر شیری دندانپزشک باید کاسپ های تقریبا برابر باکالی و لینگوالی ایجاد کند؟

- الف) مولر اول پایین
 ب) مولر دوم پایین
 ج) مولر اول بالا
 د) مولر دوم بالا

پاسخ گزینه ب فصل 3 صفحه 49 و 50 کتاب دندانپزشکی کودکان پارسه

مولر دوم مندیبل

این دندان شبیه مولر اول دائمی مندیبل است، به جز اینکه در تمام ابعاد کوچکتر از آن است. در سطح باکال، دارای سه کاسپ است که به واسطه شیارهای تکاملی میزوباکال و دیستوباکال از یکدیگر مجزا شده‌اند. این کاسپ‌ها تقریبا هم اندازه هستند. دو کاسپ تقریبا هم اندازه در سطح لینگووال وجود دارند که با یک شیار لینگوالی کوتاه جدا شده‌اند.

45. بر اساس نتایج مطالعه Lang استفاده از کدام ماده شیمیایی کنترل پلاک موجب بیشترین میزان رنگ

دهی می شود؟

0.12% Chlorhexidine (الف)

Listerine (ب)

0.075 Cetylpyridinium chloride (ç

Sanguinarine(Δ

پاسخ گزینہ ج فصل 5 صفحہ 80 کتاب دندانپزشکی کودکان پارسہ



46. کدامیک از تظاهرات زیر هم در کمبود آهن و هم در کمبود ویتامین B12 ذکر شده است؟

Angular cheilitis، خستگي، گيجي، الف)

(ب) رنگ یریدگی، خستگی، گلو سیت آتروفیک

(ج) رنگ پریدگی، گیجی، گلو سیت آتروفیک

Angular cheilitis ، گيجی رنگ پريدگی،

پاسخ گزینہ ب فصل 6 صفحہ 94 و 96 کتاب دندانپزشکی کودکان پارسہ

ویتامین B12:

به علت وجود کبالت در مولکول آن تنها ویتامین حاوی مواد معدنی است.
نقش: برای ساخت گلبول قرمز و سنتز میلین در دستگاه عصبی ضروری است.
افراد مستعد: گیاه‌خواران مطلق (زیرا تنها در منابع حیوانی یافت می‌شود)، افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی (anorexia nervosa) و بولیما.
همچنین کمبود مزمن ویتامین B12 می‌تواند در نتیجه کمبود آن در رژیم غذایی یا واکنش خودایمنی که منجر به عدم تولید فاکتور داخلی (پروتئین معده لازم جهت جذب B12) ایجاد شود.

در دو بیمار تغذیه شده با شیر مادران گیاه‌خوار، نقایص عصبی ناشی از کمبود ویتامین B12 گزارش شد. در یکی از کودکان، بعد از تشخیص در ۱۵ ماهگی درمان با ویتامین آغاز شد. در سن ۲۸ ماهگی، سطح مهارت تکاملی کودک در محدوده ۹ ماه برای حرکت‌های ظریف تا ۱۸ ماه برای حرکت‌های عمده قرار داشت و تکامل زبانی در حد ۱۰ ماهگی بود.

پیشگیری: غذاهای غنی شده مانند غلات، آلانوک‌های گوشت، نوشیدنی‌های سویا یا برنج و مخمرهای تغذیه‌ای می‌تواند منابع قابل اعتماد و متداولی باشند.

تظاهرات کلینیکی:

۱. آنمی ویتامین B12: فقدان فاکتور داخلی می‌تواند منجر به آنمی پرنیشوز per-nicious anemia گردد که با سلول‌های خونی نابالغ بزرگ مشخص می‌شود.
 ۲. سایر علائم شامل: رنگ پریدگی، سرگیجه (dizziness)، خستگی، کاهش وزن، گیجی (confusion)، فشار خون پایین‌تر و دژنراسیون اعصاب محیطی
- تظاهرات دهانی: درد بافت‌های نرم و گلوستیت آتروفیک

آهن:

نقش اصلی: تامین پایدار اکسیژن مورد نیاز سلول‌ها (ساختار هموگلوبین خون و میوگلوبین عضلات)
کوفاکتور واکنش‌های آنزیمی
فانکشن سیستم ایمنی

کمبود آهن بدون آنمی با توانایی شناختی ضعیف و موفقیت‌های تحصیلی اندک در کودکان و نوجوانان همراه است.

بنظر می‌رسد کمبود آهن در اوایل زندگی با مشکلات رفتاری در نوزادانی که امتیاز بسیار پایین‌تری در آزمون‌های سنجش عملکرد ذهنی و حرکتی کسب کرده‌اند مرتبط است.

علائم آنمی کمبود آهن: ضعف، خستگی، رنگ پریدگی (pallor)، بی‌حسی و گزگز انتهای اندام‌ها (extremities) می‌باشد.

تظاهرات دهانی: گلوستیت و شیارهای گوشه دهان (angular cheilitis)، آتروفی پایی‌های زبان (سطح براق و قرمز)، رنگ پریدگی مخاط و لب‌ها و ریسک بالای عفونت کاندیدیازیس

47. برای کودکی ۵/۲ ساله که همه دندانهای پیشین فک بالای او بعلاوه ۴ دندان مولر اول وی دچار پوسیدگی

بدون علامت هستند کدام روش درمانی انتخاب میشود؟

- الف) کاربرد دی آمین فلوراید نقره در یک جلسه
ب) کاربرد دی آمین فلوراید نقره در دو جلسه و به فاصله دو هفته
ج) برداشت پوسیدگی فعال و سپس کاربرد دی آمین فلوراید نقره در یک جلسه
د) برداشت پوسیدگیهای نرم و سپس کاربرد دی آمین فلوراید نقره در دو هفته بعدی

پاسخ گزینه ب فصل 7 صفحه 115 باکس نکته قرمز کتاب دندانپزشکی کودکان پارسه

نکته

برای کاهش خطر مسمومیت با نقره در کودکان چه باید کرد؟ توصیه می‌شود بیش از ۵ دندان را در هر جلسه (در مجموع با میزان فقط یک قطره) درمان نکنند.
اگر بیش از ۵ دندان نیاز به SDF داشته باشند چه باید کرد؟ برای به حداقل رساندن اکسپوزر به یون نقره، یک جلسه مجدد برای ۲ هفته بعد پیشنهاد می‌شود.

48. تکمیل ریشه کدامیک از دندانهای زیر دیرتر رخ می دهد؟

الف) ۶۳

ب) ۵۱

ج) ۸۲

د) ۷۴

پاسخ گزینه الف فصل 14 صفحه 194 کتاب دندانپزشکی کودکان

جدول ۱-۴-۱: ترتیب زمانی تکمیل دندانین انسان					
دندان	شروع تشکیل نسج سخت	میزان مینای تشکیل شده در زمان تولد	تکمیل مینا	رویش	تکمیل ریشه
دندانشین شیری					
ماکزایلا					
سانترال	۲ ماهگی جنینی	پنج حشیم	۱ ۱/۲ ماهگی	۷ ۱/۲ ماهگی	۱ ۱/۲ سالگی
انترال	۲ ۱/۲ ماهگی جنینی	دو سوم	۲ ۱/۲ ماهگی	۹ ماهگی	۲ سالگی
کانین	۵ ماهگی جنینی	یک-سوم	۹ ماهگی	۱۸ ماهگی	۳ ۱/۲ سالگی
موثر اول	۵ ماهگی جنینی	کاسپ‌ها به هم پیوسته و متصل هستند	۶ ماهگی	۱۲ ماهگی	۲ ۱/۲ سالگی
موثر دوم	۶ ماهگی جنینی	هتوز راس کاسپ‌ها از هم جدا هستند	۱۱ ماهگی	۲۴ ماهگی	۳ سالگی
مندبیل					
سانترال	۲ ۱/۲ ماهگی جنینی	سه-چشم	۲ ۱/۲ ماهگی	۶ ماهگی	۱ ۱/۲ سالگی
انترال	۲ ۱/۲ ماهگی جنینی	سه-چشم	۳ ماهگی	۷ ماهگی	۱ ۱/۲ سالگی
کانین	۵ ماهگی جنینی	یک-سوم	۹ ماهگی	۱۶ ماهگی	۳ ۱/۲ سالگی
موثر اول	۵ ماهگی جنینی	کاسپ‌ها به هم پیوسته اند	۵ ۱/۲ ماهگی	۱۲ ماهگی	۲ ۱/۲ سالگی
موثر دوم	۶ ماهگی جنینی	هتوز راس کاسپ‌ها از هم جدا هستند	۱۰ ماهگی	۲۰ ماهگی	۳ سالگی
دندانشین دائمی					
ماکزایلا					
سانترال	۳-۴ ماهگی		۲-۵ سالگی	۷-۸ سالگی	۱۰ سالگی
انترال	۱۰-۱۲ ماهگی		۲-۵ سالگی	۸-۹ سالگی	۱۱ سالگی
کانین	۲-۵ ماهگی		۶-۷ سالگی	۱۱-۱۲ سالگی	۱۳-۱۵ سالگی
پرموثر اول	۱ ۱/۲- ۱ ۳/۴ سالگی		۵-۶ سالگی	۱۰-۱۱ سالگی	۱۳-۱۴ سالگی
پرموثر دوم	۲-۲ ۱/۴ سالگی		۶-۷ سالگی	۱۰-۱۲ سالگی	۱۴-۱۶ سالگی
موثر اول	در زمان تولد	بعضی مواقع مقدار ناچیزی وجود دارد	۲ ۱/۲ - ۳ سالگی	۶-۷ سالگی	۹-۱۰ سالگی
موثر دوم	۲ ۱/۲ - ۳ سالگی		۷-۸ سالگی	۱۲-۱۳ سالگی	۱۴-۱۶ سالگی
موثر سوم	۷-۹ سالگی		۱۲-۱۶ سالگی	۱۷-۲۱ سالگی	۱۸-۲۵ سالگی
مندبیل					
سانترال	۳-۴ ماهگی		۲-۵ سالگی	۶-۷ سالگی	۹ سالگی
انترال	۳-۴ ماهگی		۲-۵ سالگی	۷-۸ سالگی	۱۰ سالگی
کانین	۲-۵ ماهگی		۶-۷ سالگی	۹-۱۰ سالگی	۱۳-۱۴ سالگی
پرموثر اول	۱ ۳/۴ - ۲ سالگی		۵-۶ سالگی	۱۰-۱۲ سالگی	۱۳-۱۴ سالگی
پرموثر دوم	۲ ۱/۴ - ۲ ۱/۲ سالگی		۶-۷ سالگی	۱۱-۱۲ سالگی	۱۴-۱۶ سالگی
موثر اول	در زمان تولد	بعضی مواقع مقدار ناچیزی وجود دارد	۲ ۱/۲ - ۳ سالگی	۶-۷ سالگی	۹-۱۰ سالگی
موثر دوم	۲ ۱/۲ - ۳ سالگی		۷-۸ سالگی	۱۱-۱۳ سالگی	۱۴-۱۵ سالگی
موثر سوم	۸-۱۰ سالگی		۱۲-۱۶ سالگی	۱۷-۲۱ سالگی	۱۸-۲۵ سالگی

تطابق سوالات دندانپزشکی کودکان پارسه

49. تاثیر تکنیک رزین اینفیلتریشن در جلوگیری از پیشرفت ضایعات اولیه پوسیدگی در مقایسه با وارنیش

سه فلوراید و سیلانت به ترتیب از راست به چپ چگونه است؟

الف) بیشتر برابر

ب) برابر بیشتر

ج) کمتر برابر

د) برابر کمتر

پاسخ گزینه الف فصل 9 صفحه 129 کتاب دندان پزشکی کودکان پارسه

نکات مطالعات:

۱. در یک مطالعه بالینی یکساله بر روی ۴۲ کودک (با متوسط سنی ۱۷/۷ سال) رزین اینفیلتره و وارنیش سدیم فلوراید ۵٪ بر روی دو ضایعه زیرسطحی مینایی قرار داده شد. بعد از یک سال، ۳۱٪ ضایعات درمان شده با رزین اینفیلتره در مقایسه با ۶۷٪ ضایعات درمان شده با وارنیش سدیم فلوراید ۵٪ پیشرفت کرده بودند. (تقریباً تاثیر رزین اینفیلتره در جلوگیری از پیشرفت ضایعه ۲ برابر بهتر از وارنیش بود)
۲. در مطالعه بالینی دیگر با ۲۲ بیمار بزرگسال، ۲۹ جفت ضایعه که در محدوده ۱/۲ داخلی مینا تا ۱/۳ خارجی عاج قرار داشتند یا درمان رزین اینفیلتره بر روی آن‌ها انجام شد یا تحت هیچ درمانی قرار نگرفتند. بعد از ۳ سال ۴٪ ضایعات درمان شده با رزین اینفیلتره و ۴۲٪ ضایعاتی که درمانی دریافت نکرده بودند پیشرفت کردند. (تقریباً تاثیر رزین اینفیلتره در جلوگیری از پیشرفت ضایعه ۱۰ برابر بهتر از هیچ درمانی انجام ندادن بود).
۳. در کارآزمایی بالینی دیگر بر روی ۳۹ بیمار بزرگسال دارای ۳ ضایعه پروگزیمال در ۱/۳ خارجی عاج، ضایعات تحت درمان رزین اینفیلتره یا سیلانت قرار گرفته و یک ضایعه هم درمان نشده باقی ماند (گروه کنترل). بعد از ۳ سال تفاوت معناداری در پیشرفت ضایعات درمان شده با رزین اینفیلتره یا سیلانت دیده نشد، و هر دو درمان رزین اینفیلتره و سیلانت نسبت به گروه کنترل در جلوگیری از پیشرفت ضایعات به صورت معناداری بهتر عمل کردند.

تطابق سوالات دندان پزشکی کودکان پارسه

50. کدامیک از روشهای درمانی زیر یک biologic approach برای درمان پالپ می باشد؟

الف) Indirect Pulp Cap با ماده MTA

ب) Direct Pulp Cap با ماده Biodentin

ج) Shallow Pulpotomy با ماده MTA

د) Cervical Pulpotomy با ماده Biodental

پاسخ گزینه الف فصل 10 صفحه 139 کتاب دندان پزشکی کودکان پارسه

نکته نتایج مرور سیستماتیک و متاآنالیز (۲۰۱۷) Coll در مورد وایتال پالپ تراپی مولر شیری:

۱. درمان غیرمستقیم پالپ نسبت به پالپوتومی، برداشت بافت کمتری دارد. پالپ را اکسپوز یا تخریب نمی‌کند. یک رویکرد بیولوژیک در پالپ تراپی است و به همان اندازه یا بیشتر با موفقیت همراه است.

۲. انتخاب لاینر در پوشش غیر مستقیم پالپ یا ماده مورد استفاده در پوشش مستقیم پالپ بر موفقیت این دو روش تاثیر ندارد.

51. کدامیک از موارد زیر مکانیسم عمل اصلی Docosanol در درمان هریس لبیال است؟

- (الف) مهار تکثیر ویروس هریس سیمپلکس
(ب) جلوگیری از ورود ویروس به غشای سلول میزبان
(ج) تخریب پوشش لیپیدی ویروس
(د) تحریک بازسازی و epithelialization مخاط

پاسخ گزینه ب فصل 11 صفحه 154 کتاب دندانپزشکی کودکان

• دوکوزانول (Abreva):

۱. یک عامل ضدویروس تایید شده برای درمان و مدیریت هریس لبیال
۲. دوکوزانول از اتصال پوشش ویروس HSV-1 به غشا سلول میزبان جلوگیری می‌کند و مانع ورود ویروس به داخل سلول می‌شود برخلاف ضدویروس‌های سیستمیک که رونویسی ویروس را تحت تاثیر قرار می‌دهد.
۳. برای ضایعات هرپتیک داخل دهان اندیکاسیون ندارد.
۴. ایمنی و اثرگذاری آن روی کودکان زیر ۱۲ سال هنوز ثابت نشده است.

پیشگامان پارسه

52. کودکی ۱۰ ساله تحت شیمی درمانی، با درد شدید لثه، خونریزی خودبخودی و سیالوره مراجعه می‌کند. در معاینه نکروز و از بین رفتن پاپیلاهای بین دندانی مشاهده میشود اولین و فوری ترین اقدام درمانی در مطب چیست؟

الف) تجویز آنتی بیوتیک سیستمیک

ب) تجویز آنتی بیوتیک سیستمیک و دهانشو به اکسید کننده خفیف

ج) دبریدمان ناحیه و تجویز دهانشویه اکسید کننده خفیف

د) تجویز دهانشویه اکسید کننده خفیف

پاسخ گزینه ج فصل 12 صفحه 173 کتاب دندانپزشکی کودکان

تزریق باید بالای آن صورت گیرد. سوزن به سمت بالا و دیستال ورود کند و ماده بی‌حسی بالای اپکس دندان‌ها تزریق می‌شود. سوزن حدود ۲ سانتی‌متر با جهت خلفی فوقانی جلو می‌رود و نزدیک به استخوان قرار می‌گیرد به صورتی که bevel آن به سمت استخوان باشد..

** برای بی‌حس کردن کامل دندان ۶ در درمان‌های ترمیمی، تزریق سوپر اپروستال با ورود سوزن در موکوباکال فولد و تزریق محلول بی‌حسی در اپکس ریشه میزوباکال مولر انجام می‌شود.

پیش از درمان ترمیمی مولرهای شیری و پره‌مولرهای ماگزینا، باید بافت‌های باکال را با روش مناسب بی‌حس کرد. اگر کلامپ را بر دم به بافت ناحیه گامی تجاوز می‌کند، تزریق یک یا دو قطره از ماده بی‌حسی در بافت لبه آزاد لثه سمت لینگوآل دندانی که کلامپ گذاشته می‌شود، شدت ناراحتی را کم می‌کند و با درد کمتری نسبت به تزریق واقعی گامی بزرگ (قدامی) همراه است.

** تزریق گامی بزرگ (greater palatine) در چه صورتی توصیه می‌شود؟ وقتی نیاز به اکسترکشن مولرهای شیری یا پره‌مولر ماگزینا باشد یا جراحی بافت کام نیاز باشد.

53. پس از کاربرد کلامپ برای دندان مولر اول دائمی در فک بالا در کدام مورد زیر ممکن است بیمار اظهار ناراحتی کند؟

الف) تزریق انفیلتره ارتیکائین در یک ناحیه

ب) تزریق الفیلتره لیدوکائین در دو ناحیه

ج) تزریق پلاک لیدوکائین شاخه آلوئولار خلفی

د) تزریق اتفیلتره آرتیکائین در دو ناحیه

نوزیویت نکروز دهنده (Necrotizing Gingivitis):

عبارت اولسراتیو از نام بیماری حذف شد به این علت که در بیماری پریودنتال نکروزان، زخم ثانویه به نکروز اتفاق می‌افتد.

بیماری نادر است اما در کودکان ۶-۱۲ ساله، بالغین جوان دارای نقص سیستم ایمنی، افراد تحت استرس روانی مزمن، افراد دارای سوء تغذیه شدید ممکن است مشاهده شود.

NG با بیماری شدیدتر پریودنتیت نکروزان (NP) متفاوت است.

NG فقط بافت‌های لثه را درگیر می‌کند.

NP هم بافت لثه و هم بافت سخت زیرین را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

علامت مشخصه (hallmark) یا لینی NG: نکروز پاپیلاهی بین دندانها، خونریزی خودبخودی لثه و وجود غشا کاذب نکروتیک پوشاننده بافت مارچینال

سایر علائم بیماری: کم اشتها، تب تا حد 40°C (104°F)، ضعف عمومی، درگیری گره‌های لنفاوی ناحیه، بوی بد دهان و سیالوره در کودکان

میکروارگانیزم‌های غالب در میکروفلور ضایعات NG: پروتلا اینترمدیا، فوزوباکتریوم، تریونما و سلنوموناس

• مداخله درمانی:

بیماری معمولاً در ۲۴ تا ۴۸ ساعت اول به دیردما بالا و زیر لثه و کاربرد محلول‌های اکسید کننده ملایم پاسخ می‌دهد.

اگر بافت‌های لثه‌ای در جلسه اول بصورت حاد و گسترده ملتهب باشد:

پاسخ گزینه ج فصل 11 صفحه 155 کتاب دندانپزشکی کودکان

54. در حین درمان کودک مضطرب این امکان به کودک داده میشود تا با بلند کردن دست خود، دندانپزشک

را آگاه کند که به مکث مختصری نیاز دارد این روش در کدام گزینه ارتباط با کودک بیان شده است؟

الف) Problem Ownership

ب) Appropriate Response

ج) Establish of Communication

د) Enhancing Control

پاسخ گزینه د فصل 13 صفحه 190 کتاب دندانپزشکی کودکان پارسه

تقویت کنترل (Enhancing Control)

تقویت کنترل بر نحوه تجربه بیمار از وضعیت تأثیر می‌گذارد.

اجازه دادن به کودک مضطرب که تا حدی احساس کنترل در حین انجام درمان داشته باشد، ممکن است کمک کند تا از اضطراب و رفتارهای از هم گسیخته پیشگیری شود. این روش به بیمار اجازه می‌دهد با استفاده از یک سیگنال توقف از پیش تعیین شده (به عنوان مثال، یک بلند کردن دست) به دندانپزشک اطلاع دهد که قبل از ادامه کار، به کمی توقف نیاز دارد. سیگنال باید تمرین شده باشد و دندانپزشک باید در واکنش به استفاده از آن سریع عمل کند.

استفاده از این روش باعث کاهش درد در هنگام تزریق و مراقبت‌های معمول دندانپزشکی می‌شود.

اگر این تکنیک، خیلی زود در سلسله مراتب ترس معرفی شود، ممکن است اضطراب را افزایش دهد و دلالت بر این دارد که کودک باید نگران درمان قریب الوقوع باشد.

55. گزینه صحیح در مورد ویژگی غضروفهای سر و صورت کدام است؟

- الف) غضروفهای اولیه سر و صورت مشابه غضروف کندیل میباشد.
- ب) غضروفهای اولیه سر و صورت نوان تاثیر مستقیم بر الگوی رشد صورت ندارند.
- ج) غضروف کندیلها یک مرکز رشدی با توان هدایت کنندگی هستند.
- د) غضروفهای اولیه سر و صورت مشابه صفحه رشدی غضروفی استخوانهای درازا

غضروف اولیه:

• توانایی رشد *interstitial* دارد، فشار را تحمل می‌کند، غیر کلسیفیه، انعطاف پذیر و فاقد عروق است و برای بقا نیازی به غشا پوشاننده تغذیه‌ای ندارد. غضروف اولیه در سر و صورت مشابه صفحه رشدی غضروفی استخوان‌های دراز است. غضروف اولیه تحت تاثیر ژنتیک است در طول دوران رشد به عنوان یک بافت خودمختار عمل می‌کند و توانایی تاثیر مستقیم بر الگوی کرانیوفاسیال دارد.

- **چین هفته پنجم** جنینی: ظاهر شدن غضروف اولیه ابتدا در سر
- **هفته هشتم** جنینی: ظاهر شدن توده غضروفی کندروکرانیوم (پیش‌سازی برای تشکیل بیس کرانیال و ساختارهای بینی و گوش در بزرگسالان)

در **اواسط کودکی**، عمده غضروف اولیه با استخوان طی فرایندی به نام استخوانسازي داخل غضروفی (*endochondral bone formation*) جایگزین می‌شود. تاثیر کلی هدایت کنندگی رشد غضروف اولیه بر تغییر الگوی کرانیوفاسیال در اوایل زندگی، بیشترین است. هنگام تولد، غضروف بخش اصلی تیغه بینی و بیس کرانیال را تشکیل می‌دهد. احتمالا *interstitial expansion* غضروف اولیه از طریق لیگامان *septopremaxillary* تاثیر مستقیم بر موقعیت ماگزایلا دارد. به احتمال زیاد ماگزایلا طی نوزادی و اوایل کودکی به سمت پایین و جلو رانده می‌شود. نقش غضروف اولیه در رشد قسمت میانی صورت پس از اواسط کودکی به میزان زیادی کاهش می‌یابد.

پاسخ گزینه د فصل 15 صفحه 206 کتاب دندان پزشکی کودکان پارسه

56. کدام عامل تأثیر تعیین کننده ای در انتخاب بین روشهای درمانی *active* و *passive guide*

appliance برای تصحیح کراس بایت قدامی دارد؟

- الف) ترجیح شخصی بیمار
- ب) میزان اورجت
- ج) مرحله رویشی دندان
- د) وجود سابقه خانوادگی مال اکلوزن کلاس III

پاسخ گزینه ج فصل 16 صفحه 230 کتاب دندان پزشکی کودکان پارسه

۲. مرحله رویشی:

a. در صورت رویش فعال انسبوزور ماگزایلا ری جابجا شده، درمان ممکن است شامل استفاده از تکنیک‌های اهرمی ساده برای هدایت مجدد دندان به سمت جلو در موقعیت قابل قبول باشد.

b. در صورت کاملاً رویش یافته بودن دندان، نیروهای اکلوزن معمولاً اجازه استفاده تکنیک‌های اهرمی ساده به مسیرهای رویشی را نخواهند داد.

57. پسری ۵ ساله با سابقه نقص دیواره بین بطنی درمان نشده و وزن ۲۰ کیلوگرم جهت کشیدن دندان مولر دوم شیری عفونی فک پایین مراجعه نموده است در بررسی سابقه پزشکی بیمار سابقه آنژیوادم لب و کهیر بعد از مصرف آموکسی سیلین را بیان میکند کدامیک از پروتکل‌های پروفیلاکسی زیر برای او مناسب است؟

- الف) کلیندامایسین ۳۰۰ میلی گرم خوراکی
 ب) کلیندامایسین ۴۰۰ میلی گرم خوراکی
 ج) سفالکین ۱۰۰۰ میلی گرم خوراکی
 د) بیمار نیاز به پروفیلاکسی ندارد

پاسخ گزینه د فصل ۱۷ صفحه ۲۵۹ و ۲۶۰ کتاب دندان پزشکی کودکان پارسه

موقعیت	دارو	بزرگسالان	کودکان
خوراکی	آموکسی سیلین	2g	50mg/kg
عدم توانایی مصرف داروهای خوراکی	امپی سیلین یا سفازولین یا سفتریاکسون	2g IM or IV 1g IM or IV	50mg/kg IM or IV 50mg/kg IM or IV
الرژی به پنی سیلین یا امپی سیلین خوراکی	سفالکسین یا کلیندامایسین یا ازیترومایسین یا کلاریترومایسین	2g mg 600 mg 500	50mg/kg 20mg/kg 15mg/kg
الرژی به پنی سیلین یا امپی سیلین و عدم توانایی مصرف کلیندامایسین	سفازولین یا سفتریاکسون یا کلیندامایسین	1g IM or IV 600mg IM or IV	50mg/kg IM or IV 20mg/kg IM or IV

نکته سفالوسپورین‌ها در افراد دارای تاریخچه انافیلاکسی، آنژیوادم و کهیر با پنی سیلین‌ها و امپی سیلین نباید استفاده شوند.

اقدامات دندان پزشکی

والدین بیماران دارای ریسک‌های قلبی معمولاً در مورد IE آگاهی ندارند. Hayes و Fasules: کمبود آگاهی در مورد اندیکاسیون‌های پروفیلاکسی و رژیم آنتی بیوتیک مورد نیاز برای پیشگیری از IE را بین دندانپزشکان گزارش کردند. تکنیک‌های مدیریت رفتاری مفید هستند. سودمند بودن آرامبخشی هوشیارانه و بی دردی نیتروس اکساید اکسیژن در کاهش اضطراب این بیماران ثابت شده است. درمان پالپ برای دندان‌های شیری با پروگنوز ضعیف، به علت بروز بالای عفونت مزمن مرتبط، توصیه نمی‌شود و کشیدن آن‌ها و استفاده از فضا نگهدار ثابت مناسب، ارجحیت دارد. درمان اندودانتیک در سیستم دندان‌های دائمی معمولاً می‌تواند با موفقیت انجام شود. رژیم آنتی بیوتیکی مورد استفاده در اعمال دندان پزشکی: به صورت رژیم تک دوز ۶۰-۳۰ دقیقه قبل از شروع کار

58. کودک ۷ ساله مبتلا به لوسمی لنفوسیتیک حاد با شکایت از تب و درد خود بخود دندان و با یافته های

آزمایشگاهی زیر مراجعه کرده است بیمار در مرحله فروکش کامل بوده اما همچنان شیمی درمانی دریافت

میکند. با توجه به نتایج آزمایشات بیمار کدام گزینه در مورد این کودک صحیح است؟

(WBC-1500, %Neutrophil-20, % Bandeell -5, Platelet-75000)

الف) کشیدن دندان در همان روز و با آگاهی از اینکه زمان خونریزی افزایش مییابد اما نیاز به دریافت پلاکت نیست. ب) تجویز

آنتی بیوتیک و کشیدن دندان بعد از یک هفته با آزمایش مجدد خون در همان روز درمان

ج) با توجه به ریسک متوسط Sepsis بیمار به بیمارستان ارجاع داده شود و آنتی بیوتیک وسیع الطیف دریافت کند.

د) بیمار در معرض ریسک قابل توجه Sepsis و ریسک متوسط خونریزی است .

پاسخ گزینه ج فصل 18 صفحه 273 کتاب دندان پزشکی کودکان پارسه

اهمیت بالینی شمارش پلاکت:

اهمیت	ANC
نرمال	بیش از ۱۵۰۰
ریسک کم عفونت اقدامات الکتیو که منجر به القای باکتری می گذرای قابل توجه می شود باید به تعویق بیفتد.	۵۰۰-۱۰۰۰
ریسک متوسط سپسیس در صورت وجود تب، نیاز به بستری در بیمارستان و دریافت آنتی بیوتیک وسیع الطیف وجود دارد. تمامی اقدامات الکتیو دندان پزشکی باید به تعویق بیفتد.	۲۰۰-۵۰۰
ریسک قابل توجه سپسیس	کمتر از ۲۰۰

اهمیت	تعداد (سلول در میلی متر مکعب)
نرمال	۱۵۰۰۰۰-۴۰۰۰۰۰
زمان خونریزی افزایش می یابد اما بیمار اغلب اقدامات روتین را تحمل خواهد کرد.	۵۰۰۰۰-۱۵۰۰۰۰
در معرض ریسک متوسط خونریزی، اقدامات جراحی الکتیو باید به تعویق بیفتد.	۲۰۰۰۰-۵۰۰۰۰
در معرض ریسک قابل توجه خونریزی، اقدامات دندان پزشکی الکتیو باید به تعویق بیفتد.	کمتر از ۲۰۰۰۰

تطابق سوالات دندان پزشکی کودکان پارسه

59. جایگذاری مجدد کدامیک از دندانهای Avulsed زیر نیاز به مدت زمان اسپلینت بیشتری دارد؟

الف) دندان سانترال بالا دختر ۸ ساله که پیش از مراجعه به دندانپزشک دندان را در ساکت قرار داده شده است.

ب) دندان لترال بالا دختر ۱۳ ساله که ۸ ساعت پس از نگهداری دندان در شیر، خنک توسط دندانپزشک در ساکت قرارداده شده است.

ج) دندان سانترال بالا پسر ۹ ساله که ۲۴ ساعت پس از نگهداری در محیط خشک توسط دندانپزشک در ساکت قرار داده شده است.

د) دندان لترال بالا پر ۱۴ ساله که ۲۰ دقیقه پس از نگهداری در محیط خشک توسط دندانپزشک در ساکت قرار داده شده است.

پاسخ گزینه ج فصل 19 صفحه 291 کتاب دندانپزشکی کودکان پارسه

کودکی ۸ ساله در منزل دچار تروما و Avulsion دندان‌های سانترال و لترال دائمی راست متدلیل شده است. دندان‌ها بلافاصله توسط والدین در ساکت قرار داده شده‌اند اما به اشتباه سانترال در ساکت دندان لترال و لترال در ساکت دندان سانترال قرار داده شده و کودک فوراً نزد دندانپزشکی کودکان آورده شده است. طرح درمان مناسب چیست؟ (۹۷)

الف) دندان‌ها در محل بمانند، ناحیه با ساکنین تمیز شود، در صورت وجود پودری که ناحیه خشک شود، انجام رادیوگرافی و اسپیلیت کردن دو هفته‌ای
ب) جای دندان‌ها عوض شده و در جای صحیح قرار بگیرد، تمیز کردن ناحیه، اسپیلیت نمودن ۱۰ تا ۱۴ روزه و تجویز آنتی‌بیوتیک سیستمیک
ج) دندان‌ها در محل بمانند، اما به دلیل جای نادرست با فشار انگشت نگه‌داشته شده و اسپیلیت شوند، تجویز آنتی‌بیوتیک و دهان‌شویه
د) جای دندان‌ها عوض شده اما قبل از قرار دادن آن‌ها در جای خود، جیرون محلول آنتی‌بیوتیک غوطه‌ور شوند، به مدت ۴ هفته اسپیلیت شوند

۱- یک‌ساعتی بسته، دندان‌های سانترال و لترال در مراجعه بیمار به مطب ریخته‌اند شده است.
۲- یک‌ساعتی بسته، دندان‌های سانترال و لترال در مراجعه بیمار به مطب خشک خارج از دهان بیشتر از ۳۰ دقیقه پاشیده که نشان دهنده عدم وجود سلول‌های زنده است.
۳- یک‌ساعتی بسته، دندان‌های سانترال و لترال در مراجعه بیمار به مطب خشک خارج از دهان بیشتر از ۳۰ دقیقه پاشیده که نشان دهنده عدم وجود سلول‌های زنده است.
۴- یک‌ساعتی بسته، دندان‌های سانترال و لترال در مراجعه بیمار به مطب خشک خارج از دهان بیشتر از ۳۰ دقیقه پاشیده که نشان دهنده عدم وجود سلول‌های زنده است.
۵- یک‌ساعتی بسته، دندان‌های سانترال و لترال در مراجعه بیمار به مطب خشک خارج از دهان بیشتر از ۳۰ دقیقه پاشیده که نشان دهنده عدم وجود سلول‌های زنده است.
۶- یک‌ساعتی بسته، دندان‌های سانترال و لترال در مراجعه بیمار به مطب خشک خارج از دهان بیشتر از ۳۰ دقیقه پاشیده که نشان دهنده عدم وجود سلول‌های زنده است.
۷- یک‌ساعتی بسته، دندان‌های سانترال و لترال در مراجعه بیمار به مطب خشک خارج از دهان بیشتر از ۳۰ دقیقه پاشیده که نشان دهنده عدم وجود سلول‌های زنده است.
۸- یک‌ساعتی بسته، دندان‌های سانترال و لترال در مراجعه بیمار به مطب خشک خارج از دهان بیشتر از ۳۰ دقیقه پاشیده که نشان دهنده عدم وجود سلول‌های زنده است.
۹- یک‌ساعتی بسته، دندان‌های سانترال و لترال در مراجعه بیمار به مطب خشک خارج از دهان بیشتر از ۳۰ دقیقه پاشیده که نشان دهنده عدم وجود سلول‌های زنده است.
۱۰- یک‌ساعتی بسته، دندان‌های سانترال و لترال در مراجعه بیمار به مطب خشک خارج از دهان بیشتر از ۳۰ دقیقه پاشیده که نشان دهنده عدم وجود سلول‌های زنده است.

تطابق سوالات دندانپزشکی کودکان پارسه

60. در شکستگی کندیل داخل کپسولی یک کودک سه ساله که مال اکلوژن و درد قابل توجهی ندارد کدام

گزینه به درستی ذکر شده است؟

الف) خطر انکیلوز از حالت خارج کپسولی کمتر است.

ب) ثابت سازی فکین به مدت ۱ تا ۲ هفته لازم است.

ج) رژیم غذایی نرم مخلوط شده و مسکن کفایت میکند.

د) در صورت مال اکلوژن، جزئی امکان بهبود خود به خود نمیشد

پاسخ گزینه ج فصل 20 صفحه 309 کتاب دندانپزشکی کودکان پارسه

یکی از مزایای درمان کودکان mixed dentition این است که مال اکلوزن‌های جزئی اغلب با رشد، خودبه‌خود اصلاح می‌شوند.

■ انواع شکستگی‌های کندیل

۱. داخل کپسولی
۲. خارج کپسولی

کودکی با شکستگی داخل کپسولی، خطر بالایی برای انکیلوز یا اختلالات رشدی دارد. اساس درمان، میزان مال اکلوزن و میزان باز شدگی / عملکرد فک است.

* اگر اکلوزن طبیعی است، شکستگی با یک رژیم غذایی نرم، در صورت نیاز استفاده از مسکن‌ها و زیر نظر گرفتن بیمار درمان می‌شود. فیزیوتراپی برای اطمینان از باز شدن قرینه ممکن است ضروری است.

* اگر مال اکلوزن یا درد شدید در بیمار خردسال دیده می‌شود، maxillo-mandibular fixation برای یک دوره کوتاه یک تا دو هفته ضرورت دارد.

در بیمارانی که شکستگی دوطرفه کندیل دارند، خطر کوتاه شدگی راموس‌ها و این بایت قدامی وجود دارد و پزشک باید یک دوره fixation ماکزیلومندیولار انجام دهد.

** برای تسهیل باز کردن قرینه فک‌ها چه باید کرد؟

کاربرد الاستیک‌های هدایت کننده (guiding elastics) به مدت یک تا دو هفته بعد از باز کردن fixation ماکزیلومندیولار

آیا open reduction و fixation در کودکان دچار شکستگی تجویز می‌شود؟

حتی برای شکستگی همراه با جابه‌جایی کندیل در کودک بیمار، به ندرت تجویز می‌شود.

پیشگامان پارسه

ترمیمی

61- وجود (خطوط رشدی رتزیوس) در مینای دندان ناشی از تغییرات کدام مورد زیر است؟

الف) تراوایی و محتوای متفاوت ماده ی بین منشورهای مینایی

ب) ساختمان و محتوای معدنی در منشورهای مینایی

ج) جهت گیری و ساختمان منشورهای مینایی

د) تداوم منشورهای مینایی تا سطح خارجی دندان

گزینه ب

62- باکتری (بیوفیلم) غالب در پلاک سه هفته ای کدام است؟

الف) سانگوییس

ب) سالیواریوس

ج) فیلامنتوس

د) میتیس

گزینه ج - صفحه 20 کتاب ترمیمی پارسه

پلاک سه هفته ای تقریباً تماماً از باکتری های فیلامنتوس تشکیل شده است. باکتری های شکل دهنده پلاک های سنگین، انواع اسپیرال هستند که به پلاک های زیرلثه ای مربوط اند.

63- متابولیت انحصاری باکتری های پوسیدگی زا چه نام دارد؟

الف) پورفیرین

ب) باکتریوسین

ج) استرپتوسین

د) لاکتوفرین

گزینه الف

64- بهترین درمان برای پوسیدگی (ICDAS 1 or 2) کدام است؟

الف) اناملوپلاستی

ب) ادونتومی پیشگیرانه

ج) قراردهی سیلانت

د) ترمیم کامپوزیت

گزینه ج صفحه 48 کتاب ترمیمی پارسه

ADA CCS		Initial		Moderate		Extensive	
Occlusal Protocol ***							
ICDAS code	0	1	2	3	4	5	6
							
Definitions	Sound tooth surface; no caries change after air drying (5 sec); or hypoplasia, wear, erosion, and other noncaries phenomena	First visual change in enamel; seen only after air drying or colored, change "thin" limited to the confines of the pit and fissure area	Distinct visual change in enamel; seen when wet, white or colored, "wider" than the fissure/fossa	Localized enamel breakdown with no visible dentin or underlying shadow; discontinuity of surface enamel, widening of fissure	Underlying dark shadow from dentin, with or without localized enamel breakdown	Distinct cavity with visible dentin; frank cavitation involving less than half of a tooth surface	Extensive distinct cavity with dentin; cavity is deep and wide involving more than half of the tooth
Histologic depth		Lesion depth in P/F was 90% in the outer enamel with only 10% into dentin	Lesion depth in P/F was 50% inner enamel and 50% into the outer 1/3 dentin	Lesion depth in P/F with 77% in dentin	Lesion depth in P/F with 88% into dentin	Lesion depth in P/F with 100% in dentin	Lesion depth in P/F 100% reaching inner 1/3 dentin
Sealant/restoration Recommendation for low risk	Sealant optional DIAGNOdent may be helpful	Sealant optional DIAGNOdent may be helpful	Sealant optional or caries biopsy if DIAGNOdent is 20-30	Sealant or minimally invasive restoration needed	Minimally invasive restoration	Minimally invasive restoration	Minimally invasive restoration
Sealant/restoration Recommendation for moderate risk	Sealant optional DIAGNOdent may be helpful	Sealant recommended DIAGNOdent may be helpful	Sealant optional or caries biopsy if DIAGNOdent is 20-30	Sealant or minimally invasive restoration needed	Minimally invasive restoration	Minimally invasive restoration	Minimally invasive restoration
Sealant/restoration Recommendation for high risk * and extreme risk **	Sealant recommended DIAGNOdent may be helpful	Sealant recommended DIAGNOdent may be helpful	Sealant optional or caries biopsy if DIAGNOdent is 20-30	Sealant or minimally invasive restoration needed	Minimally invasive restoration	Minimally invasive restoration	Minimally invasive restoration

* Patients with one (or more) cavitated lesion(s) are high-risk patients. ** Patients with one (or more) cavitated lesion(s) and xerostomia are extreme-risk patients.

*** All sealants and restorations to be done with a minimally invasive philosophy in mind. Sealants are defined as confined to enamel. Restoration is defined as in dentin. A two-surface restoration is defined as a preparation that has one part of the preparation in dentin and the preparation extends to a second surface (note: the second surface does not have to be in dentin). A sealant can be either resin-based or glass ionomer. Resin-based sealants should have the most conservatively prepared fissures for proper bonding. Glass ionomer should be considered where the enamel is immature, or where fissure preparation is not desired, or where rubber dam isolation is not possible. Patients should be given a choice in material selection.

65- کدامیک از خصوصیات عاج در مقایسه با مینا آن را به واکنش شیمیایی با MD-10 مستعد تر

می سازد؟

الف) جهت گیری ضربدری کریستال های هیدروکسی آپاتیت عاج

ب) مقادیر بیشتر کریستال های هیدروکسی آپاتیت عاج

ج) کریستالهای بزرگتر هیدروکسی آپاتیت عاج

د) موازی تر بودن کریستال های هیدروکسی آپاتیت عاج

گزینه الف - صفحه 84 کتاب ترمیمی پارسه

نکته

تفاوت‌های ساختاری در هیدروکسی آپاتیت عاج و مینا، تعیین‌کننده تفاوت در الگوی چسبندگی 10-MDP با این سوبسترها است. کریستال‌های عاج کمتر و کوچک‌تر هستند. هیدروکسی آپاتیت عاج و جهت‌گیری ضربدری (Criss-cross) آن‌ها (در مقایسه با جهت‌گیری موازی تر کریستال‌ها در مینا) عاج را به تداخلات شیمیایی بین 10-MDP و هیدروکسی آپاتیت مستعدتر می‌کند. این تداخلات نشان می‌دهد که شکل‌گیری ساختارهای نانولایر در مینا کمتر از عاج است.

66- برای درمان نقایص سطحی مینا در کودکان از کدام تکنیک استفاده می‌شود؟

(الف) بلیچینگ در مطب

(ب) میکرو ابریژن

(ج) ماکرو ابریژن

(د) اچ کردن سطح و استفاده از وارنیش فلوراید

گزینه ب

67- ترتیب استفاده از فرزها جهت ریکانتورینگ لبه‌های جینجیوالی ونیرهای پرسن چگونه

است؟

(الف) فرزهای الماسی با خنک کننده آب و هوا سپس فرز کارباید به صورت خشک

(ب) فرزهای الماسی به صورت خشک سپس فرز کارباید با خنک کننده آب و هوا

(ج) فرز کارباید با خنک کننده آب و هوا سپس فرزهای الماسی به صورت خشک

(د) فرز کارباید به صورت خشک سپس فرزهای الماسی با خنک کننده آب و هوا

گزینه الف - صفحه 110 کتاب ترمیمی پارسه

بهترین نتایج با وسایل الماسی زمانی به دست می‌آیند که آن‌ها با خنک‌کننده هوا و آب استفاده شوند؛ در حالی که فرز سی‌پره باید خشک استفاده شود. دوم، پرسن با یک سری cup و pointهای لاستیکی ساینده پالیش پرسن^{۵۶} صاف و پالیش می‌شود.

چون استفاده از وسیله الماسی سطح گل‌پز شده را از بین می‌برد، از یک سری وسایل مناسب برای ترمیم texture سطحی به صورت صاف، استفاده می‌شود. ابتدا فرز fin-ishing کاربرد سی‌پره با انتهای گرد یا گلوله‌ای شکل (یا تخم‌مرغی برای سطوح لینگوال) برای صاف کردن سطح پرسن یا حذف خطوط ایجاد شده با وسایل الماسی به کار می‌رود.

۳*-luted carbide burs and diamond impregnated polishing instruments used to finish and polish veneer margins.

68- پالیش متوسط (moderately polish) در ترمیم آمالگام با کدامیک حاصل میشود؟

- الف) فرزفینیشینگ روند بزرگ
 ب) سنگ آلومینای سفید با فشار منقطع
 ج) رابر کاپ به همراه پودر پامیس
 د) رابر پوینت های ساینده خشن با سرعت پایین

گزینه د - صفحه 120 کتاب ترمیمی پارسه

- ✓ در صورت افزایش حرارت بیش از حد، سطح آمالگام، حتی با وجود برخوردار از پالیشی عالی، نمای کدر (Cloudy) پیدا می‌کند. این نمای کدر نشان می‌دهد که جیوه به سطح کشیده شده است و این حالت منجر به کروژن بیشتر آمالگام و ازدست رفتن استحکام می‌شود.
- ✓ پالیش کردن با رابرپوینت‌های ساینده خشن، یک سطح با پالیش متوسط حاصل می‌کند.
- ✓ نباید خراش عمیقی در سطح آمالگام باقی مانده باشد.
- ✓ پس از شست‌وشوی ناحیه از ذرات ساینده و خشک کردن، یک سطح دارای پالیش بالا با استفاده از مجموعه‌ای از رابرپوینت‌های متوسط تا ریزدانه به دست می‌آید. همانند رابرپوینت‌های ساینده‌تر، انواع ریزدانه نیز باید در سرعت پایین استفاده شوند.
- ✓ در صورت عدم دستیابی به درخشندگی (لواستر) بالا در عرض چند ثانیه، ترمیم نیاز به پالیش اضافی توسط رابرپوینت‌های ساینده‌تر دارد.
- ✓ استفاده از این رابرپوینت‌ها با توالی خشن به ریز در آمالگام، سطحی با نمای درخشان ایجاد می‌کند.



QR ۷-۹

تطابق سوالات ترمیمی پارسه

69- چرا باید در تهیه حفره یکلاس دو آمالگام در دندان پرمولر اول فک پایین ابتدا پروگزیمال و

سپس اکلوزن تراش داده شود؟

- الف) برای جلوگیری از اکسپوز شدن شاخک پالپی لینگوال
 ب) جهت اجتناب از حذف کاسپ لینگوال
 ج) برای اجتناب از حذف ایسموس بین دو بخش اکلوزال و پروگزیمال
 د) جلوگیری از ایجاد دیواره پالپی با تمایل فیشیالی

گزینه ج - صفحه 132 کتاب ترمیمی پارسه

نکته در تراشی که ریج عرضی را قطع نمی‌کند، باکس پروگزیمالی قبل از بخش اکلوزال تهیه می‌شود تا از حذف ساختار دندانی در ناحیه‌ای که ایسموس بین باکس پروگزیمال و طرح داوتیل اکلوزال را تشکیل خواهد داد، جلوگیری شود.

70- کدام ماده زیر در حین سخت شدن فاقد واکنش اسید باز می‌باشد؟

- الف) زینک پلی اکریلات
- ب) گلاس آینومر
- ج) رزین مدیفاید گلاس آینومر
- د) پلی اسید مدیفاید کامپوزیت

گزینه د

71- مزیت اصلی نانو کامپوزیت ها کدام است؟

- الف) قابلیت کار کردن مناسب
- ب) مقاومت بیشتر در برابر سایش
- ج) درخشش بالا و حفظ آن در طی زمان
- د) انقباض کمتر حین پلیمریزاسیون

گزینه ج - صفحه 203 کتاب ترمیمی پارسه

با افزودن ذرات نانو به این کامپوزیت‌ها، خواص مکانیکی، Handling و پالیش پذیری افزایش یافته است. نانو نباید صرفاً محدود به سایز ذرات تلقی شود؛ بلکه حقیقت آن است که کلمه نانو به تکنولوژی و Manipulation ذرات نانو برای ارتقای کارایی نهایی برمی‌گردد.

به‌طور کلی کامپوزیت‌های نانوفیل به قلم نمی‌چسبند (Non Sticky) و شره (Slump) نمی‌کنند. نسل اول کامپوزیت‌های نانوفیل هرچند راحت پالیش می‌شدند؛ اما طی زمان درخشندگی (luster) خود را حفظ نمی‌کردند و مات (Dull) می‌شدند. آنها همچنین ترانس‌لوسنت و تا حدودی خاکستری به نظر می‌رسیدند. تغییر در ترکیب آنها به مرور زمان سبب زیبایی بهتر، پالیش‌پذیری خیلی آسان و حفظ درخشندگی شد.

72- عبارت صحیح کدام است؟

- (الف) فرزهای کارباید در مقایسه با فرزهای الماسی در حین تراش، حرارت بیشتری ایجاد می‌کند.
- (ب) تهیه حفره با ایرابرن اثر پالپی مخرب تری در مقایسه با وسایل چرخنده دارد.
- (ج) تماس پروب الکتروسرجری با ترمیم فلزی حتی با وجود بیس، واکنش پالپی ایجاد می‌کند.
- (د) تهیه حفره با لیزر در مقایسه با کاربرد وسایل چرخنده پرسرعت، واکنش پالپی مشابهی ایجاد می‌کند.

گزینه ج - صفحه 180 کتاب ترمیمی پارسه

دو روش جدید آماده‌سازی دندان لیزر و kinetic cavity preparation و (air abrasion) است.

نسبت به وسایل با سرعت بالا حداقل پاسخ التهابی پالپ را به دنبال دارد. همچون وسایل چرخشی، برای لیزر هم برای به حداقل رساندن تغییرات حرارتی، اسپری آب لازم است.

فرز الماسی تمایل به افزایش دمای بیشتری نسبت به فرز کارباید دارد. واکنش پالپی با افزایش عمق حفره و کاهش RDT افزایش می‌یابد؛ در نتیجه بعضی مواقع ترمیم با پوشش کامل منجر به نکروز پالپ می‌شود. ۲۲-۳ درصد دندان‌ها با روکش‌های با پوشش کامل نیاز به درمان ریشه دارند.

نسبت به وسایل با سرعت بالا حداقل پاسخ التهابی پالپ را به دنبال دارد. همچون وسایل چرخشی، برای لیزر هم برای به حداقل رساندن تغییرات حرارتی، اسپری آب لازم است.

الکتروسرجری که برای برداشتن بافت لثه به منظور دسترسی طی آماده‌سازی حفره و قالب‌گیری استفاده می‌شود، پالپ را تحت تأثیر قرار می‌دهد. تماس پروب الکتروسرجری با مینای سالم هیچ اثری روی پالپ ندارد یا اثر آن حداقل است. اگر پروب با ترمیم فلزی تماس یابد، پاسخ شدید پالپ، صرف‌نظر از وجود یا عدم وجود بیس حفره، اتفاق می‌افتد.

نطاق سوالات ترمیمی پارسه

73- کدام عنصر در وسایل استنلس استیل عامل سختی آلیاژ می‌باشد؟

- (الف) کربن
- (ب) کروم
- (ج) نیکل
- (د) کبالت

گزینه الف - صفحه 189 کتاب ترمیمی پارسه

کربن عامل سختی آلیاژ

74- عبارت صحیح در خصوص حلال‌های موجود در ادهزیوهای دندانی کدام است؟

- (الف) غلظت حلال‌های تجاری موجود، حداکثر ۳۷ درصد می‌باشد.
- (ب) حلال‌ها منجر به افزایش مرطوب کنندگی سطح و افزایش ویسکوزیته می‌گردند.

ج) ادهزیوهای سلف اچ غالباً حاوی الکل و استون می باشند.

د) حلال های ارگانیک با خصوصیت فشار بخار بالا، به راحتی تبخیر می شوند.

گزینه د - صفحه 85 و صفحه 200 کتاب ترمیمی پارسه

تطابق سوالات ترمیمی پارسه

نقش آب در ادهزیوهای سلف-اچ

آب نقش‌های متفاوتی در مکانیسم باند ادهزیوهای سلف اچ و Etch & Rinse دارد. در سیستم‌های سلف اچ، آب به میزان ۳۰-۱۰ درصد وزنی به فرمول‌های هیدروفیل افزوده می‌شود تا مونومرهای اسیدی متاکریلات (غالباً فسفات یا کربوکسیلیک) را یونیزه نموده و یون‌های کلسیم و فسفات را که به واسطه واکنش مونومرها با عاج و مینا حاصل شده‌اند حل کند.

نکته

افزایش غلظت آب از ۰ تا ۶۰ درصد حجمی به واسطه مونومرهای اسیدی سبب بهبود یونیزاسیون مونومرهای اسیدی و افزایش عمق دمیترالیزاسیون عاج می‌شود. هرچند افزودن به غلظت آب سبب رقیق شدن غلظت مونومرهای اسیدی شده و از این رو کفایت باندینگ سیستم‌های ادهزیو مربوطه را کاهش می‌دهد.

خصوصیات مکانیکی ادهزیوهای سلف-اچ یک مرحله‌ای به واسطه حضور آب به میزان قابل توجهی مخدوش می‌شود. چنین امری در ادهزیوهای سلف-اچ دومرحله‌ای کمتر رخ می‌دهد. ادهزیوهای سلف اچ یک مرحله‌ای جذب آب (Absorption) بیشتری داشته یا حلالیت بیشتری نسبت به ادهزیوهای سلف اچ دو مرحله‌ای دارند.

QR ۵-۶

۲. حلال: براساس نوع حلال (بیس استون، اتانول یا آب) و غلظت حلال (۸٪ تا ۴۹٪). اهمیت کلینیکی حلال موجود در سیستم ادهزیو خصوصاً در حین خشک کردن با هوا بسیار مهم است.

75- برای جدا شدن راحت تر کامپوزیت از نوار سلولویدی هنگام بستن دیاستم از کدام روش زیر

میتوان استفاده نمود؟

الف) آغشته کردن نوار به گاز حاوی الکل

ب) آغشته کردن نوار به گلیسرین

ج) آغشته کردن نوار به ماده ادهزیو رزین

د) کامپوزیت اصلاً به نوار سلولویدی چسبندگی ندارد

گزینه الف

76- در ترمیم کامپوزیت برای ایجاد هالو (Halo) از کدام رنگ تینت و در کدام ناحیه بهره می‌بریم؟

(الف) سفید- انسیزال

(ب) خاکستری با آبی- انسیزال

(ج) زرد- سرویکال

(د) قهوه ای- سرویکال

گزینه الف - صفحه 205 کتاب ترمیمی پارسه

Tintها همچنین نقاط سفید یا قهوه‌ای در دندان‌های مجاور را (اگرچه این نقاط توسط بلیچ از بین رفته یا حذف شده به نظر می‌رسند) می‌توانند بازیابی کنند. هرچند امروزه به کمک بلیچینگ می‌توان این نقاط را برداشت یا خنثی کرد.

77- جهت مقاومت در برابر سایش میزان فیلر در کامپوزیت ها باید حداقل چند درصد باشد؟

(الف) ۳۰ درصد حجمی

(ب) ۴۰ درصد حجمی

(ج) ۵۰ درصد حجمی

(د) ۶۰ درصد حجمی

گزینه د - صفحه 213 کتاب ترمیمی پارسه

مطالعات کلینیکی نشان داده‌اند که کامپوزیت‌های با فیلر کم (کمتر از ۶۰ درصد حجمی)، سایش غیرقابل قبولی دارند.

78- کدامیک از مزایای کاربرد لایت کیور با سر مخروطی در انجام ترمیم کامپوزیت خلفی

نمیباشد؟

(الف) تخلخل کمتر ترمیم

(ب) تغییر شکل کاسپی کمتر

(ج) شکل گیری درز لبه ای کمتر

(د) ایجاد تماس نقطه ای در کانتکت

گزینه د

79- کدام آنزیم بزاقی برای بسیاری از ارگانیزم ها کشنده می باشد؟

الف) لاکتوفرین

ب) لاکتوپراکسیداز

ج) لیپاز

د) آمیلاز

گزینه ب - صفحه 24 کتاب ترمیمی پارسه

TABLE 2.3 Elements of Saliva That Control Biofilm Communities		
Names	Action	Effects on Biofilm Community
Salivary Enzymes		
Amylase	Cleaves—1,4 glucoside bonds	Increases availability of oligosaccharides
Lactoperoxidase	Catalyzes hydrogen peroxide-mediated oxidation; adsorbs to hydroxyapatite in active form	Lethal to many organisms; suppresses biofilm formation on tooth surfaces
Lysozyme	Lyses cells by degradation of cell walls, releasing peptidoglycans; binds to hydroxyapatite in active conformation	Lethal to many organisms; peptidoglycans activate complement; suppresses biofilm formation on tooth surfaces
Lipases	Hydrolysis of triglycerides to free fatty acids and partial glycerides	Free fatty acids inhibit attachment and growth of some organisms
Nonenzyme Proteins		
Lactoferrin	Ties up free iron	Inhibits growth of some iron-dependent microbes
Secretory immunoglobulin A(IgA) (smaller amounts of IgM, IgG)	Agglutination of bacteria inhibits bacterial enzymes	Reduces numbers in saliva by precipitation; slows bacterial growth
Glycoproteins (mucins)	Agglutination of bacteria	Reduces numbers in saliva by precipitation

80- کدام عامل اسیدی زیر قادر به اچ کردن بیس متال ها میباشد؟

الف) اسید نیتریک

ب) اسید فسفریک

ج) اسید هیدروفلوریک

د) اسید تارتاریک

گزینه الف - صفحه 176 کتاب ترمیمی پارسه

اسید نیتریک برای اچ کردن بیس متال

معادل آزمون جامع پارسه 1404

نطاق سوالات ترمیمی پارسه

جراحی دهان، فک و صورت

81- شایع ترین دیس آریتمی قلبی در بیماران بالای ۵۰ سال کدام مورد است؟

الف) تاکی کاردی بطنی

ب) فیبریلاسیون دهلیزی

ج) بلوک کامل قلبی

د) فیبریلاسیون بطنی

پاسخ گزینه ب

۸۲- در درمان بیمارانی که در طبقه بندی ASA III, ASA IV قرار دارند تمام موارد زیر درست است.

بجز:

الف) از روشهای کاهش اضطراب استفاده شود.

ب) مشاوره پزشکی قبل از درمان انجام شود.

ج) به جراح فک و صورت ارجاع شود.

د) درمان در هر حال بصورت سرپایی قابل انجام است.

پاسخ گزینه د

83- در مورد ترمیم حفره دندان خارج شده کدام گزینه درست است؟

الف) ورود گلبول های سفید از هفته دوم شروع میشود.

ب) osteoid deposition از هفته چهارم شروع میشود.

ج) هفته دوم با تجمع بافت گرانولیشن زیاد در حفره همراه است.

د) تحلیل استخوان کورتیکال داخل حفره در ۲ ماه کامل می شود.

پاسخ گزینه ج

۸۴- در صورتی که ریشه دندان حین کشیدن به داخل سینوس ماگزیلاری جابجا شده باشد برای تصمیم گیری برای جا گذاشتن یا خارج سازی ریشه تمام موارد زیر اهمیت دارد. بجز:

الف) وضعیت سینوس ماگزیلاری

ب) سایز ریشه

ج) عفونی بودن ریشه

د) درمان قبلی ریشه

پاسخ گزینه د

۸۵- در مورد کارگزاری ایمپلنت دندانی، کدام گزینه در ارتباط با فاصله فیکسچر با نقاط آناٹومیک زیر صحیح است؟

الف) حداقل ۲ میلیمتر فاصله با کف سینوس ماگزیلا

ب) حداقل ۲ میلی متر فاصله با ایمپلنت مجاور

ج) حداقل ۲ میلی متر فاصله با منتال فورامن

د) حداقل ۲ میلی متر فاصله با کانال فکی تحتانی

پاسخ گزینه د

86- در زمان قرار دادن immediate implant بلافاصله بعد از خارج سازی دندان، حداقل چه

میزان تماس اپیکالی

ایمپلنت با استخوان لازم است؟

الف) 2 میلی متر

(ب) ۳ میلی متر

(ج) ۴ میلی متر

(د) 6 میل متر

پاسخ گزینه ج

87- در مورد مرحله inoculation در بافت نرم ناشی از عفونت، کدام گزینه درست است؟

(الف) در سه روز اول قبل از شروع علائم بروز میکند.

(ب) بعد از مرحله سلولیت است.

(ج) با تورم نرم همراه با قرمزی همراه است.

(د) آخرین مرحله پیشرفت عفونت در بافت نرم میباشد.

پاسخ گزینه ج

88- کدام ویژگی در مورد warthin tumor صحیح است؟

(الف) معمولا در غده ساب مندیولار بروز می کند.

(ب) بیشتر در دهه ششم زندگی و در مردان شایع است.

(ج) در لمس سفت با رشد سریع است.

(د) بسیار دردناک است.

پاسخ گزینه ب

89- در مورد روش مارسوپیالیزاسیون کدام گزینه صحیح است؟

(الف) برای درمان رانولای کف دهان اندیکاسیون ندارد.

(ب) مزیت آن امکان ارزیابی کامل هیستوپاتولوژی ضایعه است.

(ج) درمان ممکن است چند ماه طول بکشد.



(د) در بیماران جوان، انجام نمی شود.

پاسخ گزینه ج

۹۰- کدام آسیب دنتوالوئولار نیاز به طولانی ترین مدت stabilization دارد؟

الف) mobile tooth

ب) tooth displacement

ج) Root fracture

د) Replanted tooth (mature)

پاسخ گزینه ج

۹۱- در درمان همه شکستگی‌ها نیاز به ریداکشن دقیق اناتومیک است. بجز:

الف) سمفیز

ب) زاویه فک

ج) بادی مندیبل

د) کندیل

پاسخ گزینه د

۹۲- کدام روش جراحی جهت بستن شکاف پارسیل یک طرفه لب بالا استفاده میشود؟

الف) LeMesurier

ب) Wynn

ج) Millard

د) Peterson

پاسخ گزینه الف

تطابق سوالات درس جراحی دهان فک و صورت

۹۳- کدام نوع ماده پیوندی فاز ۱ استوژنیز را دارد؟

الف) الو گرفت

ب) زنو گرفت

ج) Bone Morphogenetic Proteins

د) اتو گرفت

پاسخ گزینه د

۹۴- در مورد distraction osteogenesis میزان latency phase و rate of distraction کدام

مورد به ترتیب درست است؟

الف) ۵ روز - ۱ میلی متر در روز

ب) ۷ روز - ۱ میلی متر در روز

ج) ۵ روز - 0/5 میلی متر در روز

د) ۷ روز - 0/5 میلی متر در روز

پاسخ گزینه ب

۹۵- در مورد مشخصات کلینیکال نورالژی تریژمینال کدام مورد درست است؟

الف) درد پاروکسیسمال شدید و برق آسا

ب) درگیری شاخه ۷۱ تریژمینال

ج) neurologic deficits

د) درد دو طرفه

پاسخ گزینه الف

تطابق سوالات درس جراحی دهان فک و صورت

۹۶- متابولیسم کدامیک داروهای بی حسی زیر کاملاً در پلاسما انجام میشود؟

الف) پروکائین

ب) مپی واکائین

ج) یو پی واکائین

د) لیدوکائین

پاسخ گزینه الف

۹۷- مصرف همزمان داروی بی حسی موضعی با مخدرها احتمال بروز کدامیک از موارد زیر را دارد؟

الف) افزایش احتمال تشنج

ب) ریسک بروز متهموگلوبولینمیا

ج) افزایش ریسک اوردوز داروی بی حسی

د) کاهش اثر ضد درد مخدرها

پاسخ گزینه ج

۹۸- بیماری با سابقه حساسیت به بیسولفیت بصورت کهیر و خارش شدید برای کشیدن دندان عقل فک پایین مراجعه کرده است کدام داروی بی حسی توصیه میشود؟

الف) Lidocaine with vasoconstrictor

ب) Mepivacaine with vasoconstrictor

ج) Articaine 4% with vasoconstrictor

د) Lidocaine 2% without vasoconstrictor

پاسخ گزینه د



۹۹- بیمار دختر خانم ۶ ساله برای کشیدن دندان شیری مراجعه کرده است وزن بیمار ۲۰ کیلوگرم میباشد چند کارپول بی حسی مپی واکاتین ۳ درصد بدون وازوکانستراکتور قابل تزریق است؟

الف) ۴

ب) 3/5

ج) 2/5

د) 1/5

پاسخ گزینه ج

۱۰۰- در بیماری که سابقه ثابت شده malignant hyperthermia دارد مصرف کدام بی حسی موضعی ارجح است؟

الف) تتراکائین

ب) لیدوکائین

ج) پریلوکائین

د) آرتیکائین

پاسخ گزینه الف

تطابق سوالات درس جراحی دهان فک و صورت

پیشگامان پارسی

پریودانتیکس (دکتر سامان ولدان)

101- الیاف پریودنتال Interradicular در کدام دندان فک پایین مشاهده می

گردد؟

الف) اینسیزور

ب) مولر

پاسخ گزینه ب، صفحه 19 کتاب پریودانتیکس پارسه

الیاف بین‌ریشه‌ای: به‌صورت بادبزنی (Fanlike) و در فورکای دندان‌ها قرار دارند.

102- کدام شاخص در تعیین پیچیدگی (Complexity) برای پریودنتیت های Stage I & II به

کار می آید؟

الف) Probing pocket depth

ب) Clinical attachment loss

ج) Bone loss

د) Tooth loss (a)

پاسخ گزینه الف، صفحه 33 جدول 2-5 کتاب پریودانتیکس پارسه

TABLE 5.2 Key Periodontitis Staging Elements

Periodontitis	Stage I	Stage II	Stage III	Stage IV
Severity				
Clinical attachment loss	1–2 mm	3–4 mm	≥5 mm	≥5 mm
Radiographic bone loss	Coronal third of the root (<15%)	Coronal third of the root (15%–33%)	Middle or apical third of the root	Middle or apical third of the root
Tooth loss due to periodontitis	No tooth loss		≤4 teeth	≥5 teeth
Complexity	• PD ≤4 mm • Mostly horizontal bone loss	• PD ≤5 mm • Mostly horizontal bone loss	In addition to Stage II: • PD ≥6 mm • Vertical bone loss ≥3 mm • Class II or III furcation involvement • Moderate ridge defects	In addition to Stage III: • Need for complex rehabilitation due to masticatory dysfunction, tooth mobility, bite collapse, pathologic migration, <20 remaining teeth
Extent and distribution	• Localized (<30% of the teeth involved) • Generalized (≥30% of the teeth involved) • Molar-incisor pattern			

تطابق سوالات دندان پزشکی پریودانتیکس پارسه

103- Crater Defects ضایعات استخوانی چند دیواره هستند؟

- الف) یک
- ب) دو
- ج) سه
- د) ترکیبی

پاسخ گزینه ب، صفحه 110 کتاب پرودانتیکس پارسه

• کریتر استخوانی:

تقعر استخوانی در کمرست اینتردنتال است که با دیواره‌های فاسیال و لینگوال احاطه می‌شود.

نوع خاصی از ضایعات دو دیواره هستند.

۱/۳ تمام دیفکتهای را شامل می‌شود.

۲/۳ تمام دیفکتهای مندیبل را شامل می‌شود.

104- کدام مورد ارتباط مثبت (Positive correlation) بیشتری با شیوع ژنریت نشان داده

است؟

- الف) جرم دندانی
- ب) پلاک میکروبی
- ج) دبری غذایی
- د) ماتریا آلبا

پاسخ گزینه ب، صفحه 65 کتاب پرودانتیکس پارسه

♦ پلاک و جرم در بیماری پریدونتال:

✓ پلاک میکروبی عامل اصلی بیماری پریدونتال است

✓ جرم یک عامل کمکی است

✓ حذف پلاک و جرم زیر لثه‌ای کلید درمان‌های پریدونتال

105 - مستندات علمی در مورد جرم گیری برای مادران باردار در سه ماهه دوم یا سوم بارداری نشان دهنده کدام مورد می باشد؟

- الف) روی سلامت پرئودنشیوم مادران موثر است.
- ب) منجر به کاهش چشمگیری در تولد نوزادان نارس می شود.
- ج) در صورت لزوم بی حسی موضعی خطرناک است.
- د) امکان تولد نوزادان نارس را بیشتر می کند.

پاسخ گزینه الف، صفحه 137 کتاب پرئودانتیکس پارسه

کنترل پلاک

Root planing و Scaling را می توان هر زمان که در دوران بارداری لازم باشد انجام داد. برخی پزشکان از استفاده از شستشودهنده های ضد میکروبی با محتوای الكل بالا برای زنان باردار اجتناب می کنند و ترجیح می دهند از انواع بدون الكل استفاده کنند.

۱۰۶- شایع ترین علامت بالینی آسیب به پرئودنشیوم در ترومای اكلوزالی چیست؟

- الف) تحلیل لثه
- ب) افزایش عمق پاکت
- ج) التهاب لثه
- د) لقی دندان

پاسخ گزینه د، صفحه 146 کتاب پرئودانتیکس پارسه

تروماهای اكلوزالی

تعریف trauma from occlusion: تغییرات میکروسکوپی ساختار پرئودنتال در نواحی از PDL که تظاهر کلینیکی آن tooth mobility است.

107- پلی ساکارید سطح باکتری پورفیرومونا جنجیوالیس چه تاثیری بر سیستم ایمنی دارد؟

الف) مقاومت به کمپلمان

ب) مهار آپوپتوزیس

ج) تخریب مولکولهای سیگنال دهنده

د) مهار ترشح اینترلوکین

پاسخ گزینه الف ، صفحه 52 جدول 8-4 کتاب پریدانتیکس پارسه

TABLE 8.4 Virulence Factors of *Porphyromonas gingivalis* That Interact With the Immune System

Virulence Factor	Effect on Immune System
Proteases (gingipains)	Degradation of signaling molecules (CD14) and cytokines (e.g., interleukin-1 β , interleukin-6)
Cell invasion capabilities	Inhibition of interleukin-8 secretion
Lipopolysaccharides	Antagonism of the stimulatory effects of lipopolysaccharides from other species; no up-regulation of E-selectin
Fimbriae	Inhibition of interleukin-12 secretion in macrophages
Cell surface polysaccharides	Resistance to complement
Short-chain fatty acids	Induction of apoptosis in host cells

جدول ۸-۴

تطابق سوالات دندان پزشکی پریدانتیکس پارسه

۱۰۸- کدام مورد جزو risk indicators بیماری پریدانتال نیست؟

الف) دیابت

ب) ابتلا به HIV

ج) استئوپروز

د) ملاقات های دندان پزشکی نامنظم

پاسخ گزینه الف ، صفحه 183، 181 کتاب پریدانتیکس پارسه

BOX 40.1 Categories of Risk Elements for Periodontal Disease

Risk Factors

Tobacco smoking
Diabetes
Pathogenic bacteria in dental biofilm deposit

Risk Determinants/Background Characteristics

Genetic factors
Age
Gender
Socioeconomic status
Stress

Risk Indicators

Human immunodeficiency virus (HIV)/acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)
Osteoporosis
Infrequent dental visits

Risk Markers/Predictors

Previous history of periodontal disease
Bleeding on probing

109- بیشترین میزان فیروزیس در کدام مورد «افزایش حجم لته ناشی از دارو» دیده میشود؟

الف) فنی توئین

ب) سیکلوسپورین

ج) نیفیدپین

د) وراپامیل

پاسخ گزینه الف، صفحه 87 کتاب پرودانتیکس پارسه

تطابق سوالات دندان پزشکی پرودانتیکس پارسه

نکته

بیان CTGF در تمام فرم‌های DIGO افزایش می‌یابد و در GO ناشی از فنی توئین بالاترین میزان خود را دارد. این نوع از DIGO بیشترین میزان فیروز را نیز نشان میدهد.

110- بر طرف شدن کامل ضایعات Retrograde Periodontitis با کدام روش صورت می‌گیرد؟

الف) درمان پریودنتال

ب) درمان اندودنتال

ج) ابتدا درمان اندودنتال سپس درمان پریودنتال

د) ابتدا درمان پریودنتال سپس درمان اندودنتال

پاسخ گزینه ب، صفحه 145 کتاب پریودانتیکس پارسه

✓ ضایعات اندو و پریو:

• ضایعه اندو منشاء گرفته از عفونت پالپ باعث ایجاد پریودنتیت رتروگرید می‌شود که از اپکس به سمت سرویکال کشیده می‌شود.

✓ ضایعه‌های اندودنتیک:

◆ ضایعه‌هایی که منشا اولیه اندودنتیک دارند، معمولاً با درمان ریشه به راحتی درمان می‌شوند و به درمان پریودنتال به تنهایی جواب نمی‌دهند.

111- تکنیک پیشنهادی برای مسواک زدن بیماران پریودنتیت چیست؟

الف) سالکولر

ب) چرخشی

ج) ورتیکال

د) تناوبی

پاسخ گزینه الف، صفحه 150 کتاب پریودانتیکس پارسه

◆ برای بیماران با بیماری پریودنتال، بیشتر از تکنیک سالکولر به همراه حرکت لرزشی استفاده می‌شود تا دسترسی به ناحیه مارژین لثه بهبود یابد.

112- کدام تکیه گاه جهت انجام جرم گیری در سطح دیستال آخرین دندان مولر فک پایین

توصیه شده است؟

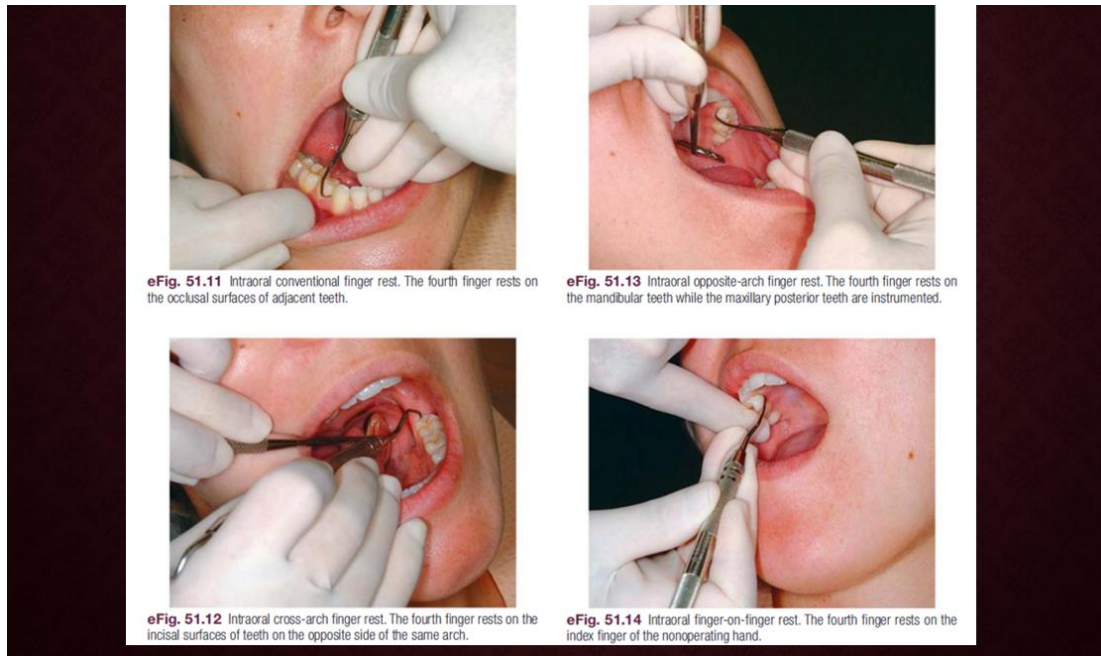
الف) Cross Arch

Opposite Arch (ب)

Conventional (ج)

Palm Up (د)

پاسخ گزینه الف ، جلد دوم فصل 16 اسلاید شماره 56 قرار داده شده در سامانه پارسه برای تکمیل این فصل



تطابق سوالات دندان پزشکی پرودانتیکس پارسه

113- متداول ترین رژیم دارویی سیستمیک در درمان پریودنتیت گرید III، ترکیب مترونیدازول با کدام آنتی بیوتیک است؟

الف) پنی سیلین

ب) آموکسی سیلین

ج) آزیترومایسین

د) تتراسایکلین

پاسخ گزینه ب ، صفحه 180 کتاب پرودانتیکس پارسه

♦ مؤثرترین ترکیب آنتی بیوتیکی

✓ آموکسی سیلین + مترونیدازول بیشترین تأثیر بر:

✓ کاهش عمق پاکت

✓ کاهش BOP (خونریزی هنگام پروب)

✓ افزایش چسبندگی کلینیکی (CAL)

114- کدام قلب پرپودنتال انتخاب اول در بیماران نیازمند جراحی بازسازی استخوان در اطراف

دندانهای مولر میباشد؟

الف) Sulcular

ب) Widman

ج) Modified Widman

د) Papilla Preservation

پاسخ گزینه د، صفحه 188 کتاب پرپودانتیکس پارسه

درمان پرپودنتیت استیج ۲ تا ۴ متوسط تا شدید در نواحی خلفی،

♦ دیفکتهای استخوانی در خلف بیشتر از قدام:

- در نواحی خلفی، **دیفکتهای استخوانی** بیشتر رخ می‌دهند. این دیفکتهای معمولاً به دلیل **سختی دسترسی به ریشه، ضایعات عمیق داخل استخوانی و مشکلات آناتومیک ریشه** (مانند تقعر در نواحی مزیال پرمولر اول ماگزینا و ضایعات فورکا) به درمان جراحی نیاز دارند.

♦ درمان دیفکتهای استخوانی قابل بازسازی:

- در مواردی که دیفکتهای استخوانی قابل بازسازی هستند، تکنیک‌های **Papilla Preservation Flap** یا **Modified Papilla Preservation Flap** انتخاب اول هستند. این تکنیک‌ها به خصوص در ناحیه **اینتروپروگزیمال** که معمولاً دیفکت در آن رخ می‌دهد، مؤثرتر هستند.

115- بخیه Holding در فلپ‌های و برای ایجاد موقعیت به کار برده میشود.

الف) Full thickness - کرونالی

ب) Partial thickness - کرونالی

ج) Full thickness - اپیکالی

د) Partial thickness - اپیکالی

پاسخ گزینه د، صفحه 217 کتاب پرپودانتیکس پارسه

Periosteal Suture

- کاربرد:

✓ نگه داشتن فلپ‌های **partial thickness** که جابجایی اپیکالی دارند.

✓ **تثبیت فلپ روی پریوست** برای بهبود تطابق و پایداری فلپ در موقعیت جدید.

انواع بخیه پریوستال:

۱. Holding Suture (بخیه نگه‌دارنده):

- یک مترس افقی که در **بیس فلپ** قرار داده می‌شود.

- **فلپ را در موقعیت اپیکالی تثبیت** می‌کند.

116- widows peaks در ناحیه لاین انگل متعاقب کدام مرحله از جراحی پرئودنتال رزکتیو

(Resective surgery) ایجاد می‌گردد؟

الف) Vertical Grooving

ب) Radicular Blending

ج) Flattening Interproximal Bone

د) Gradualizing Marginal Bone

پاسخ گزینه ج ، صفحه 222 کتاب پرئودانتیکس پارسه

✓ مراحل نهایی جراحی رزکتیو استخوان

Flatting ◇ استخوان اینترپروگزیمال

✓ حذف حداقل مقدار ممکن از استخوان نگهدارنده

✓ اصلاح نقص‌های یک دیواره‌ای یا همی‌سپتوم

✓ کمک به بسته شدن فلپ و بهبود نقایص سه‌دیواره‌ای

در نقص‌های پیشرفته، نیاز به برداشت زیاد استخوان می‌تواند پیش‌آگهی دندان را به خطر بیندازد.

Gradualizing ◇ استخوان مارچینال

✓ فرآیند نهایی **استکتومی** برای هموارسازی اختلافات جزئی استخوانی

✓ حذف **Widow's Peak** (ناهمواری‌های کوچک در لاین انگل‌های

لثه) برای جلوگیری از باقی ماندن پاکت‌های عمیق

117- در روش Laser Assisted New Attachment Procedure (LANAP) از کدام نوع

لیزر استفاده میشود؟

الف) Nd:YAG

ب) Diode

ج) Er:YAG

د) Co2

پاسخ گزینه الف، صفحه 209 کتاب پرئودانتیکس پارسه

Laser-Assisted New Attachment Procedure (LANAP) شامل مرحله اول درمان با لیزر Nd:YAG با تنظیمات ۴۰۰ وات و دانسیته انرژی ۱۹۶۵ ml/mm و مدت پالس ۱۰۰ میکروثانیه و ۲۰ هرتز است.

118- با بررسی سوابق بیماری که تحت درمان پرئودنتیت قرار داشته مشخص میشود که دندانهای پرمولر دوم و مولر اول فک بالا دچار افزایش لقی بدون تغییر محسوس در شاخص خونریزی عمق پروبینگ و تراز استخوان کرسنال شده اند. محتمل ترین علت چیست؟

الف) نسبت نامناسب طول تاج به ریشه

ب) عدم کنترل پلاک توسط بیمار

ج) عدم کنترل پلاک حرفه ای توسط درمانگر

د) بیماری سیستمیک کنترل نشده

پاسخ گزینه الف، صفحه 211 کتاب پرئودانتیکس پارسه

تطابق سوالات دندان پزشکی پرئودانتیکس پارسه

TABLE 70.2 Symptoms and Causes of Recurrence of Disease

Symptom	Possible Causes
Increased mobility	Increased inflammation Poor oral hygiene Subgingival calculus Inadequate restorations Deteriorating or poorly designed prostheses Systemic disease modifying host response to plaque
Recession	Toothbrush abrasion Inadequate keratinized gingiva Frenum pull Orthodontic therapy
Increased mobility with no change in pocket depth and no radiographic change	Occlusal trauma caused by lateral occlusal interference, bruxism, high restoration Poorly designed or worn-out prosthesis Poor crown-to-root ratio

119- کدام مورد هم در ثبات اولیه و هم در ثبات ثانویه ایمپلنت موثر است؟

(الف) ژئومتری ایمپلنت (ماکرودیزاین)

(ب) سطح ایمپلنت (میکرودیزاین)

(ج) کمیت و کیفیت بافت نرم

(د) کمیت و کیفیت بافت سخت

پاسخ گزینه د، صفحه 276 کتاب پرودانتیکس پارسه

■ **ثبات اولیه** در زمان جراحی حاصل می‌شود و وابسته به ژئومتری ایمپلنت (macrodesign) و کمیت و کیفیت استخوان موجود در ناحیه است.

■ **ثبات ثانویه** در طول زمان با ترمیم به دست می‌آید و به سطح ایمپلنت (mi-crodesign) و کمیت و کیفیت استخوان مجاور بستگی دارد که تعیین‌کننده درصد تماس بین ایمپلنت و استخوان می‌باشد.

120- کدام مورد با انتخاب شاخص Marginal Bleeding به جای Bleeding on Probing

برای ارزیابی التهاب بافت نرم اطراف ایمپلنت‌های دندان‌های کاهش می‌یابد؟

(الف) مثبت کاذب

(ب) مثبت واقعی

(ج) منفی کاذب

(د) منفی واقعی

پاسخ گزینه الف، صفحه 294 کتاب پرودانتیکس پارسه

✓ BOP اطراف ایمپلنت بیشتر از دندان‌ها رخ می‌دهد.

✓ BOP اطراف ایمپلنت می‌تواند التهاب را نشان دهد، اما هنوز به‌عنوان یک نشانگر معتبر برای ارزیابی سلامت یا بیماری ایمپلنت‌ها قابل استفاده نیست.

مشکل خونریزی مثبت کاذب با پروبینگ:

• خونریزی مارژینال به‌عنوان نشانگر حساس‌تر برای التهاب پیشنهاد شده است، زیرا احتمال مثبت کاذب در آن کمتر است.

پروتز کامل (دکتر محمد سعیدی)

۱۲۱- اکلوزن دنچر با کدام گزینه باید هماهنگ باشد؟

- الف) رفلکس شرطی شده و انتهای بلغ آگاهانه
- ب) رفلکس شرطی شده و ابتدایی بلغ آگاهانه
- ج) رفلکس شرطی نشده و ابتدایی بلغ نا آگاهانه
- د) رفلکس شرطی نشده و انتهای بلغ نا آگاهانه

پاسخ گزینه ج

۱۲۲- عملکرد صحیح Functional unit of buccinator به کدام عامل بستگی دارد؟

- الف) عضله بوکسیناتور
- ب) عضله اور بیکولاریس اوریس
- ج) موقعیت دنچر بالا
- د) موقعیت دنچر پایین

پاسخ گزینه ج - فصل 11 کتاب پروتز کامل پارسه

Functional unit of buccinators : (توضیح شکل بعدی)

عضله باکسیناتور

و عضله حلقوی دوردهانی هستند.

که برای عمل صحیح خود به موقعیت دنچر بالا وابسته هستند.

نطاق سوالات پروتز کامل پارسه

۱۲۳- کدام گزینه ترتیب حذف خطای اکلوزالی در دندانهای غیر آناتومیک را نشان می دهد؟

- الف) تنظیم دندانهای خلفی ماگزila - ریمانیت دنچر ماگزila - تراش انتخابی دندان های مندیبل
- ب) ریمانیت دنچر ماگزila - تراش انتخابی دندان های مندیبل - تنظیم دندان های خلفی ماگزila
- ج) ریمانیت دنچر ماگزila - تنظیم دندانهای خلفی ماگزila - تراش انتخابی دندان های مندیبل
- د) تراش انتخابی دندانهای مندیبل - ریمانیت دنچر ماگزila - تنظیم دندان های خلفی ماگزila

پاسخ گزینه الف - فصل 12 کتاب پروتز کامل پارسه

حذف خطاهای اکلوزالی در دندان‌های غیر آناتومیک
مرحله اول: ابتدا باید دندان‌های خلفی ماگزila اصلاح شوند.
این سایش محافظه کارانه (conservative sanding) با استفاده از یک کاغذ ماسه‌ای بسیار نازک (ultrafine sanding paper) در مقابل یک سطح واقعا مسطح انجام می‌شود.
مرحله‌ی بعد: ریمانت دنچر ماگزila دارای دندان‌های مسطح و سپس تنظیم تماس‌های اکلوزالی با کاغذ آرتیکولاسیون.
Selective grinding فقط در دندان‌های مندبیل باید انجام شود زیرا پلن اکلوزال دنچر ماگزila توسط کاغذ ماسه‌ای تنظیم شده است.

۱۲۴- کدامیک از موارد تجویز اتچمنت باری شکل می باشد؟

- الف) ریج حجیم مندبیل
- ب) ریج آتروفیک مندبیل
- ج) در بیمار با مهارت دستی کاهش یافته
- د) در مندبیل مثلی با بیش از دو ایمپلنت

پاسخ گزینه ب و د – فصل ۱۷ کتاب پروتز کامل پارسه

موارد تجویز اتچمنت‌های باری شکل

۱) اوردنچرهای فک بالا، ۲) ریج‌های آتروفیک مندبیل و ۳) مندبیلی که به خاطر انحنای بیرون زده ریج بیش از دو ایمپلنت در آنها استفاده شده است.

125 – Passivating activity مربوط به فعالیت کدام عنصر است؟

- الف) کروم در آلیاژ کبالت و نیکل
- ب) کبالت در آلیاژ کروم
- ج) نیکل در آلیاژ کروم و کبالت
- د) کبالت در الباز نیکل

پاسخ گزینه الف – فصل ۷ کتاب پروتز کامل پارسه



نقش عناصر مختلف به این آلیاژها:

- منگنز و سیلیکون: بهبود fluidity برای ریختگی
- مولیبدن، تنگستن و کربن: hardening and strengthening elements سخت و مستحکم کننده
- passivating effect در نتیجه حضور کروم برای جلوگیری تارنیش و کروژن در هر آلیاژ کبالت و نیکل ایجاد می‌شود.
- خصوصیات: استحکام بالا - سختی و ضریب الاستیک بالا (stiffness) - چگالی پایین - مقاومت به خوردگی بالا - هزینه پایینتر نسبت به آلیاژهای طلا.

۱۲۶- در حرکات پارافانکشنال در اکلوزن بالانس شده با رمپ رمپ بالانس کننده مولر دوم در چه حرکاتی کمک کننده خواهد بود؟

- الف) در تماسهای برنده سمت کارگر
- ب) در تماسهای غیر برنده سمت کارگر
- ج) در تماسهای برنده سمت غیر کارگر
- د) در تماسهای غیر برنده سمت غیر کارگر

پاسخ گزینه الف - فصل 10 کتاب پروتز کامل پارسه

عملکرد رمپ: این balancing side ramp در حرکات پارافانکشنال در تماسهای برنده (incisive) سمت کارگر کمک خواهد کرد.

۱۲۷- کدامیک از علائم سایپورت زیاد لب توسط دنچر می باشد؟

- الف) وجود چین و چروک اطراف لب
- ب) کم دیده شدن دندانها
- ج) لبه گرد شده ورمیلیون لب
- د) محو شدن چین لبیومنثال

پاسخ گزینه د - فصل 5 کتاب پروتز کامل پارسه

نکته: اگر فلنچ لبیال دنچر زیاد ضخیم باشد:

۱- ظاهر لب پر به نظر رسیده تا حدی که لب را جابه‌جا می‌کند ۲- باعث ضخیم یا کوتاه‌شدن ظاهر لب می‌شود. ۳- فیلتروم و یا منتو لبیال محو (obliterated) می‌شود.

۱۲۸- در صورتی که اوربایت دندان های قدامی صفر باشد و میزک شنایایی کاملاً صاف قرار داده شود و اکلوزن مونوپلن باشد، جدایی دندان های خلفی بوسیله کدام عامل رخ می‌دهد؟

(الف) فشردگی بافت‌های مخاطی

(ب) قوس جبرانی قدامی خلفی

(ج) شیب مولر دوم

(د) حرکت رو به پایین‌کنندگی

پاسخ گزینه د- فصل ۹ کتاب پروتز کامل پارسه

● در صورت اوربایت صفر بین دندان‌های قدامی: میزک ثنایایی کاملاً صاف قرار داده می‌شود. دندان‌های قدامی به گونه‌ای چیده می‌شوند که فقط در لبه انسیزال تماس داشته (یا تماس نداشته باشند). هرگونه *disclusion* خلفی، در نتیجه حرکت رو به پایین‌کنندگی‌ها می‌باشد.

۱۲۹- اگر بیمار در جلسه Try-in دندان های دنچر کلمه فلفل را به صورت ول ول تلفظ کند. چه تغییری در دندان ها باید اعمال شود؟

(الف) دندان های قدامی بالا پایین تر برده شوند.

(ب) دندان های قدامی پایین جلوتر برده شوند.

(ج) دندان های قدامی بالا بالاتر برده شوند.

(د) دندان های قدامی بالا جلوتر برده شود.

پاسخ گزینه ج- فصل ۱۵ کتاب پروتز کامل پارسه

✓ اگر دندان‌های قدامی بالا، خیلی بلند باشند یا خیلی پایین چیده شده باشند، صوت [f] شبیه v ادا خواهد شد.



۱۳۰- در صورتی که بافت های ساپورت کننده در زیر یک دنچر قدیمی، دارای یک التهاب غیر قرینه باشند کدامیک از اعمال زیر جهت رفع مشکل بیمار انجام می شود؟

الف) تصحیح اکلوزن

ب) ریلاین دنچر

ج) ریپیس دنچر

د) استفاده از تیشو کاندیشنر

پاسخ گزینه الف – فصل 14 کتاب پروتز کامل پارسه

علامت دنچرهایی که فقط از نظر اکلوزن مشکل دارند:

۱) بافت های ساپورت کننده ممکن است التهاب غیرقرینه (در یک سمت دهان بیشتر از سمت دیگر)، نشان دهند.

تطابق سوالات پروتز کامل پارسه

پیشگامان پارسه

پروتز ثابت (دکتر محمد سعیدی)

۱۳۱- در صورتیکه بیمار محدودیت باز کردن دهان داشته باشد و محل ناراحتی خود را جایی دورتر از مفصل

گیجگاهی فکی نشان دهد کدام محتمل است؟

الف) دیسفانکشن در فضای فوقانی مفصل

ب) دیفانکشن در فضای تحتانی مفصل

ج) دیسفانکشن سیستم عصبی - عضلانی

د) اسپاسم عضلانی

پاسخ گزینه ج - فصل 1 کتاب پروتز ثابت پارسه

فصل 1 مقدمه‌ای بر پروتز ثابت



فایل زروستومی: رادیوگرافی ناحیه دهان، سنترم شوگرن (ابتدا توسط دندانپزشک تشخیص داده می‌شود)، ۴۰۰ نوع دارو و بیماری‌های اتوایمیون از قبیل آرتریت روماتوئید، LE و اسکرودرمی
آنتی‌هیستامین‌ها بزرگ‌ترین گروه دارویی ایجادکننده زروستومی (در افراد دچار آلرژی مزمن) هستند.
سایر داروها: آنتی‌کولینرژیک‌ها - آلورکتیک‌ها - ضد فشارخون‌ها

استئونکروز

ناشی از بی‌فسفونات (BRONJ)، به دلیل تجویز وریدی بی‌فسفونات‌ها در درمان تومورهای متابولیک استخوانی ابتدا به استئونکروز ناشی از بی‌فسفونات خوراکی (نسبت به IV) ۱۰٪-۸۳٪ منجر است.

زمان ایجاد استئونکروز:

۱. متعاقب جراحی
۲. خودبه‌خود (شیوع ۲۵ درصد)

کاربرد ایمپلنت دندان در افراد تحت درمان با بی‌فسفونات منع مصرف دارد (خلق نظر Marx و Scully).

ارزیابی TMJ و اکلوزن

قبل از درمان پروتز ثابت، فانکشن TMJ باید ارزیابی شود. همچنین دردهای ناحیه شانه و سر و گردن که با درد ارجامی است یا ناشی از دیسفانکشن عضلانی یا مفصلی است باید بررسی شود. سپس کلیک و کریپتوس استیووماتیک (که در ۱/۳ جمعیت دیده می‌شود) محدودیت در حرکات و انحراف از می‌دلاین ارزیابی می‌شود.

ظاهر فیزیکی و فعالیت بیمار برای یافتن نشانه‌های manipulating the bite and clenching باید ارزیابی شود. این اعمال باعث خستگی، درد عضله و هایپرتروفی ماستر می‌شود.

این افراد گاهی حتی حین صحبت کردن، دندان‌ها را به هم می‌فشارند.

لمسی مختصر عضلات حساسیت و tightness آن‌ها را مشخص می‌کند.

اگر بیمار علت آردگی و درد را در عضلات اطراف TMJ با لمسی نشان دهد، احتمال دیسفانکشن سیستم عصبی عضلانی وجود دارد.

نمای Square jaw یا آرواره چهارگوش: در بیماران پارافانکشن به‌دلیل ماستر قوی است، این افراد clench حین صحبت کردن، درد و خستگی عضلانی دارند.

محل لمس عضلات

- ماستر: سطح خارجی راموس با چهار انگشت (خارج دهانی)
- مشیال: تریگلوئید، با انگشت نشانه (داخل دهانی)
- تراپیزوئوس: ذوزنقه‌ای در بیس اسکال و بالای گردن
- تمپورال: در گیجگاه یا ۲ انگشت اشاره و میانی
- SCM: استرنوکلیوئید و ماستوئید به‌صورت bi digit (با دو انگشت شست و نشانه) که با چرخش سر قدری برجسته می‌شود.

معاینات داخل دهانی

اولین بررسی در معاینات داخل دهانی، معاینه به‌دلت و آخرین موضوع بررسی اکلوزن است. تمام نواحی از جهت التهاب، لته، stippling، پاکت (محل و عمق) و ریج بی‌دندانی، mobility تماس‌های پیشرس، راهنمای قدامی و رستوریشن‌های قبلی ارزیابی می‌شوند. در ۳۰-۶۰٪ موارد دیستال دندان عقل پایین، لته چسبیده نداشته و احتمال وجود التهاب مزمن هست؛ لذا انتخاب شعیفی برای انجام کراون است.

لته چسبیده اطراف همه دندان‌ها به‌خصوص ایامت‌ها باید بررسی شود.

گست‌های تشخیصی

برای تعیین فضاها بی‌دندانی، ارزیابی دقیق طول ناحیه بی‌دندانی، میزان انحنا قوس، طول و انحراف ایامت‌ها و ارزیابی مسیر نشست (POI)، چرخش و جابه‌جایی‌های MID و BL، ارزیابی اکلوزن و وکس‌آپ استفاده می‌شود.

کتابچه
حباب در گس: ناشی از اشتباه تکلیس در ریختن قالب
ندول در گس: ناشی از اشتباه دندانپزشک در احتباس
هوا حین قالب‌گیری

۱۳۲- در صورتیکه در جلسه امتحان پست و کور پست و کور حین وارد شدن گیر کند و خارج نشود. ناحیه اینتر

فرنس کجاست؟

الف) زیر کور

ب) زیر کنترلرول

ج) دیواره کنار پست

د) دیواره کنار کور

پاسخ گزینه ج - فصل ۱۸ کتاب پروتز ثابت پارسه



شکل ۱۸-۱۸

اگر داول کور ضمن وارد شدن تدریجی گیر کند و خارج نشود، ناحیه اینترفرنس در کنار داول واقع است. چنانچه داول کور در ابتدای نشستن به‌طور ناگهانی متوقف شود و بدون مقاومت خارج شود، انسداد یا در زیر کور یا در رأس داول است. وقتی کستینگ به‌طور کامل و بدون گیر کردن (Binding) بنشیند، دکمه ایمنی (safety knob) را خارج کرده، سطوح آگزیال و اکلوژال را بررسی می‌کنیم. کانتورها باید به‌صورت تراش کراون ایده‌آل همراه با فاصله (Clearance) اکلوژالی کافی و بدون اندرکات باشند. در صورت لزوم تنظیم (adjustment) صورت گرفته و سپس همه سطوح را به‌وسیله سندبلاست کردن تمیز می‌کنیم.

۱۳۳- منظور از خاصیت Rheopex چیست؟

الف) بهم چسبیدن توده تحت فشار

ب) خاصیت مویینگی

ج) انبساط متعادل با انبساط پرسن

د) قابلیت سیلان خوب

پاسخ گزینه الف - فصل 20 کتاب پروتز ثابت پارسه

پروتز ثابت

کور رستوریشن‌های با استحکام بالا

High-strength core restoration

کور رستوریشن‌های با استحکام بالا متشکل از یک زیرساخت سرامیکی است که توسط پرسنل فلدسپاتیک به‌منظور تأمین زیبایی پوشیده می‌شود. این کورها از آلومینا Alumina، زیرکونیا Zirconia یا ترکیبی از هر دو ساخته شده‌اند. استحکام بالا به تکنیک‌های اچینگ پاسخ نمی‌دهد؛ بنابراین باند بین رزین و مواد کور حداقل خواهد بود.

زیر ساخت‌های تقویت‌شده با آلومینا

Alumina - reinforced substructures

• اولین سرامیک کور با استحکام بالا، آلومینایی بود که به داخل شیشه نفوذ کرده است (Glass-infiltrated alumina)، این سیستم از آلومینا به‌عنوان ماده کور استفاده می‌شود. یک سوسپانسیون از مواد با ذرات ریز Slip با قوام خامه‌ای رقیق، مخلوط‌شده با روشی به نام Slipcasting توسط پرس روی دای مالیده می‌شود، آلومینا در کوره حرارت داده می‌شود sintered یا fired می‌شود و اجزا بدون ذوب شدن کامل به هم متصل می‌شوند.

انقباض دای دوپلیکیت‌شده طی پخت، خروج کوپینگ از روی آن را تسهیل می‌کند.

در مرحله دوم حرارت دادن، گلاس به سطح کور متخلخل مالیده می‌شود و با خاصیت لوله‌های مویینه به ماده کور متخلخل جذب Absorbed یا القا infused می‌شود. کریستال‌های آلومینای متراکم شده، توسعه ترک‌ها crack propagation را محدود کرده و اینفیلتریشن گلاس، تخلخل باقی‌مانده را حذف می‌کند.

مایع slip باید تحت فشار سفت شود، به این خصوصیت Rheoplectic می‌گویند.

اینفیلتراسیون گلاس در کور متخلخل حاصله، رنگ، ترانسلوسنسی و استحکام نهایی کوپینگ را تأمین می‌کند.

• به نظر نمی‌رسد که اینفیلتریشن اضافی گلاس (1/0 تا 3/0 میلی‌متر) روی سطح کور اثر نامطلوبی روی استحکام کراون‌های In-Ceram داشته باشد. هرچند می‌توان کرومای رستوریشن را افزایش داده و میزان عبور نور را کاهش دهد.

طرح زیرساخت substructure مستحکمی را فراهم می‌کند که در مقابل خم شدن مقاومت کرده و ونیر را ساپورت می‌کند. پرسنل‌های معمولی روی کور قرار داده می‌شود تا کانتور و رنگ نهایی را کامل کنند.

نکته

آلیاژ شده که رستوریشن‌های غیر لایه‌ای یا monolithic نسبت به شکستگی‌های رایج پرسنل‌های ونیری ضعیف‌تر که به‌صورت لایه‌ای به‌کار می‌روند، ایمن هستند.

یک فرصت منحصربه‌فرد که به‌وسیله مواد پیش‌ساخته فلدسپاتیک و مواد تقویت‌شده با لوسایت فراهم شده، این است که علاوه بر بلوک‌های مونوکروماتیک monochromatic استاندارد، در بلوک‌هایی با ترانسلوسنسی گوناگون نیز در دسترس هستند. (e)، Triluxe vitablocs and [vivadent Ivoclar] Multi CAD Empress IPS [vident]، ترانسلوسنسی این بلوک‌های سرامیک از رنگ طوق لثای با کرومای زیاد در یک طرف بلوک تا رنگ عاج در مرکز بلوک و ترانسلوسنسی مینا در سمت دیگر بلوک متغیر است.

• در شرایطی که دندان آماده‌شده دارای رنگ یکنواخت و مطلوب باشد، بهترین زیبایی با سرامیک‌هایی که ترانسلوسنسی بیشتری دارند، به دست می‌آید. وقتی یک رستوریشن سرامیک ترانسلوسنت با یک رزین ترانسلوسنت باند می‌شود، اجازه می‌دهد که رنگ طبیعی دندان زیرین از میان آن قابل مشاهده شود و معمولاً منجر به دستیابی به واقعی‌ترین نتیجه ممکن می‌شود.

حتی با انواع اپاسیته بالای گلاس سرامیک، پوشاندن (Block-out) برخی از تغییر رنگ‌ها discolorations مشکل یا غیرممکن است. چگونگی تأثیر یک رستوریشن در پوشاندن تغییر رنگ‌های زیرین وابسته به چندین فاکتور، علاوه بر اپاسیته سرامیکی است که رستوریشن از آن ساخته شده است. ضخامت رستوریشن آماده‌شده نقش مهمی در میزان تأثیر آن در پوشاندن تغییر رنگ دندان‌های زیرین بازی می‌کند.

فاکتور دیگر که اغلب نادیده گرفته می‌شود، هیوی hue واقعی و شدت (intensity) تغییر رنگ است.

نکته

• پوشاندن تغییر رنگ‌هایی که در محدوده نقره‌ای تا خاکستری تیره قرار دارند، دارای بیشترین دشواری است؛ درحالی‌که هیوهای زرد تا طلایی می‌تواند به‌طور مؤثرتر و قابل پیش‌بینی‌تری پوشانده شود.

رنگ سمان‌های رزینی استفاده‌شده جهت باند رستوریشن می‌تواند همچنین بر رنگ نهایی تأثیرگذار باشد. بسیاری از سازندگان سمان‌های رزینی، خمیرهای in-Try را ارائه کرده‌اند. بر توانایی رنگ‌های سمان برای اصلاح رنگ‌ها و پوشاندن تغییر رنگ‌ها غالباً بیش از حد تأکید شده است و اثر واقعی سمان معمولاً ناچیز است؛ بنابراین، هنگامی که در برابر تغییر رنگ چالش‌برانگیز دندان آماده‌شده قرار می‌گیریم، قابل پیش‌بینی‌ترین کار آن است که بر مینای اپاسیته رستوریشن عمل نماییم، تا اینکه بخواهیم به رنگ‌های متفاوت سمان برای تغییر رنگ قابل توجه رستوریشن نهایی تکیه کنیم، به‌طور کلی باید از رستوریشن‌های گلاس سرامیک وقتی که دندان آماده شده تغییر رنگ زیادی دارد، اجتناب شود.

۱۳۴- چرا وقتی که بریج با اتصال دهنده غیر سخت ساخته می شود ضروری است مسیر ورود مجرای کلید (Key) با دندان پایه دیستالی در یک امتداد قرار بگیرند؟

الف) امکان نشان دادن بخش قدامی فریم

ب) نشست بیشتر هنگام اکلوژن

ج) امکان نشان دادن بخش خلفی فریم

د) کمتر شدن نیروی کانتی لور در پایه خلفی

پاسخ گزینه ج - فصل ۶ کتاب پروتز ثابت پارسه

مزایای Non Rigid Connector

۱. انطباق دقیق؛
۲. ممانعت از انتقال استرس به پروتز؛
۳. کاهش حرکت مزودیستال دندان پایه.

نکته

در این طرح استرس به جای کانکتور، به صورت Shear (برشی) به استخوان منتقل می شود.

شایع ترین طرح Non Rigid Connector

Key به شکل T در مزیال پونتیک خلفی و keyway دم چلچله ای در دیستال دندان Pier است. علت این امر: حرکت مزیالی دندان خلفی و کمک به نشست بهتر key در keyway است. اگر استرس بریکر در مزیال پیراباتمنت باشد: بلند شدن key، منجر به حرکت پاتولوژیک پایه قدامی و شکست ریتینر می شود. اگر استرس بریکر در هر یک از دندان های پایه انتهایی قرار گیرد، عمل اهرمی پونتیک حول پایه میانی ایجاد می شود.

کنترل اندیکاسیون های استرس بریکر

۱. بریج های طویل
۲. وجود mobility قابل توجه در دندان های پایه: در این موارد بریج های Rigid به دلیل پخش یکنواخت تر استرس، ارجح هستند.
۳. وقتی در مقابل دو واحد انتهایی، دندان طبیعی نداریم.

۱۳۵- در مفصل با مشکل Internal derangement صدای click در چه مرحله ای شنیده می شود؟

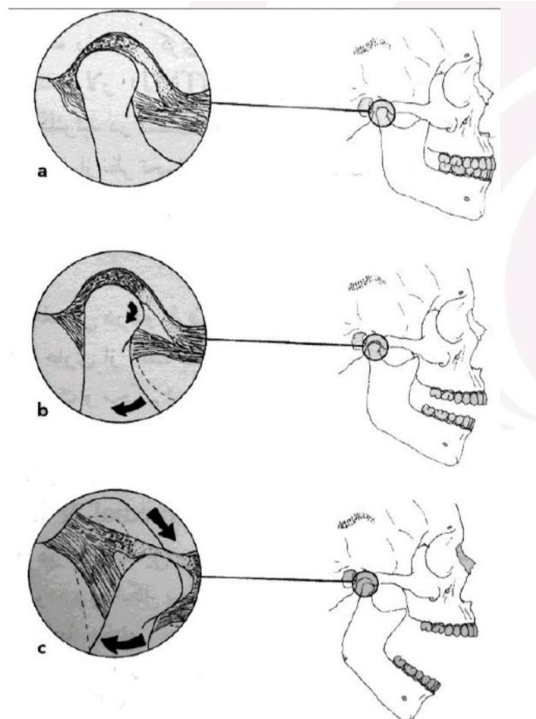
الف) در intercuspal position

ب) پس از باز شدن اولیه چرخشی

ج) در مرحله Translation

د) ابتدای باز نمودن دهان

پاسخ گزینه ج - فصل 2 کتاب پروتز ثابت پارسه



شکل ۲-۲ (a) در یک مفصل دیسک فانکشنال همراه با بی‌نظمی داخلی (Internal derangement)، دیسک به سمت جلوی کندیل در موقعیت اینتر کاسپال جابه‌جا می‌شود. (b) پس از باز شدن چرخش اولیه، کندیل همچنان در خلف دیسک قرار دارد. (c) در جابه‌جایی فک پایین هنگام باز شدن حداکثر، کندیل مجدداً دیسک را فرا می‌گیرد و هر بار Clicking رخ می‌دهد.

۱۳۶- تماس کدام کاسب در اکلوژن کاسب - مارجینال ریج و کاسب - فاسا مشابه است؟

الف) کاسب باکال پرمولر اول پایین

ب) کاسب باکال پرمولر دوم پایین

ج) کاسب پالانال پرمولر اول بالا

د) کاسب دیستوپالانال مولر دوم بالا

پاسخ گزینه ج

Table 19-2 Mandibular cusp placement

Mandibular buccal cusps	Maxillary occlusal surfaces	
	Cusp-fossa	Cusp-marginal ridge
First premolar	Mesial fossa of the first premolar	Mesial marginal ridge of the first premolar
Second premolar	Mesial fossa of the second premolar	Distal marginal ridge of the first premolar and mesial marginal ridge of the second premolar
Mesiofacial cusp of the first molar	Mesial fossa of the first molar	Distal marginal ridge of the second premolar and mesial marginal ridge of the first molar
Distofacial cusp of the first molar	Central fossa of the first molar	Central fossa of the first molar
Distal cusp of the first molar	Distal fossa of the first molar	Usually nonfunctional
Mesiofacial cusp of the second molar	Mesial fossa of the second molar	Distal marginal ridge of the first molar and mesial marginal ridge of the second molar
Distofacial cusp of the second molar	Central fossa of the second molar	Central fossa of the second molar
Distal cusp of the second molar	Usually nonfunctional	Usually not present

Table 19-3 Maxillary cusp placement

Maxillary palatal cusps	Mandibular occlusal surfaces	
	Cusp-fossa	Cusp-marginal ridge
First premolar	Distal fossa of the first premolar	Distal fossa of the first premolar
Second premolar	Distal fossa of the second premolar	Distal fossa of the second premolar
Mesiopalatal cusp of the first molar	Central fossa of the first molar	Central fossa of the first molar
Distopalatal cusp of the first molar	Distal fossa of the first molar	Distal marginal ridge of the first molar and mesial marginal ridge of the second molar
Mesiopalatal cusp of the second molar	Central fossa of the second molar	Central fossa of the second molar
Distopalatal cusp of the second molar	Distal fossa of the second molar	Distal marginal ridge of the second molar

۱۳۷- کدام مکانیسم باند متال به سرامیک تحت تاثیر طراحی فریم قرار دارد؟

الف) Mechanical entrapment

ب) Compressive forces

ج) Van der Waals forces

د) Chemical bonding

پاسخ گزینه ب- فصل 21 کتاب پروتز ثابت پارسه

تطابق سوالات پروتز ثابت پارسه



مکانیسم‌های باندینگ

چهار مکانیسم جهت باند بین ونیر سرامیک و زیرساخت (substructure) فلزی وجود دارد:

۱. احتباس مکانیکال (Mechanical entrapment) یا میکرومکانیکال؛
۲. نیروهای فشاری (Compressive Forces)؛
۳. نیروهای واندروالسی (Vander Wall's forces)؛
۴. باند شیمیایی (Chemical bonding) یا ادهین واقعی.

احتباس مکانیکال (microabrasions)

سطح کوپینگ فلزی به وسیله برداشت فلز یا دیسک‌ها یا سنگ‌های غیرالوده‌کننده یا abrasion زیر می‌شود. در مقایسه با فلز آماده‌نشده، فینیشینگ سطح باعث افزایش باند متال - سرامیک می‌شود.

wettability air abrasion را افزایش داده باعث گیر مکانیکی (interlocking mechanical) شده و برای باند شیمیایی سطح لازم را افزایش می‌دهد. استفاده از یک عامل اتصال‌دهنده (bonding agent) مثل کره‌های پلاتین (sphere Platinum) به قطر ۳ تا ۶ میکرون نیز می‌تواند به‌طور قابل توجهی استحکام باند را افزایش دهد.

«نیروهای فشاری» (Compressive)

در رستوریشن متال-سرامیک از طریق طراحی صحیح کوپینگ و ضریب اتساع حرارتی قدری بالاتر کوپینگ فلزی نسبت به پرسنل که روی آن ونیر شده است، حاصل می‌شود. این اختلاف ناچیز در ضرایب اتساع حرارتی باعث می‌شود که پرسنل هنگام سرد شدن بعد از پخت به‌سوی کوپینگ فلزی کشیده شود.

نیروهای واندروالسی

شامل جاذبه‌ای بر اساس کشش دو جالبه مولکول‌های باردار است. این نیروها منجر به اتصال (bonding) می‌شوند. ولی نیروهای ضعیفی هستند که اهمیت آن‌ها به اندازه‌ای که قبلاً تصور می‌شد، نیست.

تکنیک

اگرچه جاذبه مولکولی نقش کمی در قدرت باند دارد، اما در آغاز کردن (Initiation) باندهای شیمیایی بسیار مهم و حائز اهمیت است.

«باند شیمیایی» (bonding chemical)

از طریق تشکیل یک لایه اکسید روی فلز و نیز به‌واسطه قدرت باند که از طریق پخت در اتمسفر اکسیدکننده افزایش می‌یابد فراهم می‌شود. وقتی فلز در هوا می‌سوزد، عناصر جزئی (Trace element) موجود در آلیاژ طلا مثل قلع، ایندیم، گالیوم یا آهن به طرف سطح مهاجرت کرده، تشکیل اکسیدها را داده و سپس به اکسیدهای مشابه در لایه پرسنل اپک باند می‌شوند. یک آلیاژ طلا که حاوی مقادیر کم قلع و آهن است، باند خیلی قوی‌تری نسبت به آلیاژ خالص طلا، با پرسنل برقرار می‌کند. در صورت ایجاد

۲۱

رستوریشن‌های فلزی-سرامیکی

فصل ۲۴ شیلیبرگ ۲۰۱۲

در ۴ سال اخیر، ۲ سؤال از این فصل مطرح شده است.

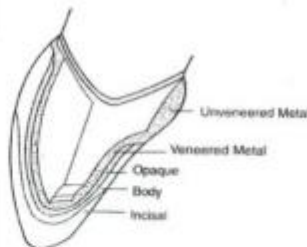
رستوریشن‌های متال - سرامیک را نباید در مواردی که می‌توان از رستوریشن‌های با تخریب کمتر استفاده کرد، جایگزین کرد.

تعدادی از اسامی مختلف این رستوریشن‌ها عبارتند از:

- ۱- ceramco crown - ۲ porcelain veneer crown (PVC)، ۳- to metal porcelain fused (M.F.P).

کوپینگ فلزی در یک رستوریشن فلزی - سرامیکی توسط سه لایه پرسنل پوشانده می‌شود:

- ۱- پرسنل اپکد فلز زیرین را پنهان می‌کند، برای دستیابی به رنگ مطلوب ضروری است و نقشی مهمی را در اتصال بین فلز و سرامیک بازی می‌کند - تأمین رنگ اولیه (Basic shade).



شکل ۲۱-۱

- ۲- پرسنل عاج یا بدنه (حجم اصلی رستوریشن است و نقش اساسی را در تأمین رنگ دارد).

- ۳- پرسنل مینا یا پرسنل اینییزال برای ایجاد ترانسلوسنسی

Modifier ها فقط به پرسنل اپک و عاج اضافه می‌شوند چون به‌شدت رنگی هستند؛ اما پرسنل‌های clear می‌توانند در هر سه لایه استفاده شوند.

دو علت اساسی برای پذیرش رستوریشن‌های MCR، مقاومت در برابر شکستگی و تأمین زیبایی است.

استحکام رستوریشن‌های MCR بستگی به این عوامل دارد: ۱- پیوند بین سرامیک و فلز؛ ۲- طرح و سختی کوپینگ فلزی؛ ۳- سازگاری فلز با پرسنل.



پروتز روزنتال (دکتر مجتبی قمیشی)

۱۳۸- چرا تراش wingless در تراش برای روکش های زیرکونیا ارجح است؟

الف) عدم نیاز به فرم مقاوم بیشتر

ب) راحت شدن مراحل Milling

ج) تامین زیبایی بیشتر

د) تامین گیر بیشتر

پاسخ گزینه ب - فصل 4 پروتز روزنتال پارسه

دیواره های اغزیال باید تقارب محدودی نشان دهند. تقارب محدود بین دیواره های پروگزیمال، مخصوصاً در دندان های قدامی، به طور قابل ملاحظه ای به گیر کمک میکند. معمولاً شکل مقاوم در اکثر دندان های قدامی به دلیل ابعاد نسبتاً کوچکشان قابل دستیابی است. در دندان های خلفی بزرگتر یک تراش از نوع بالچه دار میتواند ارجح باشد زیرا نسبت به تراش بدون بالچه شکل مقاوم بهتری دارد. در رستوریشن های سرامیکی معمولاً بالچه ایجاد نمی شود چراکه بالچه می تواند برخی از مراحل ساخت (مثل میلینگ) را با چالش روبرو کند.

۱۳۹- Critical Reflectance در کدام نواحی از روکش PFM دندان قدامی می باشد؟

الف) یک سوم سرویکال سطح لینگوال و یک سوم انسیزال سطح باکال

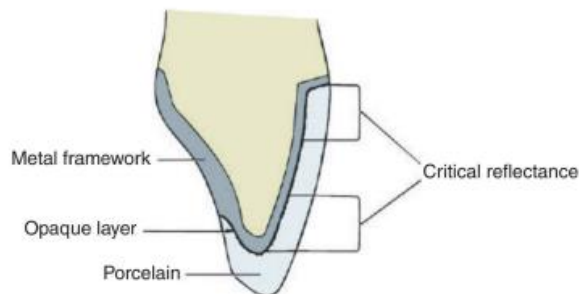
ب) یک سوم سرویکال سطح باکال و یک سوم انسیزال سطح باکال

ج) یک سوم سرویکال سطح باکال و یک سوم انسیزال سطح لینگوال

د) یک سوم سرویکال سطح لینگوال و یک سوم انسیزال سطح لینگوال

پاسخ گزینه ب - فصل 1 پروتز روزنتال پارسه

تطابق سوالات پروتز روزنتال پارسه



(شکل ۶۲-۷)

۱۴۰- در تراش لبه انسیزال سانتترال بالا برای رستوریشن PFM زاویه فرز چگونه باید باشد؟

الف) عمود بر محور طولی سانتترال پائین

ب) موازی با محور طولی سانتترال پائین

ج) عمود بر جهت اعمال نیروی دندان های قدامی فک پائین

د) با زاویه ۴۵ درجه نسبت به محور طولی سانتترال بالا

تطابق سوالات پروتز روزنتال پارسه

پاسخ گزینه الف و ج - فصل ۴ پروتز روزنتال پارسه



شکل ۶-۱۰

شکل ۶-۱۰ A برای اطمینان از تراش یکنواخت و کافی، شیار تعیین عمق ۱/۸ میلیمتری در لبه انسیزال قرار داده شد. B تراش انسیزال تکمیل شده در دندان

پیشگامان پارسه



پروتز پارسیل (دکتر محمد سعیدی)

141- علت باکتریو استاتیک بودن بیس فلزی چیست؟

الف) انطباق دقیق

ب) یونیزاسیون

ج) ماساژ بافتی

د) عدم سایش

پاسخ گزینه ب - فصل 9 کتاب پروتز پارسیل پارسه

۲. واکنش نسبی انساج: بیس فلزی تمیزتر از بیس آکریلی است که خود باعث حفظ سلامتی بافت‌های دهانی می‌شود. شاید متراکم‌تر بودن و خاصیت باکتریواستاتیک آن به دلیل یونیزاسیون و اکسیداسیون بیس فلزی باشد. جرم‌ها روی بیس فلزی هم رسوب می‌کنند ولی سایر رسوبات در بیس آکریلی بیش از بیس فلزی جمع می‌شوند.

142- کدامیک از مزایای Anatomic replica می‌باشد؟

الف) زیبایی بیشتر

ب) عدم نیاز به پالیش الکترولیتی

ج) افزایش ثبات

د) افزایش گیر

پاسخ گزینه د - فصل 5 کتاب پروتز پارسیل پارسه

۴. با تطابق خوب و در نتیجه کشش سطحی (Surface Tension) بین فلز و انساج زیرین، سبب افزایش گیر در مقابل نیروهای وارده توسط غذاهای چسبنده، عمل بافت‌های متحرک در لبه‌های پروتز، نیروی ثقل، عطسه و سرفه می‌شود. این ریتنشن تا حدی به وسیله گسترش بیس پروتز تأمین می‌گردد. مقدار گیری که از نگهدارنده مستقیم و غیر مستقیم (Direct And Indirect Retention) مورد نیاز است، بستگی به ریتنشن فراهم شده توسط بیس دنچر دارد.

143- در صورتی که دندان پایه پروتز، پارسیل نیاز به ترمیم اینله داشته باشد کدام گزینه صحیح است؟

الف) به طور کلی گذاشتن اینله در این دندانها مجاز نیست

ب) عرض باکس اینله باید حداقل باشد تا به طور کامل توسط پلان راهنما پوشیده شود

ج) باید حدود باکس از لاین انگل ها فراتر برود

د) در این حالت باید ترمیم را به آنله تبدیل کرد

پاسخ گزینه الف و ج - فصل 15 کتاب پروتز پارسیل پارسه

در صورتی که ترمیم انتخابی برای یک دندان پایه، اینله باشد، برای جلوگیری از قرار گرفتن لبه‌های باکالی و لینگوآلی ترمیم در مجاورت اتصال دهنده اصلی یا رست‌های اکلوزالی و نازک شدن لبه‌های رستوریشن، این مارژین‌ها باید به میزان کافی فراتر از لاین انگل‌های دندان قرار بگیرند. (از طریق عریض‌تر کردن (Widening) باکس) مگر آن که دیواره آگزیاال از انحنای خارجی دیواره پروگزیمال تبعیت کند. اگر عمق پوشیدگی کم باشد، دیواره ژنژیوال باکس، عمق آگزیاال برابر با عرض فرز فیشور ۵۵۹ خواهد داشت. دیواره ژنژیوال باید در جایی ختم شود که امکان دسترسی برای بهداشت بهتر را بدهد.

144- هنگام مانت کست ها با رکورد حاصل از مواد الاستومریک بیش از همه باید مراقب چه چیزی بود؟

الف) Rebound رکورد متصل به کست

ب) شکستن دندان های کست

ج) تغییر ابعادی رکورد

د) لزوم مانت سریع کست ها

پاسخ گزینه الف

145- در کدام بازوی گیر زیر نوک بازوی گیر میتواند به عنوان جز ثبات دهنده نیز عمل کند؟

الف) I bar

ب) T bar

ج) Hair pin



پاسخ گزینه الف و ب - فصل 7 کتاب پروتز پارسیل پارسه

• بازوهای Y و T شایع‌ترین بازوهای هستند که به نحو نادرست مورد استفاده قرار می‌گیرند. فقط یک سمت نوک این بازوها باید برای گیر استفاده شود. بخش غیر گیر (Non-Retentive) این بازوها هم ثبات محدودی را فراهم می‌کند چون بخشی از یک بازوی Flexible است.

146- در سیستم rpi در صورتیکه پروگزیمال پلایت با سطح راهتنای دندان، تماس نقطه ای داشته باشد، در حرکت دور

از نسج کدام قسمت فولکروم می‌شود؟

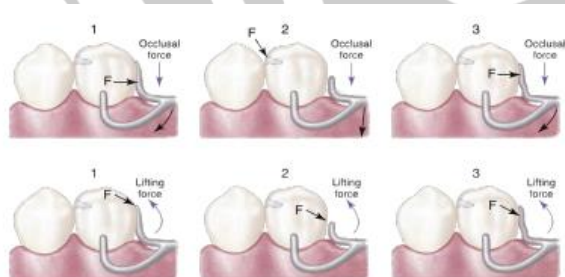
الف) رست مزیالی

ب) نوک بازوی گیر

ج) قسمت ژئویالی پروگزیمال پلایت

د) قسمت اکلوژالی پروگزیمال پلایت

پاسخ گزینه د - فصل 10 پروتز پارسیل پارسه



نکته: در RPD با انتهای آزاد سایپورت هم از دندان و هم از بافت و استخوان زیر گرفته می‌شود. وقتی که تعداد کمی دندان قدامی در اکلوژن سنتریک و غیرسنتریک باریج قدامی در تماس باشند، آسیب به ریح اتفاق می‌افتد به خصوص این موضوع با استفاده از ایمپلنت به بهترین وجه مقابله می‌شود.

147- در کدام فرم قوس احتمال حرکت ارتودنتیک به واسطه لینگوال پلایت بیشتر است؟

الف) مربعی

ب) مثلثی

ج) بیضوی

(د) گرد

پاسخ گزینه ب- فصل 8 پروتز پارسیل پارسه

نکته در پروتز پارسیل کلاس II، I، سینکلوم یار و بوردر فوقانی لینکوپلیت نباید از ۱/۳ میانی دندان‌ها فراقر رود تا طی چرخش بیس انتهای آزاد از حرکات ارتودونتیک دندان‌ها جلوگیری شود. (به ویژه وقتی قوس باریک و تیپر بوده و اتصال دهنده اصلی به دیستال رست‌های انتهایی گسترش دارد)

148- در پروتز پارسیل برای بی‌دندانی CL II Mod I میزان گیر در کدام دندان پایه باید کمتر باشد؟

الف) پایه خلفی مدیفیکیشن

ب) پایه سمت انتهای آزاد

ج) پایه قدامی مدیفیکیشن

د) دو دندان انتهایی

پاسخ گزینه ج- فصل 11 پروتز پارسیل پارسه

در کلاس II کندی - مشتق ۱ سه دندان درگیر است. دندان خلفی ناحیه با ساپورت دندانی و دندان سمت انتهای آزاد دندان‌های پایه اصلی هستند و ریتشن آنها باید برابر باشد. دندان سوم دندان پایه ثانویه (Secondary) است و انتظار ریتشن کمتری از آنها نسبت به سایرین وجود دارد. استثنا: هنگامی است که دندان خلفی ناحیه با ساپورت دندانی پروگنوز ضعیفی دارد.

149- اگر هر دو فک پروتز پارسیل متکی بر دندان داشته باشند کدام فک ابتدا تنظیم میشود؟

الف) فکی که تعداد دندان طبیعی بیشتری دارد

ب) فکی که مدیفیکیشن‌های بزرگتری دارد



ج) فکی که دندان های خلفی بیشتری دارد

د) فکی که با دندان های طبیعی بیشتری اکلوزن دارد

پاسخ گزینه د - فصل 20 پروتز پارسیل پارسه

۲. اگر هر دو پروتز پارسیل با ساپورت دندانی مقابل هم قرار گیرند، ابتدا آن پروتزی که با دندان‌های طبیعی بیشتری در فک مقابل تماس دارد، تنظیم و سپس پروتز دوم در برابر فک مقابل همراه با پروتز اول تنظیم می‌شود.

150- کدام عامل از مهمترین علل مشکلات کستینگ میباشد؟

الف) عدم تناسب اندازه اسپرو با الگوی مومی

ب) عدم رعایت فاصله انتهای الگوی مومی با انتهای رینگ ریختگی

ج) مقدار ناکافی آلیاژ ذوب شده

د) تجمع گاز در مولد به ملت تیزی مجرای اسپرو

پاسخ گزینه ب و د

پیشگامان پارسه

بیماری‌های دهان و فک و صورت (دکتر مصطفی اسماعیلی - دکتر مسعود ساجدی)

۱۵۱ - همه موارد از درمان‌های موضعی هرپس لب می‌باشند. بجز:

الف) کرم آسیکلوویر ۵ درصد

ب) کرم دکوزانول ۱۰ درصد

ج) کرم مایکونازول ۱ درصد

د) کرم پن سیکلوویر ۱ درصد

پاسخ گزینه ج، صفحه 12 کتاب برکت پارسه

HSV راجعه: RHL غالباً با کاهش آسیب بافتی مثل عوامل ضدآفتاب مهار می‌شود. گرچه RHL خودمحدود است، استفاده از داروهای موضعی ضد ویروسی ریزش، عفونت‌زایی، درد، اندازه و مدت ضایعات را کم می‌کند. کرم آسیکلوویر ۵٪، کرم پن سیکلوویر ۱٪ و کرم دکوزانول ۱۰٪ اگر در ابتدای دوره پیش‌رس یا با شروع اولین علامت و روزانه ۵ تا ۸ بار (هر ۲ ساعت یکبار) استفاده شوند، مؤثرند. درمان سیستمیک با والاسیکلوویر (۲ گرم هر ۱۲ ساعت به مدت یک روز) یا فامسیکلوویر (۱۵۰۰ میلی گرم با دوز منفرد) هر دو در درمان زود هنگام ضایعات فعال RHL مؤثرند. سرکوب عفونت HSV در بیماران با اپیزودهای مکرر، ضایعات بزرگ یا اریتم مولتی‌فرم همراه با دوزهای متفاوتی از آسیکلوویر، والاسیکلوویر و فامسیکلوویر است رژیم سرکوب کننده مشابه، در بیماران مستعد به ابتلا به HSV راجعه و پس از درمان‌های دندانپزشکی تجویز می‌شود.

تطابق سوالات دندانپزشکی بیماری‌ها پارسه

۱۵۲- آقای ۵۰ ساله با زخم‌های متعدد و منتشر دردناک در مخاط باکال، کف دهان و زبان که از سه ماه قبل ایجاد شده، مراجعه نموده است. در معاینه بالینی داخل دهان هیچ تاول سالمی مشاهده نمی‌شود کدام اقدام تشخیصی برای تایید تشخیص اولیه در اولویت است؟

الف) آزمایش CBC

ب) کشت ویروسی

ج) بیوپسی حاشیه زخم

د) تست patch

پاسخ گزینه ج، صفحه 23 کتاب برکت پارسه

یافته‌های آزمایشگاهی

PV توسط بیوپسی از مخاط دهان یا پوست تشخیص داده می‌شود. دو نمونه، یکی برای بررسی بافت‌شناسی و دیگری برای DIF لازم است. ایمونوفلورسانس مستقیم (DIF) آزمایش استاندارد طلایی جهت تشخیص است. بهترین محل برای بیوپسی، وزیکول‌های دست نخورده است که کمتر از ۲۴ ساعت از عمر آن گذشته باشد ولی به دلیل به تدرت دیده شدن وزیکول سالپ، از لبه‌های در حال پیشرفت ضایعه می‌توان بیوپسی کرد. جایی که ممکن است توسط پاتولوژیست نواحی مشخص آکانتولیز سوپرپاپیلار مشاهده گردد. بیوپسی از مرکز یک منطقه عریان از نظر بافت‌شناسی و بالینی غیراختصاصی هستند. گاهی اوقات بیش از یک بار بیوپسی قبل از تشخیص لازم است.

هرزمان که همفیگوس در تشخیص افتراقی مطرح است باید یک بیوپسی دوم برای انجام گردد که DIF بهتر است از پوست یا مخاط طبیعی اطراف ضایعه صورت گیرد و در محیط Michel منتقل شود. این تست PV را از سایر بیماری‌های ایمونوبولوز ساب ایدرمال متمایز می‌کند. در PV اگر از بافت طبیعی مجاور نمونه‌برداری شود نتیجه در ۱۰۰٪ موارد مثبت است.

آزمایش (IIF) آنتی‌بادی‌های ایمونوفلورسنت غیرمستقیم روی سرم بیمار انجام می‌گردد و در افتراق PV از همفیگوس و سایر ضایعات مزمن دهان و پیگیری بیمار طی درمان مفید است. در این روش، سرم یک بیمار مبتلا به بیماری بولوز روی یک اسلاید آماده از ساختار مخاطی مری میمون یا پوست انسان شکسته شده با تمک Salt-split قرار می‌گیرد و آنتی‌بادی‌های موجود در سرم به آنتی‌ژن‌های هدف متصل می‌شوند سپس اسلاید با ایمونوگلوبولین ضد انسانی نشاندار شده با فلورسنت پوشانده می‌شود. در بیماران مبتلا به PV، آنتی‌بادی ضد DSG در گردش وجود دارد که به سطح کراتینوسیت متصل می‌شوند و با استفاده از میکروسکوپ فلورسنت تشخیص داده می‌شوند.

یافته‌های دهانی

۸۰ تا ۹۰٪ بیماران PV در طول بیماری خود ضایعات دهانی را خواهند داشت و در ۶۰٪ موارد ضایعات دهانی اولین علامت هستند.

ظهور ضایعات دهانی هفته‌ها تا ماه‌ها قبل از ضایعات پوستی شایع می‌باشد. در بعضی افراد، همفیگوس و لگاریس ممکن است فقط مخاط دهان را درگیر کند، بنابراین مراقبین سلامت دهان باید علائم دهانی بیماری را تشخیص دهند. نشان داده شده است که درمان زودهنگام منجر به کنترل سریع‌تر بیماری می‌گردد.

در دهان بیمار، تاول به ندرت دیده می‌شود و معمولاً PV با آروژن‌های نامنظم و متعدد سطحی مشاهده می‌شود که این آروژن‌ها به علت از دست دادن یک لایه نازک نامنظم از اپی‌تلیوم و باقی ماندن یک قاعده اریتماتوز عریان ایجاد می‌گردند. البته این زخم‌ها ضخامت کامل ندارند و به کوریوم نفوذ نمی‌کنند و قاعده زرد رنگ قابل جدا شدن وجود ندارد. لبه‌های زخم در طی چند هفته به صورت محیطی گسترش می‌یابد تا مناطق بزرگتری از مخاط دهان را درگیر کند. به طور معمول ضایعات اغلب در نواحی در معرض تروما در امتداد خط اکلوژال در مخاط گونه شروع می‌شوند. مخاط کام، زبان، لثه از دیگر نقاط شایع

درگیری در دهان هستند. با شروع بهبودی ضایعات، حاشیه مشخص‌تری ایجاد می‌گردد و نهایتاً قبل از رفع کامل سفید رنگ می‌شوند.

زمانی که زخم در سطح پشتی زبان وجود دارد ممکن است به مدت طولانی باقی بماند و سبب از بین رفتن پاپیلاهای زبان در هنگام بهبودی گردد.

در سایر نقاط دهان، آسیب و اسکار طولانی‌مدت از خصوصیات ضایعات همفیگوس و لگاریس نمی‌باشد.

تطابق سوالات دندان پزشکی بیماری‌ها پارسه

153- آقای ۴۶ ساله، سیگاری با شکایت از لثه‌های قرمز رنگ دسکوامه، به همراه

سوزش زیاد از هفت ماه قبل مراجعه نموده است. در حال حاضر دهان فاقد جرم و پلاک

قابل توجه می‌باشد. همه موارد زیر در تشخیص احتمالی شرایط دهانی فعلی ایشان

مطرح می‌شود. بجز:

الف) لیکن پلان دهانی

ب) پمفیگوس ولگاریس

ج) پمفیگوئید پوستی مخاطی

د) اریترولکوپلاکیا

پاسخ گزینه د، صفحه 23 کتاب برکت پارسه

تشخیص افتراقی

EM عود کننده به ندرت می‌تواند سبب ایجاد زخم تقریباً مداوم شود، ضایعات منفرد طی ۲ تا ۳ هفته بهبود می‌یابد.

ضایعات RAS ممکن است شدید باشند ولی هر یک از ضایعات بهبود می‌یابد و دوباره عود می‌کنند و ضایعات PV مانند RAS گرد و متقارن نیستند ولی اریتماتوز، سطحی و نامنظم هستند و اطراف ضایعه PV اپی‌تلیوم کنده شده وجود دارد.

SJS-TEN باید در بیماران مبتلا به شروع ناگهانی ضایعات پوستی مخاطی در نظر گرفته شود اما تظاهر این ضایعات با مصرف داروی جدید است و بیماران به طور کلی بسیار ناخوش هستند.

در برخی موارد پمفیگوس، ضایعه ممکن است بر روی لثه به صورت دسکواماتیو جنجیواییتیس شروع گردد و البته دسکواماتیو جنجیواییتیس به خودی خود یک تشخیص نیست و باید ضایعه بیوپسی گردد تا PV را از بیماری‌های تاولی ساب اپی‌تلیال مانند MMP یا لیکن پلان تشخیص داد.

۱۵۴- بیماری با ضایعات سفید در ناحیه کام نرم و ستون های قدامی و خلفی اروفارنکس که با خراشیدن کنده می‌شود مراجعه کرده است. در تاریخچه پزشکی ذکر می‌کند که مدت هاست بدلیل داشتن آسم از اسپری سالبوتامول استفاده می‌کند. محتمل ترین تشخیص کدام است؟

الف) واکنش لیکنوئید دارویی

ب) لیکن پلان پاپولر

ج) کاندیدیازیس سودوممبران

د) کراتوز تحریکی

پاسخ گزینه ج، صفحه 33 کتاب برکت پارسه

کاندیدیازیس با غشای کاذب

فرم حاد کاندیدیازیس با غشای کاذب Thrush نامیده می‌شود که عفونت کلاسیک کاندیدا می‌باشد و افرادی که آنتی‌بیوتیک، داروهای تضعیف کننده ایمنی مصرف می‌کنند یا افراد مبتلا به بیماری‌های تضعیف کننده سیستم ایمنی را درگیر می‌کند. عفونت توسط غشایی که چسبندگی شلی دارد و متشکل از ارگانیزم‌های قارچی و دبری سلولی است ظاهر می‌شود و اگر غشای کاذب برداشته شود، نواحی ملتهب و برخی اوقات خونچکان به جا می‌ماند. انواع مزمن در بیماران HIV و بیمارانی که با استروئید استنشاقی درمان می‌شوند دیده می‌شود.

نکته
نمای بالینی کاندیدیازیس غشای کاذب
حاد و مزمن غیرقابل افتراق هستند.

بیماران به ندرت، ناراحتی کمی را به دلیل وجود غشای کاذب تجربه می‌کنند.

۱۵۵- آقای ۶۰ ساله با شکایت از لقی دندان ۴ فک بالا مراجعه نموده است. در معاینه

داخل دهانی ضایعه پیگمانته سیاه رنگ با حدود نامنظم در ناحیه قدام فک بالا مشاهده

می‌شود. در محل ضایعه پارسیزی وجود دارد. بهترین تشخیص کدام است؟

الف) آمالگام تاتو

ب) ماکول ملانونیک

(ج) خال ملانوسیتیک

(د) ملانوما

پاسخ گزینه د، صفحه 64 کتاب برکت پارسه**☆ مشابه سوال ۶ آزمون جامع اول 1404 پارسه****نکته**

ملانوم دهانی در هر سنی روی می‌دهد اما غالباً در افراد بالای ۵۰ سال اتفاق می‌افتد. هر ناحیه مخاطی می‌تواند درگیر شود، با این وجود کام شایع‌ترین محل درگیری است. لثه یا ریج آلونولار ماکزیل یا دومین شیوع را به خود اختصاص داده است.

ملانوم دهانی هیچ نمای کلینیکی مشخصی ندارد و می‌تواند به شکل ماکول، پلاک یا توده، حدود نامنظم یا با حدود منظم، نواحی کانونی یا منتشر با پیگمانتاسیون قهوه‌ای، آبی یا سیاه باشد. پیگمانتاسیون در یک سوم ملانوماهای دهانی یا کم است یا اصلاً تظاهر کلینیکی ندارد (آملانوزیس). در بعضی موارد ملانوم‌های دهانی با نواحی چندکانونی پیگمانتاسیون ظاهر می‌شود. این پدیده غالباً به این علت روی می‌دهد که بعضی تومورها می‌توانند هم نواحی ملانوتیک هم آملانوتیک را نشان دهند. سایر علائم و نشانه‌های مرتبط با ملانوم دهانی غیراختصاصی و مشابه سایر بدخیمی‌ها است. ایجاد زخم، درد، لقی یا افتادن خودبه‌خود دندان، تحلیل ریشه، تحلیل استخوان و پارسیزی/آنستزی می‌تواند مشاهده شود. با این حال در بعضی از بیماران این تومورها می‌توانند کاملاً بدون علامت باشند؛ بنابراین تشخیص افتراقی کلینیکی وسیع بوده و می‌تواند شامل خال ملانوسیتی، ماکول ملانوتیک دهانی، آمالگام تاتو، ضایعات متعدد عروقی و سایر نئوپلاسم‌های بافت نرم باشد. به همین دلیل نمونه‌برداری از هر ضایعه پیگمانته منفرد پایدار همواره نیاز است.

تطابق سوالات دندان پزشکی بیماری‌ها پارسه

156- خانم ۴۰ ساله با توده لوبوله قرمز با سطح صاف در ناحیه بین دندانهای لترال و

کانین فک بالا که از ۵ ماه پیش ایجاد شده و در حال حاضر اندازه آن ثابت است مراجعه

کرده است. ضایعه در تحریک با سوند خونریزی دارد. بهترین تشخیص چیست؟

(الف) اپولیس گرانولوماتوزوم

(ب) پیوژنیک گرانولوما

(ج) فیبروم تحریکی

د) اسکواموس سل کارسینوما

پاسخ گزینه ب، صفحه 76 کتاب برکت پارسه

نمای بالینی و بافت‌شناسی

پیوژنیک گرانولوما معمولاً به صورت ندول منفرد خونریزی دهنده که اغلب پدائیکوله است و با اندازه‌های متغیر در هر سطحی از مخاط ممکن است بروز نماید. هرچند که اغلب بر روی لثه رخ می‌دهد. نمای شکننده، خونریزی دهنده و زخمی این ضایعات ناشی از ساختمان بافت‌شناسی آن‌هاست که به صورت پرولیفراسیون بافت اندوتلیال که به داخل شبکه عروقی کانالیزه شده و با حداقل ساپورت کلاژنی می‌باشد. نوتروفیل‌ها و سلول‌های التهابی مزمن در سراسر استرومای ادماتوز وجود دارند و میکروآپسده‌ها را تشکیل می‌دهند. این مشخصه بافت‌شناسی به همانژیوما شباهت دارد. برخلاف نام ضایعه، تخلیه چرک واضح وجود ندارد و هرگاه تخلیه چرک دیده شود، احتمالاً به دلیل یک سینوس ترکت ناشی از آپسده پریودنتال یا پری‌ایپیکال زمینه‌ای می‌باشد که به مدخل آن که یک ندول با بافت گرانولیشن است پارولیس گفته می‌شود.

۱۵۷- آقای ۴۴ ساله با تشخیص هیستوپاتولوژی CGCG (ژانت سل گرانولومای مرکزی) مراجعه نموده است. جهت ادامه ی درمان کدام آزمایش سرولوژی برای وی پیشنهاد می شود؟

الف) Thyroid Stimulating Hormone (TSH)

ب) Alkaline Phosphatase (ALP)

ج) AdrenoCorticoTropic Hormone (ACTH)

د) Sodium (Na)

یافته های آزمایشگاهی

تشخیص ژانت سل گرانولوما مرکزی نیاز به ارزیابی هیپرپاراتیروئیدیسم دارد. سطح سرمی کلسیم، فسفر و آلکالین فسفاتاز باید قبل از جراحی ژانت سل گرانولوما مرکزی مشخص گردد و در صورت غیرنرمال بودن، سطح هورمون پاراتیروئید (PTH) ارزیابی شود. ضایعاتی که از نظر رادیوگرافی و بافت شناسی مشابه با ژانت سل گرانولوما مرکزی هستند عموماً در هیپرپاراتیروئیدیسم اولیه و ثانویه رخ می‌دهند و درمان ضایعه در این موارد به جای درمان گرانولوم ژانت سل شامل درمان هیپرپاراتیروئیدیسم است. هیپرپاراتیروئیدیسم اولیه نتیجه PTH کنترل نشده می‌باشد که به دلیل ناهنجاری غده پاراتیروئید می‌باشد. هیپرپاراتیروئیدیسم ثانویه معمولاً در بیماران مبتلا به بیماری مزمن کلیوی به دلیل افزایش تولید PTH در پاسخ به سطوح پایین مزمن کلسیم سرم ایجاد می‌شود.

پاسخ گزینه ب، صفحه 5 جزوه مکمل برکت پارسه

158- خانم ۵۵ ساله با سابقه ی اندوکاردیت عفونی ۵ سال قبل، جهت درمان جرمگیری زیر لثه مراجعه نموده است. در تاریخچه پزشکی بیمار، آلرژی به پنی سیلین ثبت شده است. کدام گزینه صحیح می باشد؟

الف) نیازی به پروفیلاکسی آنتی بیوتیکی ندارد.

ب) سفالکسن خوراکی - ۲ گرم

ج) داکسی سیلین خوراکی - ۱۰۰ میلی گرم

د) کلیندامایسین خوراکی - ۶۰۰ میلی گرم

پاسخ گزینه ج، صفحه ۱۴ کتاب فالاس پارسه

☆ مشابه سوال ۱۳ از مون جامع سوم پارسه

TABLE 2.8 American Heart Association Antibiotic Regimens for Dental Procedures: Single Dose 30–60 min Before the Procedure

Situation	Agent	Adults	Children
Oral	Amoxicillin	2 g	50 mg/kg
Unable to take oral medication	Ampicillin or Cefazolin or ceftriaxone	2 g IM or IV 1 g IM or IV	50 mg/kg IM or IV 50 mg/kg IM or IV
Allergic to PCNs or ampicillin (oral)	Cephalexin ^{a,b} or Azithromycin or clarithromycin Or doxycycline	2 g 500 mg 100 mg	50 mg/kg 15 mg/kg >45 kg, 100 mg <45 kg, 4.4 mg/kg
Allergic to PCNs or ampicillin and unable to take oral medication	Cefazolin or ceftriaxone ^b	1 g IM or IV	50 mg/kg IM or IV

^aOr other first- or second-generation oral cephalosporin in equivalent adult or pediatric dosing.

^bCephalosporins should not be used in an individual with a history of anaphylaxis, angioedema, or urticaria with penicillin or ampicillin.

Clindamycin is no longer recommended for antibiotic prophylaxis for a dental procedure. IM, Intramuscular; IV, intravenous; PCN, penicillin.

159- کدامیک از موارد زیر نیاز به آنتی بیوتیک پروفیلاکسی ندارد؟

الف) ترمیم کلاس دو در بیمار دارای استنت (stent) عروق کرونر

ب) کشیدن دندان ۴ ماه پس از جراحی بیماری مادرزادی قلب

ج) ایمپلنت دندانی در بیمار دارای دریچه مصنوعی آئورت به روش ترانس کاتتر

د) درناژ آبسه در بیمار دارای pacemaker

پاسخ گزینه الف، صفحه ۱۲ کتاب فالاس پارسه

☆ مشابه سوال ۱۳ آزمون جامع اول پارسه

دستورالعمل‌های فعلی AHA فقط کسانی را که در دسته "بالترین خطر" قرار دارند مدف قرار می‌دهد.

چهار دسته بندی "بالترین خطر" از بیماری‌های قلبی برای پروبیلاکسی آنتی بیوتیک برای جلوگیری از عوارض جانبی پادمعدی VGS IE شامل:

دستگاه‌های قلبی عروقی غیر درجچه ای، آنتی بیوتیک پروبیلاکسی توصیه نمی‌شود.

کمیته گزارش AHA، پس از انجام یک بررسی گسترده داده‌های موجود، به این نتیجه رسید که شواهد قانع کننده‌ای وجود ندارد که نشان دهد که میکروارگانیسم‌ها مرتبط با درمان‌های دندان پزشکی باعث عفونت دستگاه‌های عروقی غیر درجچه‌ای در هر زمان پس از کاشت آن می‌شوند. این اساس AHA، پروبیلاکسی آنتی بیوتیک معمول برای بیماران تحت درمان دندان پزشکی دارای این دستگاه‌ها توصیه نمی‌کند.

با این حال پروبیلاکسی برای بیماران دارای این دستگاه‌ها در شرایط زیر، توصیه می‌شود:

- بیماران که تحت انسین و درناژ عفونت یافت عفونی (لینه ها) قرار می‌گیرند.
- بیماران با نشت باقیمانده درجچه پس از قرار دادن دستگاه برای تلافی برای پسین نشی‌های مرتبط یا جبرای شربانی باز، غشی سینوم دملیری، یا غشی سینوم بطنی.

جدول جهت مطالعه بیشتر

Type of Device	Incidence of Infection (%)
Intracardiac	
Pacemaker and implantable cardioverter defibrillator	0.13–3.2
Total artificial hearts	To be determined
Ventriculoatrial shunts	2.4–9.4
Pledgets	Rare
Patent ductus arteriosus occlusion devices	Rare
Atrial septal defect and ventricularseptal defect closure devices	Rare
Conduits	Rare
Patches	Rare
Arterial	
Peripheral vascular stents	Rare
Peripheral vascular grafts and patches, including for hemodialysis	1.0–6
Intraaortic balloon pumps	≤5–26
Angioplasty or angiography	<1
Coronary artery stents or other vascular stents	Rare
Patches	1.8
Venous	
Vena cava filters	Rare

کاتترهای داخل عروقی: پروبیلاکسی آنتی بیوتیکی پیشنهاد نمی‌شود.

اغلب در مورد نیاز به پروبیلاکسی آنتی بیوتیک برای پیشگیری از عفونت در بیماران دارای انواع مختلف انواع کاتترهای IV در داخل شربانی، تگرانی‌ها یا ایمپل می‌شود. نمونه‌ها در جدول ۲-۷ ذکر شده‌اند.

BOX 2.1 Cardiac Conditions Associated With the Highest Risk of Adverse Outcomes From Endocarditis for Which Antibiotic Prophylaxis With Dental Procedures Is Recommended

- Prosthetic cardiac valve or material
- Presence of cardiac prosthetic valve
- Transcatheter implantation of prosthetic valves
- Cardiac valve repair with devices, including annuloplasty, rings, or clips
- Left ventricular assist devices or implantable heart
- Previous, relapsed, or recurrent infective endocarditis
- Congenital heart disease (CHD)
- Unrepaired cyanotic CHD, including palliative shunts and conduits
- Completely repaired CHD with prosthetic material or device, whether by surgery or transcatheter during the first 6 months after the procedure
- Repaired CHD with residual defects at the site or adjacent to the site of a prosthetic patch or prosthetic device
- Surgical or transcatheter pulmonary artery valve or conduit placement such as Melody valve and Conquest conduit
- Cardiac transplant recipients who develop cardiac valvulopathy

"Except for the conditions listed in this box, antibiotic prophylaxis is no longer recommended for any other form of CHD. Prophylaxis is recommended because endotrialization of prosthetic material occurs within 6 months after the procedure. Note: Moderate Risk Categories, which include rheumatic fever, non-rheumatic valvular disease, congenital valve disease, have risk for adverse outcomes from IE but are not recommended to receive antibiotic prophylaxis based on the current guidelines. Antibiotic prophylaxis is also NOT suggested for implantable electronic devices (i.e., pacemaker similar devices) septal defect closure devices when complete closure is achieved, peripheral vascular grafts and patches, including those used for hemodialysis, coronary artery stents or other vascular stents, CNS ventriculoatrial shunts, vena cava filters, and pledgets. From Wilson W, Gewirtz M, Lockhart PE, et al. Circulation 2021;143(25):e462–e478.

AHA بیان می‌کند که تأکید بر گروه بالترین خطر، ابهامات را در بین بیماران و دندانپزشکان در مورد اینکه چه کسانی باید پروبیلاکسی دریافت کنند کاهش می‌دهد.

شرایط قلبی که در آن آنتی بیوتیک پروبیلاکسی توصیه نمی‌کند

چندین شرایط و بیماری قلبی وجود دارد که باعث افزایش خطر عفونت‌های برای IE می‌شود؛ با این حال، این شرایط دیرال اعتدال می‌چند یا بدون سول / بازگشت، RHD، بیماری درجچه دو لختی، تکی اورت کاسیدی، غشی سینوم دملیری یا بطنی، کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک، شربانی ساز کاشتنی،

160- کدام گزینه در مورد ملاحظات دندان پزشکی در مبتلایان به فشارخون بالا درست

است؟

(الف) از لوونوردفرین در بیمار مبتلا به فشارخون بالا می‌توان استفاده کرد.

(ب) بیشترین تداخل دارویی بین بتا بلاکرها انتخابی و تنگ کننده های عروقی است.

(ج) حداکثر از چهار کارپول بی حسی حای ایپی نفرین میتوان استفاده کرد.

(د) نخ زیرلئه حای ایپی نفرین نباید در بیمار مبتلا به فشارخون بالا استفاده شود.

به هرحال آنان متذکر شدند که از لوونوردفرین باید اجتناب شود. به طور کلی، تشخیص کننده‌های عروقی موضعی در بیماران با فشارخون بالا برای هموستاز موضعی نباید استفاده شوند. هنگام انجام اقدامات مربوط به گراون و برنج برای بیماران با فشارخون بالا، دندانپزشک نباید از نخ زیر لئه که حاوی ایپی‌نفرین است، استفاده کند؛ زیرا این ماده حاوی غلظت بالای ایپی‌نفرین هستند که می‌تواند به سرعت از طریق بافت خراشیده سالکوس که جذب شده، منجر به تاکی کاردی و فشارخون افزایش یافته شود.

داروهای هموستاتیک که جایگزین با حداقل اثرات عروقی شامل محمولات حاوی سولفات آهن ۲۰-۳۰٪، کلرید الومینیوم ۲۵٪ هستند. دندانپزشکان همچنین می‌توانند برای کنترل خونریزی لثای در این بیماران، نخ کارزند که استفاده نشده را با تراهمیدروکلین، اکسی متازولین و فیل افرین غسی نمایند.

تعداد کمی تداخل دارویی دیگر نیز باید در نظر گرفته شود. اریترمایسین و کلانتروماکسین می‌توانند تا حدودی اثر ضد فشارخون داروهای CCB (بلاکرها) کانال کلسیم را تشدید کنند و باعث آسیب حاد کلیه شوند؛ بنابراین، از این تداخل باید اجتناب شود.

داروهای ضد اختراپ و آرامیشتی ممکن است برای بیماران مصرف کنند داروهای ضد فشارخون استفاده شود. با این حال، ممکن است دوز به خصوص در افراد مسن، نیازمند کاهش باشد. استفاده طولانی مدت از داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی (NSAIDs) در بیماران که فشارخون بالا دارند باید اجتناب شود. طولانی شدن استفاده از NSAIDs ها با کاهش اتریبشی داروهای ضد فشار خون و افزایش خطر ابتلا به MI و سکته مغزی در این جمعیت همراه است. این خطر احتمالاً ناشی از مهار سیکلوآکسیژناز توسط NSAIDs ها و کاهش تولید پروستاگلندین I2 همزمان با عدم تعادل در تولید ترومبوکسان A2 پلاکتی است. به هر حال استفاده از NSAIDs برای چند روز در این بیماران، بر وضعیت قلب و عروقی تأثیر قابل توجهی نمی‌گذارد.



FIG. 3.4 Gingival overgrowth in a patient taking a calcium channel blocker. (Courtesy of Dr. Terry Wright.)

پاسخ گزینه د، صفحه 21 کتاب فالاس پارسه

☆ مشابه سوال ۱۴ آزمون جامع چهارم پارسه

161- کدامیک از داروهای تجویزی در دندانپزشکی می تواند با داروهای ضد فشار خون مهار کننده آنزیم تبدیل کننده آنژیوتانسین (ACEI) تداخل ایجاد کرده و منجر به افت فشار خون شود؟

الف) آموکسی سیلین

ب) کلرهگزیدین

ج) استامینوفن

د) ایبوبروفن

طبق کلید نهایی سنجش ای سوال حذف شد.

پاسخ گزینه د، صفحه 17 کتاب فالاسی پارسه

☆ مشابه سوال ۱۴ از مون جامع اول پارسه، از این جدول سوال طرح شده

TABLE 3.3 Drugs Used in the Management of Hypertension		
Drug	Oral Adverse Effects	Dental Considerations
Diuretics		
Thiazide Diuretics		
Chlorthalidone (Diurol), chlorothalidone (generic), hydrochlorothiazide (HCTZ) (HydroLIURIL, Microzide), polythiazide (Renese), indapamide (Lozol), metolazone (Mykrox), metolazone (Zemedy)	Dry mouth, lichenoid reactions	Orthostatic hypotension; avoid prolonged use of NSAIDs—may reduce antihypertensive effects. Vasoconstrictor interactions: none. (Applies to all diuretics)
Loop Diuretics		
Bumetanide (Bumex), furosemide (Lasix), torsemide (Demadex)		
Potassium-Sparing Diuretics		
Amiloride (Milamor), triamterene (Dyrenium)		
Aldosterone Receptor Blockers		
Eplerenone (Inspra), spironolactone (Aldactone)		
Combination		
Aldactazide, Dyazide		
β-Blockers (BBBs)		
Nonselective		
Propranolol (Inderal), timolol (Blocadren), nadolol (Corgard), pindolol (Visken), pentobutol (Levato), carteolol (Cartrol)	Taste changes, lichenoid reactions	Avoid prolonged use of NSAIDs—may reduce antihypertensive effects. Vasoconstrictor interactions: nonselective—potential increase in blood pressure (use maximum of 0.006 mg of epinephrine); avoid levonorelton
Cardioselective		
Metoprolol (Lopressor), acebutolol (Sectral), atenolol (Tenormin), betaxolol (Kerlon), bisoprolol (Zebeta)		Vasoconstrictor interactions: none
α- and β-Blockers		
Carvedilol (Coreg), labetalol (Normodyne, Trandate)	Taste changes	Orthostatic hypotension; avoid prolonged use of NSAIDs—may reduce antihypertensive effects. Vasoconstrictor interaction: Blocking both β_1 - and β_2 -adrenergic receptor sites has potential for adverse interaction
Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitors		
Benazepril (Lotensin), captopril (Capoten), enalapril (Vasotec), fosinopril (Monopril), lisinopril (Prinivil, Zestril), moexipril (Univasc), perindopril (Acenon), quinapril (Accupril), ramipril (Altace), trandolapril (Mavik)	Angioedema of lips, face, tongue, taste changes, oral burning	Orthostatic hypotension; avoid prolonged use of NSAIDs—may reduce antihypertensive effects. Vasoconstrictor interaction: none
Angiotensin Receptor Blockers (ARBs)		
Azilsartan (Edarbi), candesartan (Atacand), eprosartan (Teveten), irbesartan (Avapro), losartan (Cozaar), olmesartan (Benicar), telmisartan (Micardis), valsartan (Diovan)	Angioedema of the lips, face, tongue	Orthostatic hypotension. Vasoconstrictor interaction: none
Calcium Channel Blockers (CCBs)		
Amlodipine (Norvasc), bepridil (Vasor), diltiazem (Cardiazem), Cera XT, Dilt-XR, Diltia XT, Tarka XT, Tiazac, felodipine (Plavix), isradipine (Dynacirc), nifedipine/ER (Cardene), nifedipine/PAA (Adalat), nifedipine, Procardia, nisoldipine (Sular), nifedipine verapamil/ER (Calan, Isoptin, Verelan, Covera)	Gingival overgrowth, dry mouth, lichenoid eruptions (rare)	Avoid prescribing macrolide antibiotics that can raise plasma levels of CCBs resulting in hypertension and kidney damage. Vasoconstrictor interaction: none
α_1-Adrenergic Blockers		
Doxazosin (Cardene), prazosin (Minipress), terazosin (Hytrin)	Dry mouth, taste changes	Orthostatic hypotension; avoid prolonged use of NSAIDs—may reduce antihypertensive effects. Vasoconstrictor interaction: none
Central α_2-Adrenergic Agonists and Other Centrally Acting Drugs		
Clonidine (Catapres), methyldopa (Aldomet), reserpine (generic), guanfacine (Tenex)	Dry mouth, taste changes	Orthostatic hypotension. Vasoconstrictor interaction: none
Direct Vasodilators		
Hydralazine (Apresoline), minoxidil (Loniten)	Lupus-like oral and skin lesions, lymphadenopathy	Orthostatic hypotension; avoid prolonged use of NSAIDs—may reduce antihypertensive effects. Vasoconstrictor interaction: none

162- استفاده از اریترومايسين در مصرف کدام دارو ممنوع می باشد؟

الف) مسدود کننده های کانال کلسیم

ب) ممانعت کننده های تجمع پلاکتی

ج) بتا بلاکرها

د) نیترات ها

پاسخ گزینه الف، صفحه 28 کتاب فالاس پارسه

☆ مشابه سوال ۱۶ آزمون جامع چهارم پارسه

تداخلات دارویی بسیاری از بیمارانی که بیماری قلبی ایسکمیک دارند از داروهای کاهش دهنده کلسترول به مانند سیمواستاتین (لیپیتور) مصرف می کنند، نشان داده شده است که استفاده همزمان از آنتی بیوتیک ها ماکرولید، سطح پلاسمایی داروهای استاتین (به عنوان مثال، مهارکننده های ردوکتاز HMG-CoA) را افزایش می دهند و موجب افزایش ریسک ابتلا به رابدومیولیز (میالژی وضعف عضلانی) می گردند. برخی از آنتی بیوتیک های ماکرولیدی خاص نیز می تواند سطح پلاسمایی CCB ها را افزایش دهد و در نتیجه منجر به افت فشار خون شدید و آسیب حاد کلیه گردند. بنابراین، دندانپزشک نباید اریترومايسين يا كلاریترومایسین برای بیمارانی که مهارکننده های ردوکتاز HMG-CoA (مانند سیمواستاتین، آترواستاتین، پراواستاتین) یا CCBs مصرف می کنند تجویز کند (جدول ۲-۴ را ببینید). به طور خلاصه، دندانپزشکان مسئول بررسی تداخلات هر دارویی که تجویز می کنند (به عنوان مثال، داروی ضد پلاکت کلپیدوگرل تداخلات دارویی زیادی دارد) هستند.

۱۶۳- کلسیفیه شدن محل دندان کشیده شده (Socket Sclerosis) بیشتر در کدام

بیماری مشاهده می شود؟

الف) دیابت ملیتوس

ب) بیماریهای کلیوی

ج) فشارخون بالا

د) مصرف بیس فسفونات

تغییرات ویژه استخوانی فکین، همراه با نارسایی مزمن کلیوی مشاهده می شود. تغییرات استخوانی کلاسیک شامل تریاد: از دست رفتن لامینادورا، استخوان دمیترالیزه شده (که منجر به ظاهر "ground-glass" می شود)، و ضایعات رادیولوگنت موضعی و گسترده در فک (ژانت سل گرانولوم های مرکزی که تومورهای قهوه ای نیز نامیده می شوند) که مورد آخری ناشی از هیپرپاراتیروئیدسم ثانویه می باشد. سایر یافته های استخوانی عبارتند از تریاکولاسیون عریض شده، از دست رفتن کورتکس، محل های کشیدن دندان کلسیفیه (به اصطلاح "socket sclerosis")، و کلسیفیکاسیون های متاستاتیک در داخل بافت نرم و جمجمه می باشد. کلسیفیکاسیون عروقی شریان های کاروتید، شایع هستند.

پاسخ گزینه ب، صفحه 32 کتاب فالاس پارسه

۱۶۴- بیمار با $HbA1c: 9$ در حین کار دندانپزشکی دچار افت شدید فشار خون و عدم

هوشیاری می شود. چه اقدامی باید انجام گیرد؟

الف) تزریق انسولین

ب) تزریق آرامبخش

ج) استفاده از گلوکز داخل وریدی یا گلوکاگون

د) دادن کیک خامه ای و نوشابه غیر رژیمی

پاسخ گزینه ج، صفحه 37 کتاب فالاس پارسه

معمولاً بیماران مستعد ابتلا به هیپوگلیسمی، دیابت‌های نوع هستند ۱ که یا پیش از درمان غذا نخورده‌اند یا بیش از حد انسولین دریافت کرده‌اند. باید به بیماران گفته شود که دوز معمول انسولین خود را مصرف کنند و وعده‌های غذایی معمولی را قبل از قرار ملاقات بخورند، که معمولاً بهترین زمان برنامه ریزی درمان صبح است. وقتی چنین بیماری به مطب می‌آید، دندانپزشک باید تأیید کند که بیمار انسولین مصرف کرده و صبحانه خورده باشد و از آنها در مورد سطح گلوکز خونی سؤال بپرسد. علاوه بر این، باید به بیماران آموزش داده شود که هر زمان در طول جلسه دندانپزشکی علائم هیپوگلیسمی وجود داشت به دندانپزشک اطلاع دهند. منبع قندی مانند آب پرتقال، کیک خامه ای یا نوشابه غیر رژیمی باید در مطب دندانپزشکی موجود باشد، تا اگر علائم ایجاد شد به بیمار داده شود (باکس ۶-۱۴).

۱۶۵- همه موارد زیر از عوارض دهانی دیابت ملیتوس می باشد. بجز:

الف) افزایش فسفات بزاق

ب) زروستومی

ج) سندرم سوزش دهان

د) بروز شدیدتر پوسیدگی های دندان

پاسخ گزینه الف، صفحه 38 کتاب فالاس پارسه

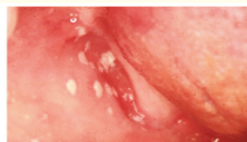
☆ مشابه سوال ۱۷ آزمون جامع اول پارسه

اثرات هیپرگلیسمی، منجر به ادرار بیش از حد می‌شود (پلی اوری)، که مایعات خارج سلولی را تخلیه می‌کند و کاهش ترشح بزاق و در نتیجه خشکی دهان و سطوح کاهش یافته کلسیم، فسفات و فلوراید در بزاق می‌گردد. سطح گلوکز بزاق در افراد با دیابت کنترل نشده افزایش می‌یابد. افزایش بروز و خطر پیشرفت بیماری پریودنتال در بیماران مبتلا به هر دو نوع دیابت ۱ و ۲ وجود دارد. و شدت آن به درجه کنترل گلوکز خون همبستگی دارد. دیابتی‌ها، التهاب سیستمیک پایدار با درجه پایین دارند، و این احتمالاً فیزیولوژی بافت پریودنتال را تحت تأثیر قرار می‌دهد. علاوه بر این، هاپرگلیسمی احتمالاً منجر به تشکیل محصولات نهایی گلیکوزیشن پیشرفته می‌شود که منجر به افزایش سطوح سیتوکین پیش التهابی در بافت‌های پریودنتال می‌شود و به التهاب سیستمیک کمک می‌کند. مکانیسم‌های دقیق که منجر به تخریب بافت می‌شود مشخص نشده است. در دیابت نوع ۲، درمان پریودنتال غیر جراحی همراه با دستورالعمل‌های بهداشتی دهان و دندان باعث بهبود شاخص‌ها و کنترل قند خون می‌شود (از نظر بالینی کاهش معنی دار A1C تقریباً ۰/۵٪ در ۳ ماه) و به میزان کمتری با کاهش در نشانگرهای التهاب سیستمیک (به عنوان مثال، سطوح پروتئین C واکنشی) همراه است. ثبات این یافته‌ها پس از بیش از ۶ ماه نامشخص است.

در افراد دیابتی‌هایی که بیماری کنترل ضعیفی دارد بیشتر مستعد پوسیدگی‌های سطوح تاج و ریشه هستند و در هنگام مواجهه با یک بیمار با پوسیدگی جدید یا در حال بدتر شدن، ارائه دهندگان مراقبت سلامت دهان و دندان باید، کنترل قند خون تشخیص داده نشده یا بدتر شدن آن را به عنوان یک عامل خطر در نظر بگیرند.

عفونت‌های قارچی دهان، از جمله کاندیدیازیس (که نسبتاً شایع و اغلب عود کننده است) و موکورمایکوزیس (که نادر است)، ممکن است در بیمار مبتلا به دیابت کنترل نشده مشاهده شوند. سایر ضایعات مخاطی دهان مانند زخم‌های تروماتیک و ضایعات لیکنوتییدی نیز در بیماران دیابتی به طور شایع گزارش شده است.

نوروپاتی دیابتی ممکن است منجر به علائم دهانی اختلالات حسی dysesthesias و سوزن سوزن شدن tingling، بی حسی، سوزش و درد گردد. همچنین ممکن است در افراد دیابتی اختلالات چشایی ایجاد شود.



می‌کنند، ممکن است پتانسیل ایجاد مشکل درمانی قابل توجهی را به ویژه در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ که دوزهای بالای انسولین مصرف می‌کنند، ایجاد نمایند (باکس ۸-۱۴). عفونت ممکن است همراه با از دست دادن کنترل قند خون باشد و ممکن است نیاز به بستری شدن در بیمارستان برای مدیریت کافی این شرایط باشد. تشخیص فوری عفونت‌ها و مدیریت تهاجمی آنها مهم است و بهترین کار این است که با پزشک بیمار ارتباط برقرار گردد. دندانپزشک باید عفونت‌ها را با اینسولین و درناژ، کشیدن، پالپوتومی، شستشوی گرم و آنتی بیوتیک‌ها درمان نماید. ممکن است تست حساسیت آنتی بیوتیکی برای بیماران مبتلا به دیابت که کنترل آنها دشوار است یا برای کسانی که برای کنترل نیاز به دوز بالای انسولین دارند اندیکاسیون داشته باشد. برای این بیماران، درمان آنتی بیوتیکی معمول را می‌توان آغاز کرد، سپس، اگر پاسخ بالینی ضعیف باشد، می‌توان آنتی بیوتیک موثرتر را بر اساس نتایج تست حساسیت آنتی بیوتیک انتخاب کرد.

عوارض و تظاهرات دهانی

عوارض دهانی گزارش شده دیابت ملیتوس عبارتند از: کاهش ترشح بزاق، خشکی دهان xerostomia؛ عفونت‌های باکتریایی، ویروسی و قارچی (از جمله کاندیدیازیس)؛ بهبود ضعیف زخم؛ افزایش بروز و شدت پوسیدگی؛ پریودنتال و بیماری‌های پری ایمپلنت؛ عفونت‌های ادنتوژنیک؛ و علائم سوزش دهان می‌باشد. ارتباط بین دیابت و هر یک از این عوارض متغیر است و به احتمال زیاد به کنترل ضعیف قند خون و دهیدراتاسیون همراه با پاسخ تغییر یافته به عفونت؛ تغییرات میکروواسکولار و احتمالاً افزایش غلظت گلوکز در بزاق مربوط است.

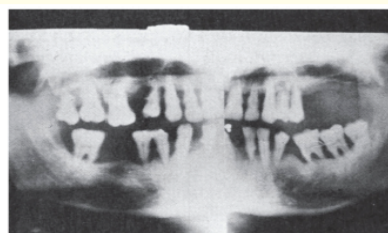


FIG. 14.10 Panoramic radiograph of a young adult with severe, progressive periodontitis. After positive screening for diabetes, the patient was referred to a physician, and the diagnosis of diabetes mellitus was established. The patient required insulin treatment.

تطابق سوالات دندان پزشکی بیماری ها پارسه

۱۶۶- خانم ۳۲ ساله با سابقه ی ده ساله هیپوتیروئیدیسم ضعیف کنترل شده و تحت درمان دارویی با لووتیروکسین مراجعه نموده است کدامیک از داروهای زیر منع تجویز دارد؟

الف) استامینوفن

ب) اپی نفرین

ج) هیدروکورتیزون

د) کدئین

پاسخ گزینه د، صفحه 41 کتاب فالاس پارسه

ملاحظات دارویی. استفاده از داروهای تضعیف کننده CNS، آرام بخش‌ها و مسکن‌های مخدر ممکن است منجر به پاسخ اغراق آمیز در بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید کنترل نشده گردد و باید با احتیاط مصرف شود. استفاده از اپی نفرین یا سایر وازوپرسورها در بیماران تیروتوکسیک درمان نشده یا با درمان ناکافی، باید اجتناب شود. در چنین بیمارانی با بیماری ضعیف کنترل شده، درمان دندان پزشکی باید محدود به درمان اورژانسی گردد و در هماهنگی

۱۶۷- همه موارد زیر در مورد ژنژیویت بارداری درست است. بجز:

- (الف) اغلب در سه ماهه سوم بارداری شروع می شود.
- (ب) شایع ترین عارضه دهانی در بارداری است.
- (ج) معمولاً از لثه مارجینال و بین دندانی آغاز می شود.
- (د) در صورت بروز ضایعه هایپرپلاستیک ممکن است جراحی نیاز باشد

پاسخ گزینه الف، صفحه 50 کتاب فالاس پارسه

☆ **مشابه سوال ۱۹ از مون جامع چهارم پارسه**

عوارض و تظاهرات دهانی

شایع ترین عارضه دهانی بارداری، ژنژیویت بارداری است (شکل ۲-۱۷). این شرایط در نتیجه، پاسخ التهابی اغراق آمیز در مقابل محرک‌های موضعی و رعایت کمتر بهداشت دهانی دقیق، طی دوره‌های افزایش ترشح استروژن و پروژسترون و فیبرینولیز تغییر یافته است. ژنژیویت بارداری معمولاً در ماه بارداری دوم، در لثه مارژینال و بین دندانی آغاز می‌شود. پیشرفت این وضعیت، به پاپیلاهای اینتر پروگزیمال قرمز آتشین و ادماتوز که حساس به لمس هستند، منجر می‌شود. تقریباً در ۱ درصد زنان باردار، پاسخ هیپرپلاستیک ممکن است در یک ناحیه موضعی تشدید شود، که منجر به گرانولوم پیوژنیک یا "تومور حاملگی" گردد (شکل ۳-۱۷).

۱۶۸- کدامیک از موارد زیر بیشترین ریسک را برای ایجاد استئونکروز فک در بیماران

تحت درمان با بیس فسفونات دارد؟

- (الف) مصرف خوراکی بیس فسفونات برای درمان استئوپروز به مدت کمتر از ۳ سال
- (ب) درمان داخل وریدی (IV) با بیس فسفونات در بیماران سرطانی

ج) استفاده موضعی از بیس فسفونات در درمانهای پریدنتال

د) استفاده از بیس فسفونات همراه با مکمل کلسیم و ویتامین D

پاسخ گزینه ب، صفحه 53 کتاب فالاس پارسه

استئونکروز فک می‌تواند با تجویز خوراکی بیس فسفونات‌ها ایجاد شود ولی بسیار نادر است (کمتر از ۰/۰۱٪). در مقابل ONJ با بیس فسفونات‌های تزریقی عارضه بسیار شایعی است (۲ تا ۴ درصد). مکانیسم دقیق ایجاد ONJ، ناشناخته است. مکانیسم دقیقی که منجر به القای ONJ ناشناخته است. با این حال، عوامل خطر شامل استفاده قبلی از بیس فسفونات‌های IV به عنوان مثال Etidronate [Didronel], pamidronate [Aredia], zoledronic acid [Zometa] دیابت ملیتوس، stage کلی سرطان (سینه، پروستات، مالتیپل میلوما) مرحله و بار تومور tumor burden، سلامت کلی سیستم ایمنی و سیستمیک، استفاده از داروهای سرکوب کننده ایمنی، عفونت‌های پریدنتال یا سایر نواحی دهان و سابقه رادیوتراپی فکین است. همچنین نواحی خلفی نسبت به قدامی و مندیبل نسبت به ماگزیلا در ریسک بیشتری هستند و بیشتر مبتلا می‌شوند. بیمارانی که توسط بیس فسفونات‌های تزریقی تحت درمان هستند، در ریسک بالاتری برای ایجاد MRONJ قرار دارند. زمانی که مدت زمان درمان بیش از دو سال ادامه یابد این ریسک افزایش می‌یابد.

۱۶۹- در خصوص بیماران دریافت کننده ی وارفارین در دندانپزشکی کدام صحیح

است؟

الف) تنظیم دوز وارفارین توسط پزشک حدود ۵ - ۳ روز زمان نیاز دارد.

ب) INR مجاز برای درمان دندانپزشکی حداقل ۳/۵ و بالاتر است.

ج) تزریق ویتامین D سبب معکوس کردن اثر وارفارین می شود.

د) کلیندامایسین میتواند باعث کاهش سطح وارفارین شود.

پاسخ گزینه الف، صفحه 57 کتاب فالاس پارسه

☆ مشابه سوال ۲۰ آزمون جامع اول پارسه

از پنجره، ممکن است نیاز به تنظیم وارفارین توسط پزشک داشته باشد، که پس از تنظیم معمولاً ۳ تا ۵ روز طول می‌کشد تا هر گونه کالیراسیون مجدد موثر INR رخ دهد در موارد اورژانسی، وارفارین را می‌توان با ویتامین K، کسانتره‌های کمپلکس پروترومبین، یا پلاسمای منجمد تازه fresh frozen plasma، معکوس کرد.

باید با دریافت INR پیش از درمان که به طور ایده آل طی ۱۲ ساعت پیش از درمان درخواست می‌گردد، اطمینان حاصل کند که بیمار در پنجره درمانی قرار دارد. هنگامی که INR ۳/۵ یا کمتر است، می‌توان درمان‌های منیور را تنها با اقدامات هموستاتیک موضعی انجام داد. INR قبل از درمان خارج

۱۷۰- بیماری با تورم دوطرفه ، مزمن پایدار و بدون علامت غدد پاروتید مراجعه کرده

است. کدام مورد در تشخیص افتراقی مطرح می باشد؟

الف) سیالادنیت باکتریال

ب) پاروتیدیت عود کننده نوجوانی

ج) الکلیسم مزمن

د) اوریون ویروسی

پاسخ گزینه ج ، صفحه 102 کتاب برکت پارسه

الکلیسم مزمن

یکی از علل اولیه سیالادنوزیس به صورت افزایش حجم غیرالتهابی، بدون علامت، دوطرفه و پایدار غدد بزاقی است که معمولاً غدد پاروتید را درگیر می‌سازد. بزرگ شدن غده بزاقی در این افراد ظاهراً نتیجه نوروپاتی اتونوم محیطی ناشی از الکل در غده بزاقی به علت اختلال در متابولیسم و ترشحات است. سیالادنوز در رابطه با الکل در بیماران یا بعضی از انواع بیماری‌های کبدی دیده می‌شود و باید به پزشک ارجاع داده شوند. الکلیسم مزمن در رابطه با کاهش جریان بزاقی و کاهش ظرفیت بافری بزاق می‌باشد. اتیولوژی دقیق کاهش جریان بزاق نامعلوم است ولی ممکن است با دهیدراتاسیون و سوءتغذیه مرتبط باشد.

تطابق سوالات دندان پزشکی بیماری ها پارسه

پیشگامان پارسه

آسیب شناسی دهان و فک و صورت

۱۷۱- نمای میکروسکوپی کدامیک از انواع استئومیلیت میتواند مشابه الگوی فیروز دیسپلازی نابالغ باشد؟

- الف) alveolar osteitis
- ب) proliferative periostitis
- ج) condensing osteitis
- د) chronic tendoperiostitis

پاسخ گزینه های «ج» و «د» درست هستند

۱۷۲- در نمای میکروسکوپی تمام عقولت های باکتریال زیر التهاب گرانولوماتوز مشاهده میشود. بجز:

- الف) tuberculosis
- ب) tertiary syphilis
- ج) actinomycosis
- د) leprosy

سؤال حذف شد

۱۷۳- شکل گیری ساختار fruiting bodies در نمای هیستوپاتولوژی کدامیک از ضایعات خارجی مشاهده می شود؟

- الف) Cryptococcosis
- ب) Mucormycosis
- ج) Aspergillosis
- د) Blastomycosis

پاسخ گزینه ی «ج»

۱۷۴- در نمای میکروسکوپی کدامیک از ضایعات زیر Ballooning degeneration , "acantholytic epithelial cell" مشاهده میشود؟

- الف) varicella zoster virus - Herpes simplex virus
- ب) Human immunodeficiency virus - Epstein Barr virus
- ج) Entrovirus – cytomegalovirus
- د) Rubulavirus - genus Rubivirus

پاسخ گزینه ی «الف»

۱۷۵- در نمای میکروسکوپی سارکوئیدوزیس Asteroid bodies حاصل تجمع کدام ماده می‌باشد؟

- الف) کلاژن
- ب) فیبرین
- ج) لامینین
- د) الاستین

پاسخ گزینه ی «الف»

۱۷۶- حضور ناگهانی و متعدد کدامیک از ضایعات زیر میتواند علامت بروز بدخیمی داخلی باشد؟

- الف) Seborrheic keratosis
- ب) Condyloma acuminatum
- ج) Molluscum contagiosum
- د) Lentigo simplex

پاسخ گزینه ی «الف»

۱۷۷- کدامیک از انواع خال ممکن است در بیمارانی که اخیرا جراحی خارج کردن ملانوما داشته اند مشاهده شود؟

- الف) Halo nevus
- ب) Spite nevus
- ج) Blue nevus
- د) Melanocytic nevus

پاسخ گزینه ی «الف»

۱۷۸- در پاتوژنز کدام ضایعه پاپیلری زیر، HPV نقش قطعی ندارد؟

- الف) Squamous papilloma
- ب) Verruca vulgaris
- ج) Condyloma acuminatum
- د) Verruciform xanthoma

پاسخ گزینه ی «د»

۱۷۹- نمای هیستولوژی papillary cystadenoma lymphomatosum در کدام تومور غده بزاقی مشاهده می شود؟

- الف) pleomorphic adenoma
- ب) warthin tumor

ج) ductal papilloma

د) canalicular adenoma

پاسخ گزینه ی « ب »

۱۸۰- کدامیک از تومورهای خوش خیم زیر در عدد سینونزال یک بدخیمی low grade محسوب میشود؟

الف) Pleomorphic Adenoma

ب) Adenoid Cystic Carcinoma

ج) Warthin tumor

د) Oncocytoma

پاسخ گزینه ی « د »

۱۸۱- شایع ترین مکان متاستاز در بافت نرم دهان کدام است؟

الف) زبان

ب) کام

ج) لثه

د) کف دهان

پاسخ گزینه ی « ج »

۱۸۲- منشا سلولهای تومورال در Palisaded encapsulated neuromas کدام است؟

الف) Tangled neurons

ب) Schwann cells

ج) Perineural fibroblasts

د) Endoneurial fibroblasts

پاسخ گزینه ی « ب »

۱۸۳- مطالعات ایمنو هیستوشیمی در کدامیک از بدخیمی های زیر شاخص تکثیر سلولی نزدیک به ۱۰۰٪ را نشان

میدهد؟

الف) Diffuse large B-cell lymphoma

ب) Extranodal NK/T-cell lymphoma

ج) Burkitt lymphoma

د) Hodgkin lymphoma

پاسخ گزینه ی « ج »

۱۸۴- رسوبات ائوزینوفیلیک یقه مانند(cuff-like) در نمای هیستوپاتولوژی کدامیک از ضایعات زیر اختصاصی است؟

الف) پاژه

ب) چروبیسم

ج) ها پرپاراتیروئیدیسم

د) اسکرودرما

پاسخ گزینه ی « ب »

۱۸۵- کدام تومور خوش خیم زیر، موضعا مهاجم میباشد؟

الف) Ancient schwannoma

ب) Fibrous histiocytoma

ج) Ossifying fibroma

د) Desmoplastic fibroma

پاسخ گزینه ی « د »

۱۸۶- حضور تراکولاهای نامنظم استخوان نابالغ با اشکال خمیده در یک استرومای فیبرو سلولار بدون حاشیه استئوبلاستیک در بیوپسی تهیه شده از ضایعه ای با نمای رادیوگرافی ground glass کدام ضایعه را پیشنهاد میدهد؟

الف) Fibrous dysplasia

ب) Ossifying fibroma

ج) Cemento-osseous dysplasia

د) Osteoma

پاسخ گزینه ی « الف »

۱۸۷- در پوشش اپیتلیالی کدامیک از سیست های زیر در لایه بازال سلولهای مکعبی و استوانهای مشابه

آملوبلاستوما وجود دارد؟

الف) Glandular odontogenic cyst

ب) Calcifying odontogenic cyst

ج) lateral periodontal cyst

د) Odontogenic keratocyst

پاسخ گزینه ی « ب »

۱۸۸- حضورهمزمان کدامیک از تومورهای ادنتوژنیک زیر همراه با جاینیت سل گرانولوما گزارش شده است؟

(الف) آملوبلاستوما

(ب) ادنتوژنیک میگزوما

(ج) سنترال ادنتوژنیک فیبروما

(د) ادنتوما

پاسخ گزینه ی « ج »

۱۸۹- کدام گزینه در مورد Orthokeratinized odontogenic cyst صحیح است؟

(الف) همراهی با سندروم گورلین

(ب) عود بالاتر نسبت به odontogenic keratocyst

(ج) ریسک تغییرات بدخیمی بیشتر نسبت به odontogenic keratocyst

(د) اغلب بدون ارتباط با دندان نهفته

پاسخ گزینه ی « ج »

۱۹۰- در نمای هیستوپاتولوژی کدام ضایعه Civatte bodies دیده میشود؟

(الف) پمفیگوس

(ب) پمفیگوئید

(ج) پسوریازیس

(د) لیکن پلان

پاسخ گزینه ی « د »

تطابق سوالات دندان پزشکی آسیب شناسی دهان و فک و صورت

پیشگامان پارک

اندودانتیکس (دکتر احسان اثنا عشری)

۱۹۱- کدامیک از موارد زیر از عواقب شایع آسیب دندان های شیری بر دندانهای دائمی نمی باشد؟

- الف) تغییر رنگ دندانهای دائمی
ب) بدشکلی دندان های دائمی
ج) هیپوپلازی مینا در دندانهای دائمی
د) دیسپلازی عاج در دندان های دائمی

پاسخ گزینه د، صفحه 114 کتاب اندودانتیکس پارسه

دیده ممکن است در تماس نزدیک با دندان های دائمی زیرین باشد. عوارض احتمالی به دندان های دائمی پس از تروما به دندان های شیری عمدتاً شامل تغییر رنگ، مالفورماسیون دندانی و هایپوپلازی مینایی است.

۱۹۲- در خصوص تغییر رنگ ناشی از تتراسایکلین کدام مورد صحیح است؟

- الف) اتصال با کلسیم در کریستالهای هیدروکسی آپاتیت مینا رخ نمی دهد.
ب) در درجه دوم و سوم banding مشاهده می شود.
ج) قرارگیری مزمن در معرض نور خورشید تاثیری بر شدت آن ندارد.
د) در دندانهای بالغ هم میتواند مشاهده شود.

پاسخ گزینه د، صفحه 185 کتاب اندودانتیکس پارسه

تقسیم بندی تغییر رنگ تتراسایکلین

اولین درجه: تغییر رنگ زرد روشن، قهوه ای روشن یا خاکستری روشن است که تمام تاج را یکنواخت بدون ایجاد حالت نواری شکل در برمی گیرد.

دومین درجه: شدیدتر است اما بدون banding.

سومین درجه: بسیار شدید بوده روی تاج banding (نوارها) رنگی افقی دیده می شود که به ویژه در ناحیه سرویکال بارز است.

محل Band مرتبط با قسمتی از عاج است که در زمان مصرف سیستمیک تتراسایکلین در حال تشکیل است.

تغییر رنگ تتراسایکلین به صورت adult-onset نیز دیده می شود. در بیماران بالنی که به طور طولانی مدت ماینوسایکلین مصرف می کنند (برای درمان آکنه سیستمیک) دندان های بالغ دچار تغییر رنگ تدریجی می شود که معمولاً شدید نیست، به علت اختلاط ماینوسایکلین در تشکیل مداوم عاج تدریجی می باشد (پس فقط در کودکان دیده نمی شود).

بهترین درمان: پیشگیری

ب) داروهای سیستمیک:

استفاده از داروهای شیمیایی یا مواد خوراکی طی تشکیل دندان

نکته: شایع ترین و بدترین تغییر رنگ ناشی از دارو پس از مصرف تتراسایکلین ایجاد می شود.

این تغییر رنگ دوطرفه بوده چندین دندان در هر دو قوس در کودکان را درگیر می کند که طیفی از زرد مایل به قهوه ای تا خاکستری تیره (بسته به مقدار، دفعات مصرف، نوع تتراسایکلین، سن بیمار و مرحله تکاملی دندان) دارد. تتراسایکلین به کلسیم متصل شده وارد کریستال هیدروکسی آپاتیت در مینا و عاج می شود (اگرچه بیشتر در عاج یافت می شود).

قرارگرفتن دندان در معرض نور خورشید در طول زمان سبب ایجاد محصولات اکسیداسیون تتراسایکلین به رنگ قرمز- ارغوانی شده که به تغییر رنگ بیشتر دندان دائمی منجر می شود.

۱۹۳- در خصوص Apical Patency کدامیک از گزینه های زیر صحیح نمی باشد؟

- الف) موجب دبریدمان کامل کانال ریشه می شود.
 ب) اثربخشی محلولهای شوینده را افزایش میدهد.
 ج) به تعیین طول الکترونیکی کمک مینماید.
 د) سبب افزایش حس لامسه کلینیسیستین حین آماده سازی اپیکال می شود.

پاسخ گزینه الف ، صفحه 151 کتاب اندودانتیکس

Apical patency

- تعریف: تکنیکی است که طی آماده سازی کانال، یک فایل کوچک دستی شماره ۱۰ یا ۱۵ مکرراً وارد فورامن اپیکال می شود یا از آن عبور می کند.
 - مزایا: ۱. حفظ طول کارکرد ۲. جلوگیری از پک دبری، عاج و باکتری ۳. موفقیت بیشتر (در یک مطالعه گذشته نگر) ۴. افزایش کارایی شست و شو دهنده ۵. تعیین الکترونیکی طول ۶. به حداقل رساندن خطاهای شکل دهی مثل لج و ترانسپورتیشن ۷. حفظ بهتر آناتومی تنگه اپیکال ۸. بهبود حس لمس درمانگر حین شکل دادن ناحیه اپیکالی
 - معایب: خروج دبری و باکتری و شست و شو دهنده به ناحیه پری اپیکال، درد پس از کار و تأخیر در ترمیم ناحیه پری اپیکال
 - در Invitro خروج مقدار کمی از مواد شست و شو دهنده از انتهای کانال در Patency دیده شده است اما باعث افزایش خطر حوادث نیست.
 - باعث افزایش حوادث ناشی از خروج شست و شو دهنده از کانال نمی شود.
- نکته: apical patency باعث درد بعد از کار پالپ وایتال و نان وایتال نمی شود.

۱۹۴- بیماری جهت انجام درمان ریشه دندان مولر اول ماگزبلا مراجعه می نماید. پس از برقراری بی

حسی در مرحله تعیین طول ، بیمار شکایت از درد دارد. به منظور کنترل درد بیمار اقدام درمانی مناسب کدامیک از موارد زیر است؟

- الف) تزریق انفیلتره محلول آرتیکاین ۴٪ به همراه اپی نفرین
 ب) تزریق داخل پالپی محلول لیدوکاین ۲٪ به همراه اپی نفرین
 ج) تزریق انفیلتره محلول لیدوکاین ۲٪ به همراه اپی نفرین
 د) تزریق داخل لیگامان پریودنتال محلول لیدوکاین ۲٪ به همراه اپی نفرین

پاسخ گزینه ج و د ، صفحه 77 کتاب اندودانتیکس پارسه

تزریق اینفیلتراسیون

✓ انفیلتراسیون مکمل لیدوکائین در ماگزایلا:

از آنجا که مدت بی‌حسی در دندان‌های ماگزایلا، کمتر از ۶۰ min است. تزریق دوم لیدوکائین ۲٪ با Epi بعد ۳۰ min در دندان‌های قدامی و بعد ۴۵ min در دندان‌های خلفی به‌طور معناداری مدت بی‌حسی را افزایش داده و بهترین راه را برای افزایش مدت بی‌حسی پالپ در دندان‌های ماگزایلا است.

✓ تزریق اینفیلتره آرتیکائین در مندیبل:

در سمت باکال دندان‌های مولر اول و پر مولرهای مندیبل و لیبیال قدامی‌های مندیبل بعد تزریق بلاک inf.alv سبب بی‌حسی پالپ به مدت یک ساعت شده ولی دندان‌های مولر دوم نیازمند تزریق مکمل IO یا PDL هستند.

روش‌های بی‌حسی مکمل برای دندانپزشکی ترمیمی در مندیبل و ماگزایلا

وقتی بیمار علائم کلاسیک بی‌حسی (بی‌حسی لب، گونه، چانه و ...) را دارد اما پالپ (چک کردن با تست سرما و EPT) بی‌حس نشده، تکرار بی‌حسی مفید نیست و باید از تزریق‌های مکمل استفاده نمود. تکرار تزریق، فقط زمانی که بیمار علائم کلاسیک بی‌حسی بافت نرم را نشان نمی‌دهد، مفید می‌باشد.

پنج تزریق مکمل:

۱. انفیلتراسیون

۲. داخل استخوانی (IO)

۳. لیگامان پرپودنتال (PDL)

۴. اینتراسپتال

۵. داخل پالپی (IP)

۱۹۵- در جلسه دوم Regenerative Endodontic Procedure REP بر اساس پروتکل AAF

کدامیک از مراحل زیر

انجام نمی‌گردد؟

(الف) القای خونریزی درون کانال

(ب) استفاده از ۱۷٪ EDTA

(ج) قراردهی خمیر آنتی بیوتیک سه گانه

(د) تزریق بی‌حسی ۳٪ mepivacaine

پاسخ گزینه ج، صفحه ۱۰۰ کتاب اندودانتیکس پارسه

✓ پروتکل REP: (به‌طور خلاصه)

اولین مرحله بررسی میزان ساختار کروئال باقی مانده است.

● جلسه اول: دبریدمان کانال با حداقل اینسترومنتیشن - شست‌وشو با غلظت کم سدیم هیپوکلریت (۱/۵٪) - داروی داخل کانال کلسیم هیدروکسید یا آنتی‌بیوتیک سه‌گانه TAP (شامل مترونیدازول، سیپروفلوکساسین و ماینوسایکلین) و پانسمان موقت.

جلسه دوم (۲-۴ هفته بعد از قرار دادن دارو): بعد از تأیید عدم وجود التهاب پری رادیکولار مثل برطرف شدن تورم بافت نرم یا درناژ سینوس ترکت.

رابردم - بی‌حسی بدون وازوکانستریکتور (مثل مپی‌واکائین ۳٪) - شست‌وشو داخل کانال با ۱۷٪ EDTA - القای خونریزی با k-file کوچک #۱۰ برای تشکیل لخته خون تا سطح CEJ - قرار دادن داربست غنی شده با فاکتورهای رشدی مثل platelet-rich plasma (PRP) یا platelet-rich fibrin (PRF) یا ماتریکس کلاژنی (CollaPlug یا CollaTape) روی لخته خون - MTA.

ایجاد لخته خونی سبب به محل آوردن سلول‌های بنیادی مزانشیمال ذاتی از اپکس ریشه به داخل لومن پالپ است.

۱۹۶- کدام مورد درباره آماده سازی کانال ریشه در درمان مجدد صحیح می باشد؟

- الف) در کانال های oval-shaped بهتر است تهیه حفره دسترسی از نوع contracted می باشد.
- ب) وجود باقیمانده مواد پرکننده در کانال در دفت آپکس لوکیتور تاثیری ندارد.
- ج) کانال های round بیشترین چالش درمانی را نشان می دهند.
- د) موتور روتاری پیشنهادی قابلیت adaptive motion داشته باشد.

پاسخ گزینه د، صفحه 204 کتاب اندودانتیکس پارسه

در کانال های بیضی شکل، احتمال باقی ماندن نواحی آماده نشده در ریشه بیشتر می باشد.

با تکنیک کراون داون احتمال خارج شدن مواد از آپکس کمتر می شود.

در صورتی که از وسایل engine-driven می خواهیم استفاده کنیم توصیه به حرکت adaptive شده (مؤثرتر از reciprocating به خصوص در کانال های بیضی شکل)

حرکت adaptive ← هم حرکت rotational هم reciprocating بر حسب استرس وارده به فایل.

عوامل مؤثر بر آماده سازی کانال: شکل حفره دسترسی، سطح مقطع کانال، روش instrumentation، نوع motion حین آماده سازی، طول کارکرد، سایز اپیکال، آناتومی کانال، نوع مواد پرکننده کانال مثلاً حفره دسترسی باریک در کانال بیضی باعث باقی ماندن مواد پرکننده بیشتری در دیواره های کانال می شود.

در کانال های بیضی شکل، احتمال باقی ماندن نواحی آماده نشده در ریشه بیشتر می باشد.

هنگامی که مواد داخل کانال وجود داشته باشد، طول کارکرد به خوبی قابل تعیین نیست. لزوم استفاده از آپکس لوکیتور و رادیوگرافی.

۱۹۷- دندان پزشکی در حال درمان ریشه مولر اول مندیبل بیمار است. پس از یافتن سه کانال و

قراردهی فایل های اولیه، اقدام به تهیه رادیوگرافی با زاویه دیستالی می نماید. در این رادیوگرافی مسیری مزیالی تر از فایل موجود در ریشه دیستال مشاهده می کند که انتهای آن به فضای پالپ چمبر می رسد. بر اساس اطلاعات گفته شده کدامیک از گزینه های زیر صحیح است؟

الف) مسیر مشکوک کانال دیستوباکال است.

ب) مسیر مشکوک مربوط به radix entomolaris است.

ج) PDL ریشه به این صورت دیده می شود.

د) برای تشخیص باید CBCT تهیه شود.

پاسخ گزینه الف، صفحه 31 کتاب اندودانتیکس پارسه

قانون SLOB (Tube Shift)

اولین بار توسط Richards ارائه شد. بیان می‌کند وقتی ۲ جسم روی هم اورلپ شده‌اند (باکولینگوال) تصاویر رادیوگرافی آن‌ها از هم جدا شود. طبق قانون جسمی که در لینگوال قرار گرفته متناسب با تغییر جهت تابش اشعه تغییر مکان می‌دهد و جسمی که در باکال قرار گرفته است مخالف تغییر جهت اشعه جابه‌جا می‌شود. SAME LINGUAL OPPOSITE BUCCAL

به عنوان مثال در مولر اول پایین با دوریشه میوباکال و میولینگوال مجزا از هم، با تغییر جهت ۲۰ درجه تیوب از موقعیت موازی با سنسور به موقعیت میزالی، ریشه میولینگوال در جهت میزالی جابه‌جا می‌شود و ریشه میوباکال در جهت دیستال حرکت می‌کند.

۱۹۸- در رابطه با rapid orthodontic extrusion گزینه صحیح کدام است؟

- الف) هدف از به کارگیری این روش جابه‌جایی کرونالی دندان به همراه استخوان و لثه است.
 ب) دوره فعال سازی ۱-۳ هفته و دوره ریتشن ۸-۲ هفته می‌باشد.
 ج) در دندان با ریشه متقارب ساپورت استخوانی افزایش می‌یابد.
 د) فیبرونومی سوپراکریستال به منظور ممانعت از مهاجرت کرونالی استخوان و لثه انجام می‌شود.

پاسخ گزینه د، صفحه 177 کتاب اندودانتیکس پارسه

اکستروژن ارتودنتیک

اکستروژن ارتو شامل ← Forced eruption دندان

نکته: باید با استفاده از اکستروژن سریع ارتودنسی انجام شود که فقط اجازه حرکت به دندان را بدهد.

اگر اکستروژن آهسته انجام شود، مهاجرت کرونالی استخوان و لثه هم رخ می‌دهد ← فرول مورد نظر ایجاد نخواهد شد. گاهی فیبرونومی سوپراکریستال و root planning جهت کمک به کاهش مهاجرت کرونالی استخوان و لثه انجام می‌شود.

planning

اکستروژن سریع ارتو شامل ۱-۳ هفته فعال‌سازی و به دنبال آن ۸-۱۲ هفته retention دندان قبل از شروع ترمیم است.

هنگام اکستروژن دندان با ریشه‌های مخروطی (tapered) ساپورت استخوانی و ناحیه سطح مقطع کاهش می‌یابد. (مشکل تر شدن ترمیم زیبایی و ساختاری.)

۱۹۹- بیماری ۱۰ ساله بلافاصله به دنبال ضربه به دندان سانترال راست فک بالا به شما مراجعه مینماید در معاینه داخل دهانی جابجایی دندان و در رادیوگرافی شکستگی افقی ریشه مشاهده می‌شود. مناسب ترین اقدام درمانی چیست؟

الف) repositioning و اسپلینت

ب) اسپلینت و درمان ریشه قطعه کرونا

ج) اسپلینت و درمان ریشه قطعه کرونا و خارج سازی قطعه اپیکالی

د) repositioning و اسپلینت و ارزیابی نیاز به درمان ریشه در جلسات فالوآپ

پاسخ گزینه د، صفحه 109 کتاب اندودانتیکس پارسه

مراقبت اورژانس:

* جهت دستیابی به بهترین نتایج، درمان اولیه شکستگی ریشه شامل repositioning & stabilization می‌باشد (در صورت تأخیر ممکن است نیاز به درمان ارتودنسی جهت repositioning باشد).

* اسپلینت کردن در مورد شکستگی‌های یک سوم سرویکال و میانی صورت می‌گیرد. اگر شکستگی ریشه در قسمت $\frac{1}{3}$ اپیکالی باشد معمولاً به درمان فوری نیاز ندارد ولی به صورت طولانی مدت فالوآپ می‌شود. در سایر موارد پس از ری‌پوزیشن دندان به مدت ۴-۶ هفته (برای ترمیم پرپودنشیوم و استخوان) اسپلینت می‌شود و اگر شکستگی به کرس استخوان نزدیک باشد دوره اسپلینت طولانی‌تر می‌شود.

۲۰۰- کدامیک از موارد زیر از مزایای استفاده از پی‌زوسرجری در جراحی‌های اندودانتیک نمی‌باشد؟

الف) محافظت از بافت نرم

ب) کاهش طول مدت درمان

ج) کاهش خون از دست رفته

د) کاهش لرزش و صدا

پی‌زوسرجری

مدالیته قطع استخوان

مزایا ← حافظت از بافت نرم، بهبود دید، کاهش خون‌ریزی، کاهش vibration و noise. افزایش راحتی بیمار محافظت از ساختار دندان.

معایب ← هزینه زیاد دستگاه، مدت زمان طولانی جراحی، عدم امکان استفاده pace maker با بیمار

پاسخ گزینه ب، صفحه 210 کتاب اندودانتیکس پارسه

۲۰۱- بیماری با تورم غیر مواج (non-fluctuant) در ناحیه وستیبولار مولر اول مندیبل به شما مراجعه می نماید. در معاینه داخل دهانی، دندان مولر اول به تست های حساسیت پالپی پاسخ نمی دهد. در جلسه اورژانس اقدام درمانی مناسب کدامیک از گزینه های زیر می باشد؟

الف) دبریدمان کانال

ب) دبریدمان کانال و انسیزن و درناژ

ج) دبریدمان کانال و انسیزن و درناژ و تجویز آنتی بیوتیک سیستمیک

د) دبریدمان کانال و تجویز آنتی بیوتیک سیستمیک

پاسخ گزینه ب، صفحه 89 کتاب اندودانتیکس پارسه

پالپ نکروز / آبسه اپیکالی حاد با تورم موضعی داخل دهانی

درمان دو فازی است: اول و مهم ترین؛ دبریدمان و دوم؛ درناژ

تورم موضعی (چه مواج باشد چه نباشد) باید برش داده شود.

درناژ سه کار انجام می دهد:

۱. تسکین فشار و درد

۲. حذف محرک های قوی (چرک و مدیاتورهای التهابی)

۳. جلوگیری از انتشار عفونت به فضا های فاسیال

یافته های رادیوگرافی از یک عدم تغییر پری اپیکال تا یک رادیولوسنسی وسیع متغیر است. برخی مواقع ترشح چرکی در کانال وجود دارد.

گاهی اوقات همچنان در طی آماده سازی، کانال از چرک پر می شود که اصطلاحاً (weeping canal) گفته می شود. در این مواقع بیمار باید مدتی بنشیند تا جریان متوقف شود سپس کانال با گلوله پنبه خشک شود و به طور موقت سیل شود.

در صورت درناژ از داخل کانال، پاکسازی محدود به فضای کانال شده و اگر درناژ صورت نگیرد تا فیل شماره ۲۵ از اپکس رد می شود.

مراحل انسیزن درناژ: برش عمودی و به دنبال آن جدا کردن بافت ها از طریق کورتاژ و شست و شو با نرمال سالین و کلرهگزیدین ۰.۱۲٪

انسیزن و درناژ بعد از دبریدمانت، در مواردی که بیش از یک آبسه وجود دارد، انجام می شود.

اگر پس از اینسیژن ترشحات کامل قطع نشود باید درن کار گذاشته شود.

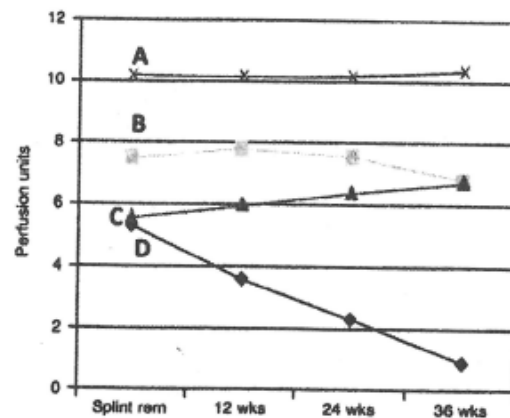
درد بعد از کار ممکن است مرتبط با اینسیژن درناژ باشد که معمولاً طی ۲-۳ روز برطرف می شود.

مدیریت دارویی درد بعد از کار

مدیریت درد: تجویز یک رژیم ضد درد برای درد خفیف تا متوسط / نیازی به تجویز آنتی بیوتیک نیست.

علائم سیستمیک به ندرت وجود دارند که نیازمند آنتی بیوتیک باشد.

۲۰۲- نمودار روبرو تغییرات گردش خون پالپ (Pulpal Circulation) در طول ۳۶ هفته پس از وقوع انواع مختلف آسیب‌های جابجایی وارده به دندان (luxation injuries) خطوط C, B و D نشان می‌دهد. در صورتی که خط شماره ۸ نشان دهنده پالپ سالم باشد، الگوی مشاهده شده در خط شماره D مطابق با کدام نوع صدمه دندانی می‌باشد؟



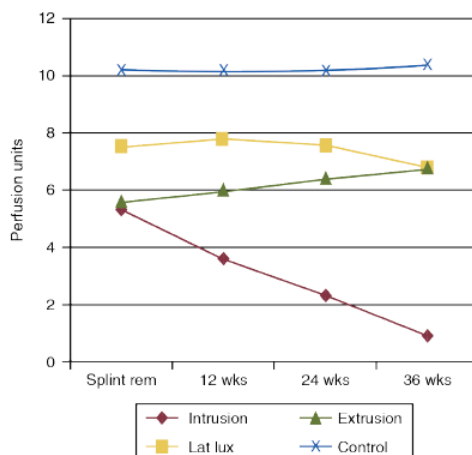
الف) Lateral luxation

ب) Intrusion

ج) Extrusion

د) Subluxation

بعد از صدمات لوکسیشن مانند اکستروژن، اینترژن، یا حتی بیرون افتادن کامل دندان و رپلنت دندان‌های با اپکس نابالغ نسبت به اپکس بسته بیشتر ریواسکولاریزه می‌شوند. این تفاوت در درجه اول مربوط به افزایش گردش خون جانبی در دندان‌های نابالغ است که می‌تواند ناشی از فورامن اپیکال عریض باشد.



شکل ۱-۲

پاسخ گزینه ب، صفحه 13 کتاب اندودانتیکس پارسه

۲۰۳- دقیق ترین تست برای ارزیابی وضعیت پالپ دندانهای دارای روکش PFM و تستی که منجر به تغییرات یونی در مایع عاجی می شود به ترتیب کدامیک از گزینه های زیر است؟

الف) تست سرما، تست الکتریکی

ب) تست الکتریکی، تست سرما

ج) تست سرما، تست سرما

د) تست الکتریکی، تست الکتریکی

پاسخ گزینه الف، صفحه 37 کتاب اندودانتیکس پارسه

تست الکتریکی EPT

این تست دقت کمتری نسبت به تست سرما دارد و هیچ تفاوتی بین پالپ نرمال و پالپیت قائل نمی‌شود.

تست الکتریکی نمی‌تواند بر روی آمالگام، کامپوزیت و یا کراون‌ها انجام شود.

این تست یک جریان الکتریکی "High-Frequency" دارد که باعث جابه‌جایی یون‌های مایع عاجی می‌شود که در پی آن فیبرهای A- دلتا تحریک می‌شود.

این تست به جریان هیدرودینامیک وابسته نیست در نتیجه احتمال می‌رود نتیجه نسبت به تست‌های حرارتی در دندان‌های دارای کلسیفیکاسیون متامورفوزیس دقیق‌تر باشد.

نکته: درجات بسیار بالا نشان‌دهنده نکروز و درجات پایین vitality را نشان می‌دهد. البته این اعداد هیچ یک میزان التهاب را نشان نمی‌دهند.

تست سرما

قابل اعتمادترین (reliable) تست می‌باشد.

از تکه‌های یخ، کربن دی اکسید یا یخ خشک و اسپری سردکننده (رایج‌ترین و معمول‌ترین و قابل اعتمادترین) در این روش استفاده می‌شود.

نکته

در روکش‌های PFM، اسپری سرما، دقیق‌ترین است.

در پالپ سالم مایع هیدرودینامیک در جهت رو به خارج (outward) حرکت می‌کند و دارای الیاف A- دلتا می‌باشد. در مواقع التهاب، این الیاف دچار آلودینیا و یا هایپر آلژیا (هر دو) می‌شوند که تست سرما باعث تحریک این الیاف می‌شود.

۲۰۴- حین تراش حفره دسترسی دندان‌ی که پایه بریج می باشد، احتمال پرفوراسیون تاج یا ریشه

در کدامیک از دندان های زیر کمتر است؟

الف) پرمولر اول ماگزिला

ب) لترال ماگزिला

ج) لترال مندیبل

د) پرمولر اول مندیبل

اندودانتیکس پارسه

پاسخ گزینه د،

۲۰۵- کدامیک از انواع دردهای زیر از اختلال در nociceptor ها منشا می گیرد؟

الف) migraine

ب) cluster headache

ج) trigeminal neuralgia

د) hemicrania

پاسخ گزینه ج ، صفحه 49 کتاب اندودانتیکس پارسه

۴- درد نوروپاتی

ناشی از ابنورمالیتی در گیرنده‌های درد. (Nociceptors)

این گیرنده‌ها به محرک‌های مکانیکی، حرارتی و شیمیایی پاسخ می‌دهند و ممکن است هر دو مسیر مرکزی و محیطی درگیر شوند.

کاهش مهار یا افزایش فعالیت محیطی منجر به دو نوع اساسی درد می‌شود: نورالژی حمله‌ای (paroxysmal) و ادامه‌دار (continuous)

نورالژی پاروکسیمال: درد شدید، تیز، الکتریکی مانند، معمولاً یک‌طرفه، کوتاه‌مدت یا بلندمدت شدت درد به‌عنوان بدترین درد شناخته‌شده برای انسان است.

اگرچه شدت این نوع دردها شدید است اما بیمار را از خواب بیدار نمی‌کند ← کمک به تشخیص افتراقی از دردهای پالپی و پریودنتالی.

درد کلاسیک پاروکسیمال با شدت بالا قابلیت تحریک دارد یعنی با خوردن یا صحبت کردن ممکن است تحریک شود.

نورالژی تری‌ژمینال: اثر روی عصب پنجم جمجمه / معمولاً یک‌طرفه / بیشتر در زنان بالای ۵۰ سال / درد با شدت بالا / شباهت علائم نورالژی تری‌ژمینال و دندان‌دانی.

این نورالژی، طبیعت پاروکسیمال دارد.

اتیولوژی: ایدیوپاتی، دمیلینه شدن یا مالفورماسیون عروقی.

- به علاوه حفره‌های پاتولوژیک (استخوان) در محل کشیدن دندان قبلی، و درمان اندوقبلی.

نورالژی پره تری‌ژمینال: با ویژگی درد مداوم‌تر و مبهم (dull aching) - شبیه دندان درد.

۲۰۶- کدامیک از سیلرهای زیر حاوی اکسید زیرکونیوم هستند؟

- 1)MTAFillapex
- 2)Endosequence BC Sealer
- 3)iRoot SP
- 4)ProRoot Endo Sealer

الف) 1 و 2

ب) ۲ و ۳

ج) 1 و 4

د) ۲ و ۴

پاسخ گزینه ب، صفحه 168 کتاب اندودانتیکس پارسه

۴. سیلرهای بیوسرامیک

MTA نوعی کلسیم سیلیکات بیوسرامیک است. / بسیار biocompatible / سیل مناسب

Pro Root Endo sealer ← سیلر MTA-based است و به صورت پودر و ژل ساخته شده. سیلرهای بیوسرامیک خواص بیولوژیکی و فیزیکی مطلوب و تطابق سنجی و سیل خوب دارند. ژل حاوی پلیمر محلول در آب و پودر حاوی تری کلسیم سیلیکات، دی کلسیم سیلیکات، کلسیم سولفات، بیسموت اکساید و میزان کمی تری کلسیم آلومینات.

MTA fillapex به صورت ۲ خمیر است. حاوی سالیسیلات رزین، natural resin, diluent resin، بیسموت اکساید، نانوپارٹیکل سیلیکا، MTA و پیگمان است.

Endo sequence BC sealer (Root sp) single paste (تک تیوپ با بیس کلسیم سیلیکات) ← حاوی زیرکونیوم اکساید، کلسیم سیلیکات، کلسیم فسفات مونو بازیک، کلسیم هیدروکساید، فیلر و مواد thickening است.

iRoot SP ← حاوی زیرکونیوم اکساید، کلسیم سیلیکات، کلسیم فسفات، کلسیم هیدروکساید، فیلر و ماده thickening است. (با بیس کلسیم سیلیکات)

۲۰۷- بیشترین میزان عمق تخمینی حفره دسترسی در دندانهای قدامی ها مربوط به کدام مورد

زیر است؟

الف) سانترال ماگزایلا

ب) سانترال مندیبل

ج) کانین ماگزایلا

د) کانین مندیبل

پاسخ گزینه د، صفحه 142 کتاب اندودانتیکس پارسه

عمق تخمینی اکسس برای دندانهای قدامی:

- سانترال بالا ۵/۵ و لترال بالا ۵ میلی‌متر.
- سانترال مندیبل ۴/۵ و لترال مندیبل ۵ میلی‌متر.
- کانین ماگزایلا ۵/۵ و کانین مندیبل (به خاطر تاج کلینیکی بلندتر) ۶ میلی‌متر.
- پرمولرهای دارای فورکای ماگزایلا: نوک کاسپ باکال تا سقف اتاقک ۷ میلی‌متر.

نظایق سوالات اندودانتیکس پارسه

۲۰۸- آناتومی مشاهده شده در تصویر مقابل بر اساس طبقه بندی Vertucci و Weine به ترتیب

کدام گزینه زیر است ؟

الف) 3-4

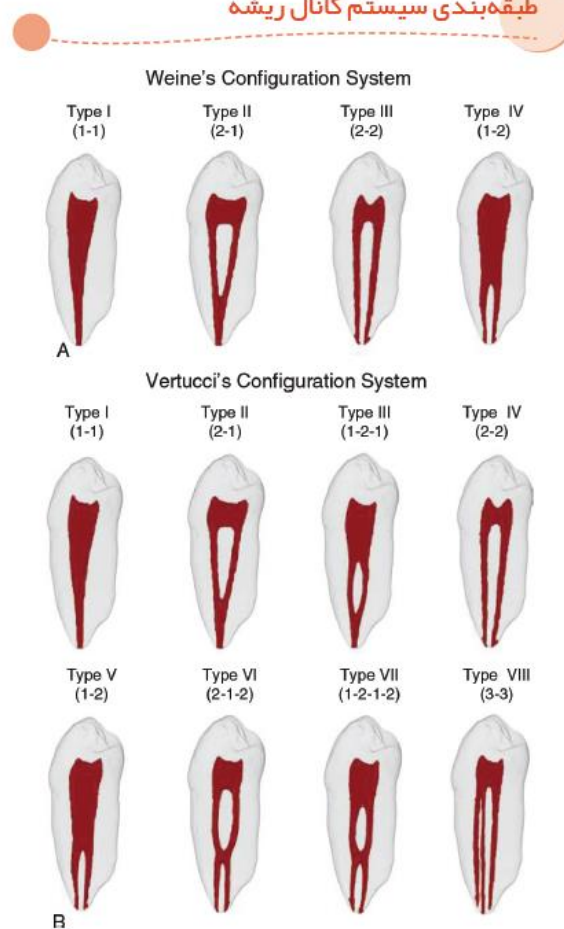
ب) ۳-۵

ج) 4-5

د) 6-4

پاسخ گزینه الف، صفحه 122 کتاب اندودانتیکس پارسه

طبقه‌بندی سیستم کانال ریشه



شکل ۱-۱۲

نظایق سوالات اندودانتیکس پارسه

۲۰۹- اصطلاح **blowing out** اشاره به کدام خطا حین آماده سازی کانال ریشه دارد؟

الف) coronal root perforation

ب) furcal perforation

ج) lateral (midroot) perforation

د) apical perforation

پاسخ گزینه د، صفحه 194 کتاب اندودانتیکس پارسه

الف) پرفوریشن اپیکالی ریشه

- علت: از طریق فورامن اپیکال (over instrumentation) یا ترانسپورت در سطح فورامن اپیکال) یا از طریق بدنه ریشه (کانال ساختگی سوراخ شده) ایجاد می‌شوند.
- طول کارکرد غلط و یا عدم توانایی حفظ طول کارکرد باعث ایجاد zipping یا blowing out فورامن اپیکال می‌شود.

۲۱۰- جهت جدا کردن بافت گرانولیشن از ریشه دندان از چه وسیله‌ای استفاده می‌شود؟

- الف) bone curette
- ب) periodontal curette
- ج) standard 15 blade
- د) mold curette

پاسخ گزینه ب، صفحه 69 کتاب اندودانتیکس پارسه

سپس برداشت استخوان با فرزهای جراحی (استئوتومی) و قطع انتهای ریشه ← حذف بافت گرانولیشن توسط کورت‌های استخوان از کریپت استخوانی و توسط کورت‌های پریدنتال از سطح ریشه ← آماده‌سازی انتهای ریشه با استفاده از تیپ‌های مخصوص اولتراسونیک (۳، ۶، ۹ میلی‌متر) (بیشترین مورد استفاده تیپ‌های ۳ میلی‌متری).

پارسه

ارتودانتیکس (دکتر مهناز غریب نواز)

211. در یک دختر ۸ ساله با پروتروژن انسیزورهای ماگزایلا و اورجت افزایش یافته:

- الف) به احتمال ۴۰ درصد در معرض خطر تروما به انسیزورها قرار دارد.
 ب) بیشتر حوادث منجر به آسیب، در فعالیتهای طبیعی (ونه ورزشی) اتفاق می افتند.
 ج) در صورت وجود سابقه تروما احتمال آسیب ۳ برابر بیشتر از افراد بدون سابقه است.
 د) جهت درمان کاهش اورجت از طریق اصلاح رشد پیشنهاد میشود

گزینه ب - صفحه 15 کتاب ارتودانتیکس پارسه

شکل ۱-۱۰: دندان سانتال شکسته شده در دختری ۱۰ ساله را نشان می دهد. از هر ۳ فردی که تنیای بیرون زده دارند، احتمال یک آسیب وجود دارد. اکثر اتفاقات این چنینی در هنگام فعالیت های روزمره ایجاد می شود؛ نه در زمان ورزش.

نکته
 به دلیل اینکه آسیب دیدگی دندانی اغلب جزئی است، دلیل محکمی برای شروع زودهنگام Class II هانیست؛ ولی در کودکان با سابقه قبلی آسیب دیدگی و سن کمتر از ۹ سال، ریسک آسیب دیدگی های دندانی، ۸/۴ برابر کودکان بدون سابقه قبلی آسیب دیدگی است. در این کودکان، عقب بردن دندان های قدامی (به درمان فانکشنال) توصیه می شود.

مشابه در آزمون جامع سوم پارسه 1404

1. در رابطه با درمان ارتودنسی در بیماران با مال اکلوژن گزینه صحیح را مشخص کنید؟

- الف. در مطالعات اخیر شواهد روشنی وجود ندارد که دلالت کند درمان ارتودنسی سبب کاهش پیدایش بیماری های دندانی می شود.
 ب. درمان ارتودنسی امکان ابتلا به بیماری یهای پریدونتال را افزایش می دهد.
 ج. مال اکلوژن در ایجاد بیماری های دندان ونسوج نگهدارنده، دارای تأثیر زیادی است.
 د. در کودکان کلاس II با سابقه قبلی آسیب دیدگی دندان های قدامی و سن کمتر از 9 سال، درمان فانکشنال توصیه می شود.

212- در مورد رویدادهای رشدی کدام گزینه صحیح است؟

- الف) ریمادلینگ سقف دهان همزمان با حرکت به سمت پایین منجر به افزایش عرض آن میشود.
- ب) ریمادلینگ در قدام ماگزایلا هم جهت با سطح خارجی استخوان بینی است.
- ج) رشد مشخص استخوان بینی در دوران بلوغ منجر به برجستگی بینی نسبت به لبها میشود.
- د) در دوران قبل از بلوغ رشد لبها از رشد استخوان فکین پیشی میگیرد

گزینه الف - صفحه 30-31-32 کتاب ارتودانتیکس پارسه

برداشته می‌شود و بخشی از رشد قدامی را که در غیر این صورت به دلیل انتقال کل ماگزایلا رخ می‌داد، خنثی می‌کند.

نکته
جابه‌جایی کلی ماگزایلا به طرف جلو و پایین همزمان با تحلیل تقریباً تمامی سطح قدامی ماگزایلا است، به جز اطراف خارجی قدامی.
سقف دهان، تشکیلی است و کف بینی تحلیلی است. قسمت قدامی زائده آلونولار ناحیه تحلیل است.

✓ با رشد قدامی تحتانی ماگزایلا، سطوح قدامی آن، ریمادل و استخوان از این نواحی برداشته می‌شود. در واقع تقریباً تمام سطح قدامی ماگزایلا تحلیلی است (نه رسوبی). اما استخوان به سمت قدام رشد می‌کند (جابه‌جا می‌شود). به عبارت دیگر، دو فرآیند به صورت همزمان ایجاد می‌شود؛ یعنی حرکت قدامی تحتانی ماگزایلا و همزمان با آن، تغییرات مادلینگ یعنی مادلینگ در خلاف جهت جابه‌جایی است.

✓ آیا همیشه تغییرات مادلینگ با جابه‌جایی در خلاف جهت است؟ خیر! جابه‌جایی و مادلینگ می‌تواند هم جهت بوده و تأثیر افزایشی داشته باشد. مثال آن، سقف دهان است. سقف دهان به جلو و پایین (با ماگزایلا) حرکت می‌کند؛ همچنین به صورت همزمان، استخوان از کف بینی برداشته و به سقف دهان اضافه می‌شود. دقت کنید که بخش قدامی زائده آلونولار، تحلیلی است؛ یعنی استخوان از این سطح

- لب‌ها: رشد لب‌ها قبل از نوجوانی، از رشد دو فک (استخوان) کمتر است؛ سپس تحت جهش رشدی قرار گرفته و از رشد استخوان پیشی می‌گیرد. **Lip incompetency** و نمایش بیش از حد ثنایهای بالا در دوران کودکی در حداکثر اندازه است و در نوجوانی کاهش می‌یابد. ضخامت لب در (Adolescents) نوجوانی در حداکثر اندازه است و سپس کاهش می‌یابد. بعضی خانم‌ها در سن ۲۰ تا ۳۰ سالگی این مسئله را ایراد به حساب می‌آورند و به دنبال افزایش ضخامت لب خود هستند.
- رشد بینی: رشد استخوان بینی در سن ۱۰ سالگی کامل می‌شود و بعد از این سن، رشد بینی، ناشی از غضروف بینی و بافت نرم آن است. بینی و چانه (Post Adolescents) بعد از نوجوانی هم برجسته می‌شوند (به خصوص در پسران)؛ در حالی که این اتفاق برای لب نمی‌افتد. بنابراین برجستگی نسبی لب کاهش می‌یابد. پس در موارد مشکوک بین درمان‌های ext و non-ext در شرایطی که همه موارد مشابه باشد، بنا را بر non-ext می‌گذاریم.

213. در یک دختر با سن دندانی 12 سال که دارای این بایت شدید قدامی و الگوی مهره گردنی مقابل است، الگوی جویدن و مرحله رشدی (Cervical Stage, CS) را مشخص کنید :



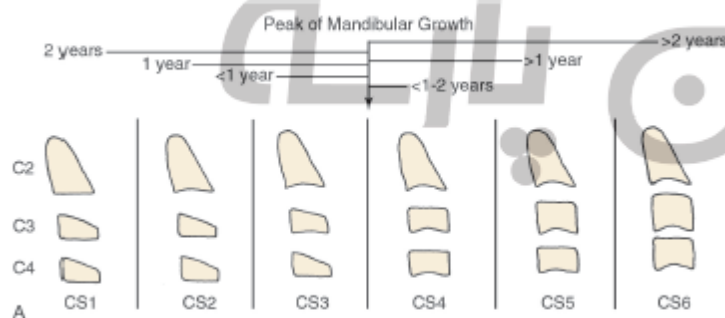
الف. juvenile. CS5.

ب. adult. CS4.

ج. adult. CS5.

د. juvenile. CS4.

گزینه الف - صفحه 40 - 41 کتاب ارتودانتیکس



شکل ۳-۸

در صورت وجود این بایت شدید، الگوی جویدن کودکانی باقی می‌ماند. هم جویدن بالغ و هم بلع بالغ به سیل قدامی دندان‌ها ارتباط دارد. (شکل ۳-۴)

تطابق سوالات دندان پزشکی ارتودانتیکس پارسه

214. درباره موقعیت لثه هنگام رویش دندان و مهاجرت آن کدام گزینه صحیح است؟

الف) passive eruption در هنگام رویش دندان رخ می‌دهد.

ب) در هنگام رسیدن دندان به اکلوژن، اتصال لبه روی CEJ قرار دارد.

ج) عامل اصلی حرکت آپیکالی لثه در نوجوانان رویش فعال دندان است.

د) در غیاب التهاب و سایش با افزایش سن اتصال لثه به دندان از CEJ به سمت آپیکال حرکت می‌کند.

گزینه ج - صفحه 61 کتاب ارتودانتیکس پارسه

ارتفاع تاج دندان: بلوغ سبب عریان شدن مقدار بیشتری از دندان از بافت‌های نرم اطرافش می‌شود. هنگامی که دندان دائمی به اکلوژن می‌رسد، اتصالات لثه‌ای بالای CEJ و در اواخر دهه دوم حیات، این اتصالات نزدیک به CEJ است. در نبود مشکلات پاتولوژیک مانند التهاب لثه و سایش مکانیکال، اتصالات لثه‌ای در طول عمر، در همین سطح باید باقی می‌ماند. البته تحلیل کمی از لثه با افزایش سن، امری عادی تلقی می‌شود.

• Active eruption: در واقع رویش دندان‌ها در پاسخ به رشد عمودی فک‌ها است. این فرآیند باعث آشکار شدن سطح بیشتری از دندان در محیط دهان می‌شود.

• Passive eruption: حرکت واقعی لثه به سمت اپیکال بدون هیچ رویش دندان است. این شرایط فقط در حالت پاتولوژیک رخ می‌دهد. در صورت سالم بودن لثه، اتصالات لثه‌ای به طرف پایین حرکت نمی‌کنند، به عبارت دیگر passive eruption در اصل وجود ندارد، بلکه آنچه روی می‌دهد، رویش فعال دندان‌هاست.

215. همه عوامل زیرسبب می‌شود دختران قد نهایی کوتاه تری نسبت به پسران داشته باشند. بجز:

(الف) بلوغ زودتر دختران نسبت به پسران

(ب) بسته شدن سریعتر صفحات رشدی اپیفیزیال در دختران

(ج) رشد طولانی تر پسران قبل از جهش رشدی بلوغ

(د) اثربیشتر هورمون جنسی مردان بر رشد غضروف در مقایسه با بلوغ استخوان

گزینه د - صفحه 52 کتاب ارتودانتیکس پارسه

زمان بندی بلوغ بیشتر ارثی است و به طور متوسط دختران ۲ سال زودتر از پسران بالغ می‌شوند. (علت: نامشخص)

نکته

مراحل بلوغ دختران ۳/۵ سال و پسران حدود ۵ سال طول می‌کشد.

نکته: غضروف اپی فیزیال در پسران آهسته‌تر از دختران بسته می‌شود، بنابراین بعد از به دست آمدن صفات دوم جنسی مشخص، رشد دختران زودتر از پسران متوقف می‌شود.

• تفاوت قد دختران و پسران ناشی از رشد آهسته و پیوسته قبل از بلوغ است.

216. در فرایند تکامل فک و صورت اصطلاح deformity به چه وضعیتی اطلاق میشود؟

- الف) بافتی که از ابتدا به طور غیرطبیعی شکل گرفته است.
 ب) بافتی که ابتدا بطور طبیعی شکل گرفته ولی تکامل طبیعی آن ادامه نیافته است.
 ج) بافتی که تحت تأثیر نیروهای محیطی تغییر شکل یافته است.
 د) به حالتی از رشد گفته میشود که سریعتر از حد طبیعی رخ داده است.

گزینه ب - صفحه 64 کتاب ارتودانتیکس پارسه

مال اکلوزن در اغلب موارد حاصل فرایندهای پاتولوژیک نیست؛ بلکه پدیده‌ای تکاملی است که به علت اختلال در تکامل نرمال رخ می‌دهد. البته مال اکلوزن به علت‌های پاتولوژیک هم می‌تواند ایجاد شود؛ مثل deficiency مندیبل به دنبال شکستگی فک در دوران کودکی یا ناهنجاری‌های همراه با بعضی سندرم‌ها. دیسمورفولوژیست‌ها در توصیف انواع مختلف ناهنجاری از کلمات malformation و deformity استفاده می‌کنند. در دفورمیتی بافت ابتدای نرمال شکل می‌گیرد سپس از فرایند تکامل نرمال باز می‌ماند در حالی که در مالفورماسیون بافت‌ها از ابتدا به صورت نرمال شکل نمی‌گیرند. در اغلب موارد تعیین علت مشخص و دقیق بسیاری از ناهنجاری‌ها مشکل است و ناهنجاری‌ها اغلب اوقات از تأثیر متقابل فاکتورهای متعدد ایتولوژیک ایجاد می‌شوند که بر رشد و تکامل تأثیر می‌گذارند (شکل ۱-۳).

217. در بیماری با سابقه شکستگی کندیل احتمال وجود کدامیک کمتر است؟

- الف) چرخش pitch در فک بالا
 ب) چرخش yaw در فک پایین
 ج) چرخش roll در فک بالا
 د) وجود cant در فک پایین

گزینه الف - صفحه 116 کتاب ارتودانتیکس پارسه

ممکن است رخ بدهد، اما خیلی به ندرت. آسیمتری مندیبل که اغلب شامل چرخش yaw است در ۴۰٪ بیماران که مندیبل بزرگ یا کوچک دارند، دیده می‌شود. در این بیماران، به دلیل فرایند جبران یا (compensations)، سیستم

218- اقدام مناسب برای کاهش فضاهای سیاه بین دندانی در دندانهای قدامی کدام است؟

الف) جراحی لثه برای افزایش پاپیلا

ب) تورک لبیالی ثنایاها

ج) کاهش مینا در نقطه تماس و افزایش طول کانکتور

د) اضافه کردن کامپوزیت در سرویکال برای کاهش فضای بین دندانی

گزینه ج- صفحه 131 کتاب ارتودانتیکس پارسه

- تصحیح مثلث‌های سیاه: برداشتن مینا (stripping) در ناحیه تماس، برای حرکت دندان‌ها به سمت هم، باعث حذف بیشتر مثلث‌های سیاه می‌شود. جابه‌جایی کاتکت به صورت اپیکالی، قسمت بزرگی از مثلث سیاه (نه همه آن) را حذف می‌کند. باید مراقب باشیم که نسبت‌های دندان‌ها را برهم نزنیم و ارتفاع connector باید حفظ شود. برای مثال اگر ساتترال باریک است، لترال هم مختصری باریک شود و ناحیه کاتکت آنها نیز اپیکالی‌تر شود.

219. در یک بیمار با کراودینگ ۸ میلیمتر، درمان بدون کشیدن دندان انجام شده است. اگر ۲ میلیمتر از فضا توسط

اکسپنشن عرضی تامین شده باشد، در انتهای درمان لبها چند میلیمتر به جلو حرکت کرده اند؟

الف) ۲ میلیمتر

ب) ۳ میلیمتر

ج) ۴ میلیمتر

د) ۵ میلیمتر

عقب بردن ثنایاها برای کاهش برجستگی لب به بودن فضا در قوس دندانی نیازمند است. این حالت باعث افزایش دیسکریپانسی طول قوس می‌شود؛ به طوری که برای یک میلی‌متر عقب بردن ساتترال‌ها، ۲ میلی‌متر فضای اضافی در قوس (۱ میلی‌متر در هر سمت) نیاز است. اگر ۶ میلی‌متر کراودینگ در هر قوس و اورجت نرمال وجود داشته باشد و همچنین برای اصلاح پروتروژن لب و lip incompetency ثنایاها ۳ میلی‌متر عقب برده شوند، در قوس دندانی ۱۲ میلی‌متر فضا، نیاز است (۶ میلی‌متر کراودینگ، به علاوه ۶ میلی‌متر فضا برای عقب بردن ثنایاها).

گزینه الف و ب- صفحه 127 کتاب ارتودانتیکس پارسه

نکته

طبق یک قانون، لب‌ها دو سوم فضایی را که ثنایاها به عقب برده می‌شوند، رترکت شده و عقب می‌روند (برای مثال ثنایاها ۳ میلی‌متر عقب بروند، کاهش پروتروژن لب تنها ۲ میلی‌متر می‌شود). زمانی که لب‌های پروتروژن در حین عقب رفتن در حالت استراحت با هم تماس پیدا کنند (lip competence) ایجاد شود، عقب رفتن آنها متوقف می‌شود. پس حداکثر ۲ تا ۳ میلی‌متر عقب رفتن لب در زمان کشیدن دندان در افراد کلاس I خواهیم داشت، حتی اگر ثنایاها بیشتر عقب بروند.

220. کدام یک درباره سیگنالهای پیزوالکتریک صحیح است؟

- الف) تحت نیروی پایا، سیگنال پایدار و مداوم تولید می‌شود.
 ب) با اعمال نیرو، ایجاد و با برداشت نیرو، سیگنال معکوس تولید می‌شود.
 ج) فقط در کلاژن رخ می‌دهد نه در استخوان.
 د) نقش اصلی در تسریع حرکت دندانها حین درمان ارتودنسی دارد

گزینه ب - صفحه 146 کتاب ارتودانتیکس پارسه

این پدیده در بسیاری از کریستال‌های غیرآلی (معدنی) دیده می‌شود. اما کریستال‌های آلی نیز می‌توانند خواص پیزوالکتریک داشته باشند. با توجه به این موضوع، نه تنها مواد معدنی استخوان که ساختار کریستالی دارند، خاصیت پیزوالکتریک دارند، بلکه خود کلاژن نیز پیزوالکتریک است.

۲ ویژگی غیرعادی سیگنال‌های پیزوالکتریک عبارت است از شکل (۳-۸):

۱. به سرعت از بین می‌روند (هنگامی که نیرو اعمال می‌شود، سیگنالی ایجاد می‌شود که به سرعت به صفر می‌رسد؛ حتی اگر نیرو باقی بماند. حدود ۱ ثانیه طول می‌کشد تا این سیگنال از بین برود.
۲. در زمان اتمام نیرو، سیگنالی مساوی ولی در جهت مخالف ایجاد می‌شود. تا وقتی که نیرو باقی بماند، ساختمان کریستالی، پایدار باقی می‌ماند و هیچ جریان الکتریکی مشاهده نمی‌شود؛ ولی اگر نیروها رها شود، ساختار کریستالی اش به حال اولیه بازمی‌گردد (جریان الکتریکی معکوس رخ می‌دهد).

نکته

در تنوری بیوالکتریک، حرکت دندانها تا حدی به تغییرات صورت گرفته در متابولیسم استخوان ارتباط دارد که این تغییرات به واسطه سیگنال‌های الکتریکی ایجاد می‌شود و هنگام خم و راست شدن استخوان حاصل می‌شود. تنوری فشار کشش، حرکت دندانها را با تغییرات سلولی صورت گرفته به وسیله پیامبرهای شیمیایی مرتبط می‌داند. به‌طور سنتی چنین پنداشته می‌شود که این پیامبرها به واسطه تغییر در جریان خون PDL، تولید می‌شوند. فشار و کشش در PDL، از طریق کاهش pressure (فشار) یا افزایش tension (کشش) قطر عروق خونی فضای لیگامان، مطمئناً قادر به تغییر جریان خون خواهند بود. همچنین از هم‌گسیختگی سلول‌ها زمانی که بافت نرم تحت استرس قرار می‌گیرد رخ می‌دهد. (و منجر به آزادسازی پیامبرهای شیمیایی می‌شود) هر دو مکانیسم ممکن است در کنترل بیولوژیک حرکت دندان نقش ایفا کنند؛ اما پیامبرهای شیمیایی نقش غالب دارند.

221- در هنگام عقب بردن کائین به براکت این دندان 150 گرم نیرو وارد میشود. فاصله براکت تا مرکز مقاومت کائین 8 میلی‌متر است. میزان گشتاور اندازه‌گیری شده روی دندان کائین 880 gm-mm است. چند گرم نیروی اصطکاک در براکت کائین وجود دارد؟

- الف) 10
ب) 20
ج) 30
د) 40

گزینه د - صفحه 168 کتاب ارتودانتیکس پارسه (زیرنویس شکل 9-6 کتاب)



تطابق سوارالات دندان پزشکی ارتودانتیکس پارسه

گشتاور، حاصل ضرب نیرو و فاصله عمودی از نقطه به کارگیری نیرو به مرکز مقاومت است.

222. مکانیسم جلو آورنده مندیبل در کدام دستگاه به درستی بیان شده است؟

الف) بایونیتور: لینگوال شیلد

ب) فرانکل: لیپ پد

ج) Pin & tube : Forsus

د) Carriere motion : الاستیک CL II

گزینه د - صفحه 174 کتاب ارتودانتیکس پارسه ، شکل 7-10 و جدول 1-10

الف. لینگوال فلنچ

ب. لینگوال پد

ج. فنر



شکل ۷-۱۰

۱۰ : دستگاه های نوین ارتودنسی

TABLE 10.1	Functional Appliance Components
Component	Comment
Functional Components	
Lingual flanges	Contact with mucosa; most effective
Lingual pad	Contact with mucosa; less effective
Sliding pin and tube	Contact with teeth; variable tooth displacement
Tooth-supported ramps	Contact with teeth; tooth displacement likely
Lip pads	Secondary effect only on mandibular position

تطابق سوالات دندان پزشکی ارتودانتیکس پارسه

223. در صورت استفاده از لینگوال آرچ به عنوان فضا نگهدار در فک بالا کدام گزینه صحیح است؟

الف) تنها به صورت ثابت ساخته میشود.

ب) نیازی به رویش انسیزورهای دائمی نیست.

ج) در بیماران دیپ بایت قابل استفاده است.

د) باید فرم ایده آل قوس را داشته باشد

گزینه د - صفحه 202 کتاب ارتودانتیکس پارسه

زمانی تجویز می‌شود که چند دندان خلفی شیری از دست رفته باشند و اینسایزورهای دایمی نیز روییده باشند.

شیری و پرمولرهای درحال رویش تداخل نکنند. **فرم قوس L.A** باید ایده‌آل باشد تا دندان‌ها بتوانند در صورت وجود فضا، **align** شوند. مطابق کردن قوس **L.A** با نامرتبی دندان‌ها مناسب نیست.

بسیاری از افراد در فک بالا از **L.A** به عنوان **SM** استفاده نمی‌کنند؛ اما تنها **کنترل اندیکاسیون** این وسیله در ماگزینا زمانی است که بیمار **deep bite** دارد. در شرایط دیپ بایت می‌توان از **Nance lingual arch** یا **transpalatal arch** استفاده کرد. شکل (۴۴-۱۱)

L.A می‌تواند از نوع متحرک باشد (در اتصالاتی که به بندها لحیم شده‌اند،

224- در یک دختر ۷ ساله رویش دندان لترال مندیبل باعث از دست رفتن دندانهای **D و C** شده است. اولین اقدام

درمانی شما چیست؟

(الف) تیپینگ مزایالی لترال توسط دستگاه ثابت ارتودنسی

(ب) تیپینگ مزایالی لترال توسط پلاک متحرک ارتودنسی

(ج) حرکت مزایالی لترال توسط لینگوال آرچ

(د) حرکت بادیلی لترال توسط دستگاه ثابت ارتودنسی

گزینه الف - صفحه 210 کتاب ارتودانتیکس پارسه

اگر این مسئله در این شرایط درمان نشود، باعث **true transposition** بین لترال و کانین دایمی می‌شود. درمان، برای تغییر موقعیت لترال به سمت مزایال است. ← نیاز به استفاده از دستگاه لبیالی + لینگوال آرچ برای انکوریج اضافی.

225- زمانی که مولر دوم شیری، انکیلوز و بدون جایگزین دائمی می‌باشد، کدام اقدام مناسب است؟

(الف) نگه داشتن دندان انکیلوز و قراردعی فضا نگهدار جهت جلوگیری از جابجایی دندانهای مجاور

(ب) کشیدن زودهنگام قبل از پیشرفت نقص عمودی بدون قراردعی فضا نگهدار

(ج) کشیدن زودهنگام قبل از پیشرفت نقص عمودی و قراردعی فضا نگهدار

(د) نگه داشتن دندان انکیلوز تا پایان رشد عمودی برای حفظ فضا و استخوان بدون قراردعی فضا نگهدار

گزینه ب - صفحه 213 کتاب ارتودانتیکس

226- کدام الگو در دیستراکشن سمفیز مندیبل انتظار می‌رود؟

- الف) اکسپنشن بیشتر در ناحیه ی مولر نسبت به ناحیه قدامی
 ب) چرخش خفیف کندیل ها که از نظر بالینی قابل تحمل می‌باشد
 ج) باز شدن خودبخودی درز میانی مندیبولار در ناحیه سمفیز مندیبل
 د) جابجایی خفیف لترالی کندیلها که از نظر بالینی قابل تحمل می‌باشد.

گزینه ب - صفحه 230 کتاب ارتودانتیکس پارسه

کرد. برای انجام دادن این کار، محدودیت‌هایی وجود دارد؛ از جمله اینکه گسترش در قدام، بسیار بیشتر از ناحیه مولری است، چرخش جزئی کندیل اتفاق می‌افتد، اما به‌صورت جانبی (لترالی) حرکت نمی‌کنند. خوشبختانه این میزان چرخش کندیل بدون ایجاد مشکل تحمل می‌شود. شکل (۱۲-۱۳).

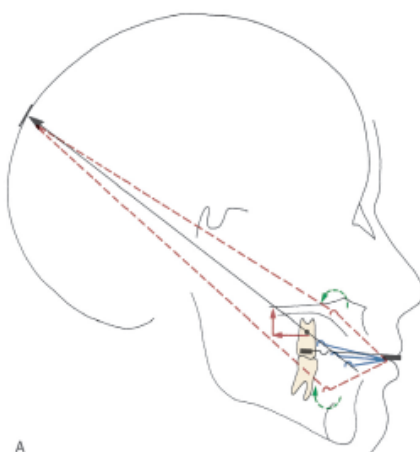
227- دختری 1۰ ساله با شکایت ارتفاع بلند صورت تحتانی و نرسیدن لبها به هم مراجعه کرده است. در معاینه

کلینیکی، نیمرخ بیمار محدب و در هنگام لبخند کمتر از نیمی از دندانهای قدامی مشهود است. در صورت استفاده از

هدگیر اکسپیتال برای درمان، تنظیمات آن چگونه است؟

- الف) اتصال به اسپلینت فک بالا با کمان خارجی بلند و خم شده به سمت بالا
 ب) اتصال به مولر فک بالا با کمان خارجی بلند و خم شده به سمت پایین
 ج) اتصال به اسپلینت فک بالا با کمان خارجی بلند و خم شده به سمت پایین
 د) اتصال به مولر فک بالا با کمان خارجی بلند و خم شده به سمت بالا

گزینه ج - صفحه 251 و 250 کتاب ارتودانتیکس پارسه



A

شکل ۲۳-۱۴: کمان داخلی سیاه و کمان خارجی قرمز

(A) highpull headgear متصل شده به مولر اول، امتداد فلش سیاه حرکت یابیلی به سمت بالا و عقب را به همراه دارد. همچنین می‌توان با کمک طول و موقعیت کمان خارجی تعیین کننده، حرکت یابیلی ایجاد کرد (خم کردن کمان خارجی بلند به سمت بالا و کمان خارجی کوتاه به سمت پایین).

۲. نحوه اتصال هدگیر به dentition:

- الف) اتصال فیس بو به تیوب‌های بندهای دندانهای ۶ (روش معمول).
 ب) اتصال فیس بو به پلاک متحرک فک بالا (اسپلینت ماگزایلا یا دستگاه فانکشنال)، مناسب برای کودکانی که رشد عمودی زیاد دارند.
 ج) اتصال هدگیر به قسمت قدام سیم در درمان ثابت که این کار به‌ندرت در دوره دندانپزشکی مختلط عملی است و نیرویی به نسبت سنگین به دندانهای قدامی وارد می‌کند.

چون ارتفاع صورت بلند است به اسپلینت ماگزایلا وصل می شود. و چون نمایش دندان های قدامی کم است نیاز به چرخش فک در جهت عقربه ساعت می باشد که باید کمان بلند به سمت پاسسن آورده شود.

جواب این سوال در آزمون جامع پارسه قسمت نکات تکمیلی توضیح داده شده بود.

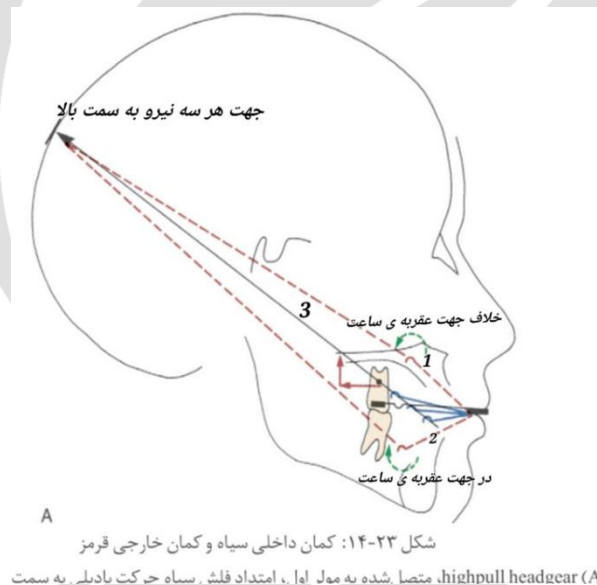
نکات تکمیلی

جهت تعیین نوع حرکت دندان مولر توسط هدگیر برحسب موقعیت کمان خارجی نسبت به مرکز مقاوت دندان مولر باید به این نکته توجه کرد که امتداد نیروی ان نسبت به CR دندان کجا قرار دارد.

مثلا در شکل 14-23 هر سه فلش ابی رنگ چون محل اتصالشان و نیرویی (شماره 3) که وارد می کنند در امتداد مرکز مقاومت مولر قرار دارد باعث ایجاد حرکت بادیلی می شوند هر چند طول کمان خارجی ان ها متفاوت است و مولر به سمت بالا و عقب بدون چرخش (گشتاور) جابجا می شود.

اما کمان قرمز رنگی (1) که بالای مولر قرار دارد چون امتداد نیروی ان از CR فاصله دارد همزمان که دندان به بالا و عقب می رود باعث تولید گشتاور و نهایت چرخش مولر در خلاف جهت عقربه ی ساعت می شود. که تاج مزایالی و ریشه دیستالی می شود.

اما کمان قرمز دوم (2) که پایین تر از مولر قرار دارد بعلت فاصله ی امتداد نیرو از CR و اینکه پشت دندان قرار دارد علاوه بر جابجایی باعث چرخش در جهت عقربه ی ساعت مولر می شود که تاج دیستالی و ریشه مزایالی می شود.



228- مهمترین عامل تغییرات بلند مدت در روابط اکلوزال پس از درمان چیست؟

الف) بازگشت الاستیسیته یی الیاف لثه ای

ب) رشد نامطلوب افتراقی فکین

ج) فشار زبان و لب و گونه

د) بازسازی آهسته PDL

گزینه ب - صفحه 359 کتاب ارتودانتیکس پارسه

۲. ریلپس طولانی مدت: نقش رشد افتراقی فکی مهم‌تر است زیرا مستقیماً موقعیت فک را تغییر می‌دهد و در نتیجه این حالت در جابه‌جایی موقعیت دندان‌ها نیز نقش دارد. حرکت‌های دندانی به این علت، به‌خصوص در بیمارانی مهم‌تر است که در آنها حرکت‌های نامناسب دندانی انجام نشده است.

229. در بیماری با مشخصات زیر، فضای در دسترس (available) در ماگزila 2/5 میلی‌متر است. چند میلی‌متر

اکسپنشن عرضی در ناحیه پرمولرها برای جبران کمبود فضا الزام است؟

مجموع عرض مزید استالی انسيزورهای ماگزila: ۳۴ میلی‌متر

مجموع عرض مزید استالی انسيزورهای مندیبل 2۰ میلی‌متر

الف) 2 میلی‌متر

ب) ۳ میلی‌متر

ج) ۴ میلی‌متر

د) ۵ میلی‌متر

گزینه د - صفحه 200 و 183 کتاب ارتودانتیکس پارسه

مروری جامع بر ارتودانتیکس (پروفت ۲۰۱۹)

TANAKA AND JOHNSTON PREDICTION VALUES

One half of the mesiodistal width of the four lower incisors	+10.5 mm = estimated width of mandibular canine and premolars in one quadrant
	+11.0 mm = estimated width of maxillary canine and premolars in one quadrant

روش Tanaka & Johnston

مجموع عرض پرمولر و کانین ماگزila = 21

مجموع عرض پرمولر و کانین و انسيزور دو سمت = 76

کمبود فضا = 3.5

به ازای هر 1 میلی‌متر اکسپنشن 7. میلی‌متر فضا ایجاد میشه برای 3.5 میلی‌متر کمبود فضا به 5 اکسپنشن نیاز است.

تطابق سوالات دندانپزشکی ارتودانتیکس پارسه



230- کدام تغییر در درمان موفق با دستگاه فانکشنال صحیح است؟

- الف) چرخش پلن اکلوزال در خلاف جهت عقربه های ساعت در درمان با دستگاه فانکشنال کلاس II
 ب) چرخش پلن مندیبل در جهت عقربه های ساعت در درمان با دستگاه فانکشنال کلاس II
 ج) چرخش پلن اکلوزال در خلاف جهت عقربه های ساعت در درمان با دستگاه فانکشنال کلاس III
 د) چرخش پلن مندیبل در خلاف جهت عقربه های ساعت در درمان با دستگاه فانکشنال کلاس III

گزینه ج - صفحه 242 و 231 کتاب ارتودانتیکس پارسه

۲. تغییر جهت فک بالا و فک پایین: معمولاً با چرخش در جهت عقربه‌های ساعت پلان اکلوزال شکل (۷-۱۴)، چرخش فک بالا، فک پایین یا هر دو به وجود می‌آید. اگر برای رویش دندان‌های خلفی مانعی ایجاد شود و اجازه رویش و حرکت رو به جلو به دندان‌های خلفی پایین داده شود، چرخش حاصل از پلان اکلوزال و حرکت رو به جلوی دندان‌های قدامی، به اصلاح روابط دندانی کلاس II کمک خواهد کرد.

• چرخش پلن اکلوزال (چرخش عقب پلان به سمت پایین) همگام با رویش بیشتر مولرهای بالا نسبت به مولرهای پایین نیز سبب تغییر رابطه مولری کلاس III به کلاس I می‌شود. شکل (۱۴-۱۳) اگر دستگاه

پیشگامان پارسه

زبان تخصصی

Part A. Vocabulary

the following multiple-choice questions, choose the option which best completes the sentences.

231. Despite repeated antibiotics, the wisdom tooth remained painful as it was deep in the jawbone.

- a) impacted
- b) crowned
- c) restored
- d) polished

پاسخ گزینه الف

232. The patient's gums bled easily when probed, a typical early symptom of chronic.....

- a) stomatitis
- b) pulpitis
- c) gingivitis
- d) pericoronitis

پاسخ گزینه ج

233. The oncology patient receiving radiation therapy often complained of constant dry mouth, a condition medically termed.....

- a) diastema.
- b) xerostomia
- c) buccal ulcer
- d) pericoronal infection.

پاسخ گزینه ب

تطابق سوالات زبان تخصصی پارسه

234. The radiograph showed bone loss around the sockets, meaning the ridge had begun to deteriorate.

- a) maxillary
- b) alveolar
- c) dentinal
- d) sagittal

پاسخ گزینه ب

235. The orthodontist explained that the gap between the boy's central incisors, technically referred to as a, was not harmful.

- a) cusp
- b) veneer
- c) inlay
- d) diastema

پاسخ گزینه د

236. Because the gum overgrowth was interfering with proper cleaning, the surgeon recommended a procedure to remove excess gum tissue.

- a) apicoectomy
- b) osteoplasty
- c) alveoloplasty
- d) gingivectomy

پاسخ گزینه د

237. To identify the cause of localized pain, the dentist ordered a(n) X-ray, which showed the entire suspicious tooth from crown to root.

- a) panoramic
- b) bitewing
- c) periapical
- d) occlusal

پاسخ گزینه ج

تطابق سوالات زبان تخصصی پارسه

238. In a multi-rooted molar, advanced periodontal disease may cause bone loss at the or, in other words, where the roots divide.

- a) furcation
- b) labial side
- c) distal surface
- d) intradental space

پاسخ گزینه الف

239. There is enough evidence now to highlight that periodontal disease can the patient's heart conditions.

- a) abandon
- b) diminish
- c) exacerbate
- d) proliferate

پاسخ گزینه ج

240. During the initial examination, the hygienist noted significant buildup on the lingual surfaces of the mandibular anterior teeth, which required extensive scaling.

- a) obturation
- b) calculus
- c) cementum
- d) exudate

پاسخ گزینه ب

PART B. Reading Comprehension

Read the following passages carefully and choose the best answer to each question based on the content of the passage.

Passage 1:

Preventive dentistry refers to the practices and habits that maintain good oral health and prevent the onset of dental diseases. These measures include brushing teeth twice a day with fluoride toothpaste, flossing daily to remove interdental plaque, and visiting the dentist

regularly for checkups. The goal is to protect natural teeth and gums, reduce the risk of cavities, and minimize the need for extensive restorative procedures.

Fluoride plays a significant role in strengthening enamel, making it more resistant to acid attacks caused by bacteria in dental plaque. Community-based strategies such as fluoridated water have been widely recognized as cost-effective public health measures. Additionally, dental sealants are often applied to children's molars to provide an extra barrier against decay.

Dietary habits are another important factor in preventive dentistry. Consuming sugary snacks and beverages frequently increases the likelihood of caries, while a diet rich in fruits, vegetables, and calcium supports strong teeth and bones. Dentists also stress the importance of reducing between-meal snacking to limit acid exposure.

Preventive care goes beyond oral hygiene and diet. Lifestyle factors such as smoking cessation and limiting alcohol intake are equally important. Tobacco use is strongly associated with periodontal disease, oral cancer, and delayed wound healing. Regular dental visits allow early detection of these conditions, ensuring more effective treatment outcomes.

Ultimately, preventive dentistry emphasizes that maintaining oral health is a shared responsibility between individuals and healthcare providers. While patients must adopt daily routines, dental professionals play a crucial role in educating and motivating them to make long-term changes.

241. What is the primary purpose of preventive dentistry?

- a) To repair cavities after they form
- b) To prevent dental diseases before they start
- c) To replace missing teeth with dentures
- d) To reduce the cost of dental insurance

پاسخ گزینه ب

242. According to the passage, which public health strategy is described as cost-effective?

- a) Free dental checkups
- b) Tooth whitening programs
- c) Calcium supplements
- d) Fluoridated water

پاسخ گزینه د

تطابق سوالات زبان تخصصی پارسه

243. What does the underlined phrase "these conditions" in paragraph 4 refer to?

- a) Oral hygiene and diet
- b) Oral cancer and delayed wound healing
- c) Periodontal disease and oral cancer
- d) Fluoride use and sealants

پاسخ گزینه ب و ج

244. Which factor is linked to both oral cancer and delayed healing?

- a) Smoking tobacco
- b) Alcohol consumption
- c) High sugar intake
- d) Skipping checkups

پاسخ گزینه الف

245. What would be the most suitable title for this passage?

- a) Dental Restorations and Implants.
- b) How Diet Shapes Oral Health
- c) The Essentials of Preventive Dentistry
- d) Treating Advanced Periodontal Disease

پاسخ گزینه ج

Passage 2:

Regenerative endodontics has emerged as a promising field within dentistry, focusing on biologically based procedures that replace damaged pulp tissue with viable, functional tissue. Unlike conventional root canal therapy, which removes infected pulp and seals the canal, regenerative approaches aim to restore the vitality of the tooth by encouraging tissue healing and continued root development. This paradigm shift is particularly valuable in young patients with immature permanent teeth, where traditional treatment often results in fragile root structures.

Current experimental methods include the use of scaffolds, stem cells, and growth factors to stimulate tissue formation. For example, platelet-rich plasma (PRP) has been shown to

provide essential signaling molecules that guide stem cell differentiation into odontoblast-like cells. Similarly, biocompatible scaffolds serve as frameworks for cell attachment and proliferation within the root canal system.

Despite encouraging case reports, regenerative endodontics faces challenges. One major issue is achieving predictable clinical outcomes, as factors such as infection control, blood clot stability, and patient variability can significantly influence success rates. Additionally, ethical and technical concerns regarding stem cell sourcing must be carefully addressed. Nevertheless, research continues to highlight the potential of regenerative techniques to improve long-term outcomes. Studies have demonstrated partial regeneration of pulp-like tissue, increased dentinal wall thickness, and resolution of periapical pathology in experimental cases. While not yet considered the gold standard, regenerative endodontics reflects an important movement toward biologically driven dentistry and may redefine treatment protocols in the near future.

246. How does regenerative endodontics differ from conventional root canal therapy?

- a) It prevents cavities from forming through conventional methods.
- b) It focuses on restoring vitality through tissue regeneration.
- c) It removes infected pulp and seals the canal.
- d) It shortens the treatment time.

پاسخ گزینه ب

247. Which of the following is mentioned as a framework for cell attachment?

- a) Biocompatible scaffolds
- b) Fluoridated composites
- c) Dental sealants
- d) Antibiotics

پاسخ گزینه الف

248. What does "this paradigm shift" in paragraph 1 refer to?

- a) Conventional root canal therapy
- b) Root development in adults
- c) Removal of infected pulp
- d) Regenerative endodontics

پاسخ گزینه د

تطابق سوالات زبان تخصصی پارسه

249. According to the passage, which factor is a major challenge in achieving predictable outcomes?

- a) Infection control
- b) High treatment costs
- e) Patient fear of procedures
- d) Limited number of dentists

پاسخ گزینه الف

250. What would be the best title for this passage?

- a) The Role of Diet in Tooth Regeneration
- b) Pediatric Dentistry: Conventional Approaches
- c) Fluoride Application: Challenges and Opportunities
- d) Regenerative Endodontics: Promise and Limitations

پاسخ گزینه د

تطابق سوالات زبان تخصصی پارسه

پیشگامان پارسه