

مجموعه سؤالات ارتقاء دندانپزشکی DPQ ارتودنسی

گردآوری و تألیف:

دکتر عارفه حاجیان

(متخصص ارتودنسی و استادیار دانشگاه و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل)

| | |
|---------------------|--|
| سرشناسه | : حاجیان، عارفه، ۱۳۶۹ - |
| عنوان و نام پدیدآور | : مجموعه سوالات ارتقاء دندانپزشکی DPQ ارتودنسی / گردآوری و تألیف عارفه حاجیان. |
| وضعیت ویراست | : [ویراست ۲] |
| مشخصات نشر | : تهران: شایان نمودار، ۱۴۰۰. |
| مشخصات ظاهری | : ۳۰۰ ص: مصور، نمودار، جدول. |
| شابک | : ۹۷۸-۹۶۴-۲۳۷-۶۰۷-۰ |
| وضعیت فهرست نویسی | : فیپا |
| موضوع | : ارتودنسی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها |
| موضوع | : Orthodontics -- Examinations, questions, etc |
| موضوع | : دندانپزشکی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها |
| موضوع | : Dentistry -- Examinations, questions, etc |
| رده بندی کنگره | : RK۵۲۱ |
| رده بندی دیویی | : ۶۱۷/۶۴۳ |
| شماره کتابشناسی ملی | : ۷۵۷۸۲۰۹ |

نام کتاب: مجموعه سوالات ارتقاء دندانپزشکی DPQ ارتودنسی

گردآوری و تألیف: دکتر عارفه حاجیان

ناشر: انتشارات شایان نمودار

مدیر تولید: مهندس علی خزعلی

حروف چینی و صفحه آرایی: انتشارات شایان نمودار

طرح جلد: آتلیه طراحی شایان نمودار

شمارگان: ۵۰۰ جلد

نوبت چاپ: اول

تاریخ چاپ: بهار ۱۴۰۰

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۲۳۷-۶۰۷-۰

قیمت: ۹۶۰،۰۰۰ ریال



انتشارات شایان نمودار

دفتر مرکزی: تهران / میدان فاطمی / خیابان چهلستون / خیابان دوم / پلاک ۵۰ / بلوک B / طبقه همکف / تلفن: ۸۸۹۸۸۸۶۸

وب سایت: www.shayannemoodar.com



(تمام حقوق برای ناشر محفوظ است. هیچ بخشی از این کتاب، بدون اجازه مکتوب ناشر، قابل تکثیر یا تولید مجدد به هیچ شکلی، از جمله چاپ، فتوکپی، انتشار الکترونیکی،

فیلم و صدا نیست. این اثر تحت پوشش قانون حمایت از مولفان و مصنفان ایران قرار دارد.)

مقدمه

به نام خداوند جان و خرد

این کتاب در بر دارنده مجموعه سوالات آزمون‌های ارتقا کشوری برگزار شده در رشته ارتودنسی از سال ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۹ می‌باشد (البته لازم به ذکر است که در سال ۹۹ آزمون ارتقا به صورت کشوری برگزار نشده است). همچنین علاوه بر پاسخ صحیح، بر اساس کتب مرجع و با ذکر منبع، پاسخ سوالات به شکل تشریحی در این کتاب مورد بحث و بررسی قرار گرفته است. بدون شک دسترسی به منبع جامع سوالات ارتقا ارتودنسی به همراه پاسخ تشریحی آنها برای پشت سر گذاشتن موفقیت آمیز امتحانات مورد تخصصی و ارتقا توسط دستیاران بسیار مهم است و مطالعه این مجموعه راهنمای مناسبی می‌باشد. اینجانب وظیفه خود می‌دانم از از زحمات دوست و همکار عزیزم سرکار خانم دکتر جوانشیر که در نسخه قبلی این کتاب با اینجانب همکاری کردند، نهایت سپاسگزاری را داشته باشم. در پایان لازم می‌دانم از موسسه انتشارات شایان نمودار و همچنین جناب آقای مهندس جعفر خزعلی و مهندس علی خزعلی و همچنین سرکار خانم آقازاده و همه عزیزانی که در تدوین این کتاب ما را یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی داشته باشیم. به رغم دقت فراوان در تهیه این اثر، بدون شک عاری از نقص نخواهد بود و از خوانندگان محترم خواهشمندم که هرگونه نظر و پیشنهاد خود را جهت رفع نقائص این کتاب و ارتقا کیفی آن در اختیارم قرار دهند.

دکتر عارفه حاجیان

استادیار بخش ارتودنسی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل

Dr.arefehajian@yahoo.com

فهرست مندرجات

| | |
|-----------|---------------------------------|
| ۵ | سؤالات ارتقاء سال ۱۳۹۸ |
| ۲۲ | پاسخنامه سوالات ارتقاء سال ۱۳۹۸ |
| ۴۵ | سؤالات ارتقاء سال ۱۳۹۷ |
| ۶۱ | پاسخنامه سوالات ارتقاء سال ۱۳۹۷ |
| ۸۹ | سؤالات ارتقاء سال ۱۳۹۶ |
| ۱۰۴ | پاسخنامه سوالات ارتقاء سال ۱۳۹۶ |
| ۱۲۸ | سؤالات ارتقاء سال ۱۳۹۵ |
| ۱۴۲ | پاسخنامه سوالات ارتقاء سال ۱۳۹۵ |
| ۱۶۳ | سؤالات ارتقاء سال ۱۳۹۴ |
| ۱۷۹ | پاسخنامه سوالات ارتقاء سال ۱۳۹۴ |
| ۲۰۱ | سؤالات ارتقاء سال ۱۳۹۳ |
| ۲۱۶ | پاسخنامه سوالات ارتقاء سال ۱۳۹۳ |
| ۲۳۷ | سؤالات ارتقاء سال ۱۳۹۲ |
| ۲۵۲ | پاسخنامه سوالات ارتقاء سال ۱۳۹۲ |
| ۲۶۹ | سؤالات ارتقاء سال ۱۳۹۱ |
| ۲۸۴ | پاسخنامه سوالات ارتقاء سال ۱۳۹۱ |

مجموعه سوالات ارتقا سال ۱۳۹۸

۱- در بیماری ۴ سال پس از اتمام درمان جامع ارتودنسی و گذاشتن ریتینر ثابت canine-to-canine فک بالا، روتیشن لبیو لینگوالی در یکی از دندان های کانین مشاهده شده است، در صورتی که در معاینه بالینی ریتینر هنوز به تمام دندان های باند باشد، تغییر در کدام یک از موارد زیر در وایر ریتینر می تواند عامل این مشاهده باشد؟

- الف) Bending strength
ب) Torsional strength
ج) Bending stiffness
د) Torsional stiffness

۲- تاثیر عنصر سمی کادمیوم در آلیاژ های Brazing حاوی نقره، کدام مورد زیر است؟

- الف) کاهش دمای ذوب
ب) کاهش تر شوندگی
ج) جدایی wing از base
د) افزایش کروژن گالوانیک

۳- جهت ارزیابی الگوی دانسیته مینرال استخوان در مقاطع مشابه، از کدام روش استفاده می شود؟

- الف) اتورادیوگرافی
ب) نورپلاریزه
ج) میکروراديوگرافی
د) کینتیک سلولی

۴- کدام یک از مدیاتورهای بیولوژیک زیر در حین فانکشن مودلینگ - ریمودلینگ استخوان، آنژیوژنز را تحریک نمی کند؟

- الف) CSF-۱
ب) IL ۱β
ج) TNFα
د) PGE۲

۵- الگوی رشدی کدام یک از موارد زیر بیشترین شباهت را به الگوی رشدی سیستم عضلانی اسکلتی دارد؟

- الف) طول ماگزیلا
ب) ارتفاع ماگزیلا
ج) ارتفاع راموس مندیبل
د) طول کورپوس مندیبل

۶- در جنس مونث از بدو تولد تا هفده سالگی رشد Anterior Cranial Base به Posterior Cranial Base چه نسبتی دارد؟

- الف) در اغلب اوقات رشد یکسانی دارند.
ب) حدود ۳۰ درصد رشد بیشتری دارد.
ج) رشد دو برابری دارد.
د) حدود ۵۰ درصد رشد بیشتری دارد.

۷- اثر بخش ترین روش درمانی افزایش ارتفاع تحتانی صورت در نوجوانان استفاده از کدام روش می باشد؟

- الف) بکارگیری بایت پلیت قدامی همراه با استفاده از دستگاه های ثابت
ب) دستگاه فانکشنال جهت تقویت رویش دنتوآلوثر خلفی
ج) سرویکال هدگیر جهت رویش دندان های خلفی ماگزیلا
د) کمک به اکستروژن دندان های خلفی فک پایین با ایجاد Reverse curve

۸- کدام یک از فوتوگرافی های زیر جهت بررسی برجستگی زاویه گونیال پیشنهاد می شود؟

الف) Frontal (ب) oblique در حالت Rest

ج) Profile در حالت Rest (د) Submental

۹- تسریع در تغییرات بافت های نرم فارنژیال در طی رشد در چه محدوده سنی رخ می دهد؟

الف) ۴ تا ۶ (ب) ۶ تا ۹ (ج) ۹ تا ۱۲ (د) ۱۵ تا ۱۸

۱۰- در صورت افزودن یک هلیکس به فنر، کدام یک از خصوصیات آن ممکن است ثابت بماند؟

الف) load/deflection (ب) Range

ج) Maximum elastic load (د) Modulus of elasticity

۱۱- یک Cantilever arm از جنس SS با سطح مقطع 18×25 و با طول 20 mm جهت اکستروژن کردن دندان نیش

نهفته load-deflection rate برابر 1000 gr/mm دارد. چنانچه این Cantilever arm با همان مشخصات از سیم

TMA ساخته شود، load-deflection rate بر حسب gr/mm حدوداً چه میزان خواهد بود؟

الف) ۲۵۰ (ب) ۴۰۰ (ج) ۶۰۰ (د) ۸۰۰

۱۲- گام نهایی در مواجهه با بیماری که طی درمان ارتودنسی دچار علائم حاد TMD شده است، کدام مورد

است؟

الف) قطع الاستیک های بین فکی به صورت موقت هنگام خواب

ب) استفاده از hard stabilizing appliance همراه با خارج کردن آرچ وایرها

ج) استفاده از soft stabilizing appliance بدون خارج کردن آرچ وایرها

د) درمان های کانزرواتیو کاهش درد همراه با خارج کردن آرچ وایرها

۱۳- بنا به عقیده David Turpin و Greg Huang بیشترین و کمترین مقالات ارتودنسی را به ترتیب از راست به

چپ کدام دسته از مطالعات زیر به خود اختصاص می دهند؟

الف) تحلیلی - مشاهده ای (ب) مشاهده ای - تحلیلی

ج) مورد شاهدهی - کوهورت (د) کوهورت - مورد شاهدهی

۱۴- با توجه به مشاهده کدام یافته سفالومتریک در مهره های گردن، بیمار اتودنسی را جهت جایگزینی دندان

لترال با ایمپلنت می توان ارجاع داد؟

الف) مهره های گردنی ۳ و ۴ به صورت bar of soap هستند.

ب) مهره های گردن در مرحله wedge of cheese هستند.

ج) مهره های گردن در مرحله get ready هستند.

د) مهره های گردنی ۳ و ۴ به صورت marshmallow هستند.

۱۵- کدام یک از انواع هدکپ امکان ایجاد جهت های مختلف بردار نیوی چین کپ را بر روی مندیبل فراهم می کند؟

الف) Unitek ج) Hickham ب) Summit د) Interlandi

۱۶- برای قرارگیری براکت بر روی کدام یک از دندان ها، بررسی سطح لینگویال برای تعیین long axis کمک کننده است؟

الف) کایت های ماگزایلا یا برجستگی قابل توجه ب) لترال های ماگزایلا با شکل غیر معمول
ج) پره مولرهای دوم مندیبل با چرخش غیر معمول د) پره مولرهای ماگزایلا با چرخش غیر معمول

۱۷- در کودک ۱۶ ساله با سابقه ضربه کنیدیلی در سمت چپ و انحراف قابل توجه فک در حالت استراحت و فانکشن، بعد از گذشت ۱ ماه، با دستگاه فانکشنال میزان انحراف وی ثابت باقی مانده است. درمان بعدی مورد نظر کدام است؟

الف) جراحی زود هنگام ب) ادامه کاربرد دستگاه فانکشنال
ج) توقف کاربرد دستگاه فانکشنال د) گرفت کستوکندرال

۱۸- امکان همراهی مشکل Distortion در تولید صداهای Linguodental fricative با کدام یک از انواع مال اکلوژن ها وجود دارد؟

الف) skeletal class III ب) lingual position of upper incisors
ج) large gap between incisors د) Anterior openbite

۱۹- دختر ۸ ساله با عارضه شکاف کام و لب همراه با دندان اضافی رویش نیافته در ناحیه شکاف آلوئول نیاز به جراحی پیوند استخوان دارد. زمان معمول جهت خارج کردن این دندان اضافی کدام است؟

الف) ۲ ماه قبل از پیوند استخوان ب) ۲ ماه بعد از پیوند استخوان
ج) ۶ ماه قبل از پیوند استخوان د) همزمان با پیوند استخوان

۲۰- علت اصلی کاهش موفقیت در اینتروژن مولرهای مندیبل نسبت به ماگزایلا به کمک مینی اسکرو چیست؟

الف) Masticatory stress ب) Tongue position
ج) Dense and hard bone د) Lingoversion of lower molars

۲۱- تصحیح کدام یک از موارد زیر در فاز اول رویکرد درمانی Cetlin انجام نمی شود؟

- الف) Curve of Spee (ب)
 ب) Molar Inclination (ج)
 ج) Posterior Crossbite (د)
 د) Overjet

۲۲- کدام گزینه در مورد موقعیت Tongue Crib به عنوان ریتینر متعاقب درمان اپن بایت در بیمار بزرگسال صحیح است؟

- الف) زمانی که بیمار در CR قرار گرفته است، Crib تا ناحیه پره مولری و اتصال موکوجینیوال امتداد می یابد.
 ب) زمانی که بیمار در CO قرار گرفته است، Crib تا ناحیه پره مولری در محل مارژین لثه امتداد می یابد.
 ج) زمانی که بیمار در CO قرار گرفته است، Crib تا ناحیه مولر دوم و اتصال موکوجینیوال امتداد می یابد.
 د) زمانی که بیمار در CR قرار گرفته است، Crib تا ناحیه مولر دوم در محل مارژین لثه امتداد می یابد.

۲۳- در همه موارد زیر باندینگ یا کامپوزیت light cure نسبت به کامپوزیت self cure مزیت دارد به جز؟

- الف) باند دندان نهفته حین اکسپوژر (ب) دندان های مالفورم با مینای نامناسب
 ج) ریپاند تک براکت (د) چرخش قابل توجه در ناحیه پرمولرها

۲۴- Enamel cracks پس از دی باندینگ براکت ها در کدام دندان ها بیشتر قابل توجه است؟

- الف) سانترال ها و لترال های ماگزایلا (ب) سانترال ها و کائین های ماگزایلا
 ج) سانترال ها و لترال های ماندیبل (د) سانترال ها و کائین های ماندیبل

۲۵- در بین دندان هایی که نهفته باقی می ماند بدشکل ترین آن ها کدامند؟

- الف) مولرهای سوم (ب) سانترال های ماگزایلا
 ج) لترال های ماگزایلا (د) پره مولرهای دوم ماندیبل

۲۶- گزینه صحیح درباره Micro-osteoperforation کدام است؟

- الف) تعداد میکرواستوپرفوریشن در هر فضای بین دندانی حداکثر سه عدد است.
 ب) برای تسهیل برخی حرکات دندانی مانند اصلاح rotation نیز بکار می رود.
 ج) تسریع حرکت دندان در این روش باعث افزایش تحلیل ریشه می شود.
 د) فقط برای بستن فضا مفید بوده جهت اینتروژن دندان توصیه نمی شود.

۲۷- شایع ترین complication بعد از جراحی ارتوگناتیک که باعث افزایش طول بستری بیمار می شود چیست؟

(Graber)

- الف) تهوع (ب) ادم (ج) عفونت (د) خونریزی

۲۸- در مورد power ridge در درمان با الاینرهای شفاف کدام ویژگی صحیح نیست؟

الف) نیاز به برداشتن و یا قرار دادن اتچمنت ندارد.

ب) می توان آن را همراه با سایر اتچمنت ها استفاده نمود.

ج) یک سوم جینیووالی الاینر را stiff می کند.

د) از لحاظ زیبایی برای بیمار مقبول است.

۲۹- کدام یک از ویژگی های تکنیک self-ligation شانس تداخل اکلوزالی را افزایش می دهد؟

الف) کاهش مقاومت به لغزش

ب) اصطکاک کمتر

ج) نیروهای سبک تر

د) کاهش TTR سیم

۳۰- کدام یک از اقدامات درمانی زیر در تکنیک self ligation جهت فرد بالغ کاندید درمان کراودینگ شدید

قدام فک بالا بدون کشیدن ضرورت دارد؟

الف) ۲ هوک crimpable در مزیاال ناحیه کراودینگ بر روی سیم با ۰/۱۴ Transformation temperature بالا با درگیر نمودن

حداکثر تعداد دندان ها

ب) ۱ هوک cimpable در مزیاال کانین بر روی سیم ۰/۱۲ با Transformation temperature پایین با درگیر نمودن حداکثر

تعداد دندان ها

ج) ۲ هوک crimpable در مزیاال ناحیه کراودینگ بر روی سیم ۰/۱۴ با Transformation temperature بالا با partial

engagement

د) ۱ هوک crimpable در مزیاال کانین بر روی سیم ۰/۱۲ با Transformation temperature پایین با partial engagement

۳۱- مدت زمان splint کردن دندانی که دچار Lateral Luxation شده چند هفته است؟

الف) یک

ب) دو

ج) چهار

د) هشت

۳۲- در clear aligner با استفاده از optimized attachment چه نوع حرکت دندانی در دندان لترال ماگزایلا

قابل انجام نمی باشد؟

الف) Rotation

ب) Crown tip

ج) Root tip

د) Extrusion

۳۳- بعد از maxillary advancement با استفاده از دستگاه Rigid external distractor مدت زمان consol-

idation چه قدر است؟

الف) ۲ تا ۳

ب) ۳ تا ۶ هفته

ج) ۲ تا ۳ هفته

د) ۳ تا ۶ ماه

۳۴- در درمان دندان های دائمی avulsed یا apex بسته، کدام یک از اقدامات زیر می تواند سرعت external root resorption را در دندان reimplant شده کاهش دهد؟

- الف) آماده سازی سطحی ریشه با سدیم فلوراید ۳٪ برای ۶۰ دقیقه
 ب) آماده سازی داخل کانال با سدیم فلوراید ۲٪ برای ۲۰ دقیقه
 ج) آماده سازی سطحی ریشه با سدیم فلوراید ۲٪ برای ۲۰ دقیقه
 د) آماده سازی دال کانال با سدیم فلوراید ۲٪ برای ۶۰ دقیقه

۳۵- در صورتی که در طی درمان ارتودنسی، زاویه پلن اکلوزال در جهت clockwise بچرخد شانس ریلیس در چه افرادی بیشتر است و در چه جهتی ریلیس می کند؟

- الف) در افراد دارای رشد- در جهت Class II شدن
 ب) در افراد بدون رشد- در جهت class III شدن
 ج) در افراد دارای رشد- در جهت class III شدن
 د) در افراد بدون رشد- در جهت class II شدن

۳۶- کدام مال اکلوزن زیر نیاز به ریتشن محدود دارد؟

- الف) expansion در مندبیل
 ب) تصحیح زود هنگام دندان چرخیده
 ج) کانین high buccal در کیس extraction
 د) کیس class I extraction

۳۷- در دوره ریتشن زودترین زمانی که می توان اقدام به fine occlusal adjustment کرد چه زمانی می باشد؟

- الف) طی شش ماه اول
 ب) طی شش ماه دوم
 ج) بعد از یک سال
 د) در انتهای فلز ریتشن

۳۸- در کدام یک از مال اکلوزن های زیر افزایش بولتون قدامی بیشتر دیده می شود؟

- الف) CI II Div I
 ب) CI II Div ۲
 ج) CI III
 د) CI I crowding

۳۹- براساس نظر برستون میزان نیروی مناسب برای true intrusion دو دندان پیشن میانی در فک بالا و پایین به ترتیب از راست به چپ چند گرم می باشد؟

- الف) ۲۵-۴۰
 ب) ۴۰-۵۰
 ج) ۵۰-۸۰
 د) ۸۰-۱۰۰

۴۰- طبق نظر برستون، در ملاحظات انکوريج استفاده از true incisor intrusion و با در نظر گرفتن تمامی اصول

مکانیکی مناسب، کدام یک از موارد زیر کمتر و یا اصلا نیاز نخواهد بود؟

الف) قرار دادن لینگوال آرچ بر روی دندان های مولر

ب) قرار دادن تمام سگمنت خلفی جزء واحد انکوريج

ج) حداکثر کردن فاصله بين اتصال قدامی intrusion arch و CR در خلف

د) کاربرد سرویکال هدگیر جهت کنترل شیب اکلوزال پلن

۴۱- چنانچه یک براکت در فاصله ۱۰ میلی متر از CR دندان سانترال بالا و در سطح لبیال باند شده باشد و نیروی

۲۰۰gr در جهت لینگوال از ناحیه براکت به دندان وارد شود، جهت ایجاد حرکت ریشه به سمت لینگوال با Crot

در لبه دندان، میزان گشتاور مورد نیاز در براکت چند گرم میلی متر خواهد بود؟

الف) ۲۰۰۰

ب) ۲۲۰۰

ج) ۲۴۰۰

د) ۲۶۰۰

۴۲- در استفاده از الاستیک بين فکی به صورت posterior criss cross elastic همراه با یک continuous arch

wire، اتصال به کدام ناحیه می تواند از ایجاد چرخش yaw در قوس فکی جلوگیری کند؟

الف) Canine

ب) Second Molar

ج) First Molar

د) Second Premolar

۴۳- برای کنترل عوارض استفاده از right side unilateral class II elastic همزمان با یک left side vertical

elastic که از قدام و خلف CR قوس ماگزایلا می گذرد نیز استفاده کرده ایم. کدام یک از عوارض باقی نمی

ماند؟ (برستون)

الف) left side posterior openbite

ب) right side reverse articulation

ج) left side increased molar overjet

د) left side downward cant of occlusal plane

۴۴- کدام گزینه در مورد Z-bend صحیح می باشد؟

الف) تغییر موقعیت افقی bend باعث افزایش مومنت در براکت نزدیک تر می شود.

ب) تغییر فاصله بين دو براکت باعث تغییر جزئی نیروی عمودی می شود.

ج) تغییر ارتفاع Z-bend باعث تغییر متناسب در مومنت ها می شود.

د) تغییر ارتفاع Z-bend باعث تغییر جزئی در نیروی عمودی می شود.

۴۵- در el II brackets geometry با دو برابر کردن فاصله دو براکت، مقدار نیرو و گشتاور در هر کدام از براکت

ها چند برابر می شود؟

الف) یک چهارم، دو برابر

ب) یک چهارم، یک دوم

ج) یک دوم، دو برابر

د) یک دوم، یک چهارم

۴۶- در درمان Deep bite، با انجام Leveling در فک بالا با سیم continuous، چنانچه parallel Posterior

extrusion مدنظر باشد کدام مکانیک می تواند به کار رود؟

(الف) الاستیک vertical در ناحیه مولرها

(ب) الاستیک vertical در ناحیه پره مولرها

(ج) هدگیر سرویکال با چرخش counter-clockwise

(د) maxillary bite plane باند شده به palatal horseshoe arch

۴۷- با چرخش ساعت گرد کمپلکس ماگزیلومندیولر حول کدام نقطه ارتفاع قدامی صورت زیاد می شود؟

(الف) ANS (ب) Pog

(ج) Zygomatic buttress (B.T) (د) Incisor tip (IT)

۴۸- کدام یک از انواع آسیمتریهای زیر منشا congenital ندارد؟

(الف) hemifacial macrosomia (ب) hemifacial hyperplasia

(ج) hemifacial atrophy (د) cleft lip and palate

۴۹- طبق نظریه Beukes and Reyneke، جهت ثبات اسکلتی طولانی مدت در جراحی BSSO استریپ کردن

کدام جزء از سمت مدیال گونیال انگل توصیه شده است؟

(الف) لیگامنت استیلومندیولر (ب) لیگامنت اسفنومندیولر

(ج) عضله لترال تریگوئید (د) عضله ماستر

۵۰- کدام یک از موارد زیر از ویژگی های «همی مندیبولر هایپرپلازی» می باشد؟

(الف) میدلاین های دندانهای بر هم منطبق نیستند و به سمت سالم شیب دارند.

(ب) کراس بایت خلفی در سمت سالم دیده می شود.

(ج) رشد آسیمتریک افزایش یافته در بعد عمودی غالب است.

(د) ارتفاع تنه مندیبل نرمال است.

۵۱- در کدام ناهنجاری اسکلتی استفاده از اپلاینس لینگوال و استتیک به دلیل ایجاد مشکل در بیماران جراحی

ارتگناتیک به ترتیب از راست به چپ توصیه نمی شود؟

(الف) دیپ بایت، دیپ بایت (ب) دیپ بایت، اپن بایت

(ج) اپن بایت، اپن بایت (د) اپن بایت، دیپ بایت

۵۲- در مواردی که **mandibular advancement** صورت می‌گیرد، فشار لب چه تغییری می‌کند؟

- (الف) افزایش می‌یابد،
 (ب) کاهش می‌یابد.
 (ج) اغلب بدون تغییر باقی می‌ماند.
 (د) وابسته به پوزیشن زبان است.

۵۳- براساس نظر نایینی، کدام یک از موارد زیر به عنوان «سنگ بنای طرح درمان» در جراحی‌های ارتوگناتیک شناخته می‌شود؟

- (الف) رابطه یک سوم تحتانی صورت به کل صورت
 (ب) رابطه انسیزورهای ماگزایلا با لب بالا
 (ج) بافت نرم بیمار در نمای پروفایل
 (د) رابطه لبه انسیزال انسیزورهای پایین با چانه

۵۴- **Gunning Type splint** برای جراحی ارتوگناتیک در کدام یک از موارد زیر کاربرد دارد؟

- (الف) severe Skeletal Maxillary Constriction
 (ب) Severe Skeletal Mandibular Constriction
 (ج) Maxillomandibular Posterior Edentulous dentition
 (د) Sever Maxillomandibular asymmetry

۵۵- در ارتباط با تورم پس از جراحی دو فک، کدام مورد اتفاق می‌افتد؟

- (الف) تورم گونه‌ها بعد از گونیال انگل بر طرف می‌شود.
 (ب) حدود ۴۰٪ تورم طی ۱ ماه اول التیام می‌یابد.
 (ج) حداکثر تورم حدود ۷۲ ساعت بعد رخ می‌دهد.
 (د) تورم ناقص باید توجه خاص قرار گیرد.

۵۶- کدام یک از زوایای زیر جزء **Bjorks polygon** نمی‌باشد؟

- (الف) Saddle (ب) Articular (ج) Gonial (د) Facial

۵۷- کدام یک از جراحی‌های ماگزایلا ممکن است منجر به **Parrot beak deformity** گردد؟

- (الف) Set back (ب) Impaction (ج) Set down (د) Advancement

۵۸- کدام مورد زیر باعث کاهش تغییرات بافت نرم نسبت به بافت سخت در جراحی فک می‌گردد؟

- (الف) dead space بیشتر بین بافت نرم و سخت
 (ب) تونوسیتی زیادتر بافت نرم
 (ج) ضخامت کمتر بافت نرم
 (د) compressibility کمتر بافت نرم

۵۹- در صورتی که یک خانم مسن با سابقه مصرف بیس فسفونات نیاز به درمان ارتوسرجری داشته باشد، اقدام مناسب کدام است؟

- الف) تجویز موقت استروژن به جای بیس فسفونات
- ب) قطع دارو و تاخیر جراحی به مدت ۱ سال
- ج) امکان درمان ارتوسرجری در این بیمار وجود ندارد.
- د) قطع دارو و تاخیر جراحی به مدت ۶ ماه

۶۰- در افراد vertical grower در بازه سنی ۶ تا ۱۴ سالگی، قسمت upper dorsum و lower dorsum بینی به ترتیب در چه جهتی می چرخند؟ (از راست به چپ)

- الف) clockwise- counter clockwise
- ب) counter clockwise- counter clockwise
- ج) clockwise-clockwise
- د) counter clockwise- clockwise

۶۱- کدام یک از تغییرات زود هنگام زیر در عضلات موازی با Distraction Osteogenesis دیده نمی شود؟

- الف) کاهش فعالیت متابولیک
- ب) اختلالات عروقی
- ج) ادم بینابینی
- د) آتروفی کم

۶۲- در رابطه با اصلاح کراس بایت خلفی در بیماران شکاف کام کدام مورد صحیح است؟

- الف) تکنیک های عریض کردن ارتوپدیک از طریق باز کردن سوچور میانی ارجح می باشد.
- ب) در صورت استفاده از یتینر به مدت ۲ سال احتمال ریلپس به شدت کاهش می یابد.
- ج) به دلیل محدودیت های عملی نمی توان همه کراس بایت های خلفی را در بیماران شکاف اصلاح کرد.
- د) قراردعی گرافت میدپالاتال جهت ایجاد تداوم استخوانی قبل از تکمیل رشد مطلوب می باشد.

۶۳- بهترین راه حل برای رفع مساله تمایل به کراس بایت خلفی با مقدار کم پس از mandibular advance- ment کدام است؟

- الف) SARPE
- ب) پذیرش کراس بایت خفیف حاصله و اجتناب از جراحی ماگزبلا
- ج) segmental osteotomy
- د) orthodontic expansion

۶۴- اگر پس از جراحی LeFort I و حذف MMF بیشتر از ۲ میلی متر دیسکرنسی در اکلوزن بیمار بر روی اسپلینت وجود داشته باشد کدام راه حل ها می تواند مناسب باشد؟

- (a) جراحی مجدد برای اصلاح موقعیت ماگزایلا
 (b) جراحی مجدد برای طول کردن مندیبل
 (c) استفاده از الاستیک همراه با اسپلینت
 (d) استفاده از الاستیک بدون با اسپلینت
- الف) b و c ب) a و d ج) a و b د) a و b و d

۶۵- کدام یک از دستگاه های زیر همزمان بادیستاله نمودن مولر فک بالا، امکان تصحیح مختصر موقعیت عمودی مولر را نیز دارد؟

- الف) Pendulum ب) Jones jig ج) Distal jet د) Wilson arch

۶۶- کدام گزینه ترتیب اصلاحات در فاز finishing درمان های ارتودنسی ثابت را، از راست به چپ به طور صحیح، بیان نموده است؟

- الف) first order- second order- third order- بیس قوسی
 ب) third order- second order- first order- بین قوسی
 ج) first order- second order- third order- بین قوسی
 د) third order- second order- first order- بین قوسی

۶۷- طبق مطالعات longitudinal انجام شده، framework یک مال اکلوزن Class III در چه دوره ای از رشد تثبیت می شود؟

- الف) قبل از pre-pubertal ب) pre-pubertal ج) pubertal د) post-pubertal

۶۸- بنا به عقیده Nanda، تغییر اروبایت از ۹ تا ۱۲ سالگی و از ۱۲ سالگی تا بزرگسالی به ترتیب از راست به چپ معمولاً چگونه است؟

- الف) افزایش، افزایش ب) افزایش، کاهش ج) کاهش، افزایش د) کاهش، کاهش

۶۹- کدام یک از خصوصیات لوپ بر نسبت M/F تاثیر کمی دارد؟

- الف) ارتفاع عمودی لوپ (loop height) ب) طول سیم لوپ (loop length)
 ج) محل قرارگیری لوپ (loop position) د) شکل و طرح لوپ (loop shape)

۲۴- گزینه الف/ پرافیت وایت- فصل ۷- ص ۲۶۱- ستون ۲- پاراگراف ۳ و ۵

هوک های لیگاتور اصلاح شده (هوک Kobayashi) برای متصل کردن الاستیک های ارتودنسی بسیار رضایت بخش هستند و طی ارتودنسی قبل و بعد از جراحی نیز بسیار عالی می باشند اما در زمان های بحرانی پروسه جراحی مستعد تغییر شکل هستند. Soldered brass spure روی آرج وایر، اتچمنت های ترجیحی هستند. Crimp-on hooks که می توانند بدون نیاز به برداشتن آرج وایر تثبیت کننده بر روی آن قرار گیرند، وسوسه کننده اند اما خطرناک هستند. دو مشکل بزرگ در رابطه با این هوک ها وجود دارد: اول اینکه crimp کردن تنهای آنها هوک را به میزان کافی در محل نگه نمی دارد و ممکن است در زمان بحرانی در اتاق عمل و وقتی سگمنت ها به محل صحیح آورده می شوند دچار حرکت و لغزش گردند، دوم و بدتر اینکه عمل crimp هوک روی آرج وایر دارای پتانسیل تغییر شکل سیم است و اگر هوک بدون برداشتن آرج وایر از دهان در محل قرار گیرد، احتمالاً متوجه این تغییر شکل نخواهیم شد.

۲۵- گزینه ج/ Jacobson- فصل ۱۰- ص ۱۱۹- زیر نویس تصویر ۱۵-۱۰

۲۶- گزینه الف/ Jacobson- فصل ۷- ص ۷۴- ستون ۲- پاراگراف ۲

۲۷- گزینه د/ پرافیت ۲۰۱۳- فصل ۱۸- ص ۶۲۹- ستون ۲- پاراگراف ۴

در صورتی که دندان مولر به شدت tip شده باشد، یک وایر continuous که دندان مولر را آپرایت می کند، دارای اثر جانبی (که اغلب همیشه نامطلوب است) روی موقعیت و inclination دندان پره مولر دوم است/ به همین دلیل بهتر است که قسمت اعظم آپرایتینگ دندان از طریق sectional uprighting spring صورت پذیرد. بعد از alignment اولیه دندان های واحد انکورجیج (در صورت نیاز)، یک وایر سفت rectangular (استیل ۱۹×۲۵)، رابطه دندان های قسمت انکورجیج را حفظ نموده و یک auxiliary spring در تیوب اگزیلاری دندان مولر قرار داده می شود. این فنر کمکی را می توان از وایر بتا تیتانیوم ۱۷×۲۵ بدون وجود لوپ و یا از وایر استیل ۱۷×۲۵ دارای لوپ (برای افزایش فنریت) ساخت. بازوی مزیالی فنر باید به گونه ای تنظیم شود که در حالت غیر فعال در دستیول قرار گیرد و در زمان فعال سازی بر روی آرج وایر سگمنت ها stabilizing از طریق هوک بسته شود. مهم است که هوک در موقعیتی قرار داده شود که مولر در حین آپرایت شدن بتواند آزادانه به سمت دیستال slide کند. علاوه بر آن، به یک bend لینگوالی مختصر نیازمندیم تا تا با نیرویی که تمایل دارد دندان های واحد انکورجیج را به سمت باکال و مولر را به سمت لینگوال تیب کند، مقابله کنیم.

۲۸- گزینه ب/ پرافیت ۲۰۱۳- فصل ۱۸- ص ۶۸۳- ستون ۲- پاراگراف ۱

ریتینر شفاف suck down اغلب بهترین انتخاب بلافاصله بعد از خارج نمودن دستگاه ارتودنسی است اما در بالغین دچار تخریب استخوان، اندرکات ها باید قبل از ساخت با موم پر شوند، در غیر اینصورت قرار دادن و خارج نمودن آن مشکل یا غیر ممکن می شود.

۲۹- گزینه د/ پرافیت ۲۰۱۳- فصل ۱۸- ص ۶۳۵- ستون ۱- پاراگراف ۲ و ستون ۲- پاراگراف آخر

پاکت های ایزوله عمودی با ۱ یا ۲ دیواره، اگر در ناحیه قدامی دهان باشند باعث ایجاد مشکلات زیبایی خاصی می شوند. تصحیح به وسیله جراحی ممکن است به دلیل مسائل زیبایی کنترااندیکاسیون داشته باشد. در چنین دندان هایی، انجام forced eruption همراه با کاستن همزمان از ارتفاع تاج می تواند ضمن حفظ زیبایی عالی، شرایط پرئودنتال را بهبود بخشد.

بیمار باید هر ۲-۱ هفته برای کنترل التهاب و بررسی پیشرفت کار ملاقات شود. بعد از اینکه حرکت فعال دندان تکمیل شد، دندان باید حداقل ۳ هفته و نه بیش از ۶ هفته تثبیت شود تا ارگانیزاسیون مجدد لیگامان پرودنتال صورت پذیرد. در صورتیکه جراحی پریو برای تصحیح کانتور استخوان آلوئول یا تغییر موقعیت لثه ضروری باشد، این کار را می توان یک ماه بعد از تکمیل اکستروژن انجام داد.

۳۰- گزینه ج / پرافیت ۲۰۱۳- فصل ۹- ص ۳۲۲- تصویر ۹-۱۳

| | | | | |
|-------------|-----|-----|---|-----|
| Beam | | | | |
| Strength | 1/2 | 1/4 | 1 | 2 |
| Springiness | 1 | 8 | 1 | 1/4 |
| Range | 1 | 4 | 1 | 1/2 |

FIGURE 9-13 Changing either the length of a beam or the way in which it is attached dramatically affects its properties. Doubling the length of a cantilever beam cuts its strength in half but makes it 8 times as springy and gives it 4 times the range. More generally, strength varies inversely with length, whereas springiness varies as a cubic function of the length ratios and range as a second power function. Supporting a beam on both ends makes it much stronger but also much less springy than supporting it on only one end. Note that if a beam is rigidly attached on both ends, it is twice as strong but only one-fourth as springy as a beam of the same material and length that can slide over the abutments. For this reason, the elastic properties of an orthodontic archwire are affected by whether it is tied tightly or held loosely in a bracket.

۳۱- گزینه الف / پرافیت ۲۰۱۳- فصل ۱۵

۳۲- گزینه ب / پرافیت ۲۰۱۳- فصل ۹- ص ۳۱۹- ستون ۲- پاراگراف ۲

تاثیر قطر یا مقطع عرضی سیم:

در یک beam کانتی لور با مقطع گرد، اگر قطر n برابر شود، خصوصیات الاستیک سیم:

Strength: n^3 برابر

Stiffness: n^4 برابر

Springiness: $\frac{1}{n^4}$ برابر

Range: $\frac{1}{n^2}$ برابر

۳۳- گزینه ب / پرافیت ۲۰۱۳- فصل ۹- ص ۳۲۴- ستون ۲- پاراگراف ۱

میزان نیرو بین یک جفت آهن ربا با مربع فاصله نسبت عکس دارد، بنابراین زمانی که آهن ربا ها برای حرکت دندان ها نیرو ایجاد می کنند، میزان نیرو به محض شروع حرکت دندان سریعاً بسیار کم یا بسیار زیاد می شود.

۳۴- گزینه الف / پرافیت ۲۰۱۳- فصل ۱۸- ص ۶۲۹- ستون ۲- پاراگراف ۳

اگر دندان مولر فقط در حد متوسطی tip شده باشد، درمان اغلب از طریق یک وایر انعطاف پذیر rectangular صورت می پذیرد. بهترین انتخاب، وایر A-NiTi ۱۷×۲۵ است که حدود ۱۰۰ گرم نیرو وارد می کند.

۳۵- گزینه د / پرافیت ۲۰۱۳- فصل ۱۴- ص ۵۳۲- ستون ۲- پاراگراف ۴

۳۶- گزینه ج / پرافیت ۲۰۱۳- فصل ۹- ص ۳۴۲- ستون ۲- پاراگراف ۲

کراس بایت دندانی خلفی، نیازمند اکسپنشن یا constriction مولر ها می باشد که برای این کار می توان از two-couple arch-wire استفاده کرد. پس سگمنت قدیمی تبدیل به واحد انکورجیج شده و حرکت یک یا هر دو دندان مولر اول مطلوب می باشد. وارد کردن کائین ها به سگمنت انکور ضرورت دارد (به همین جهت این روش نیازمند اپلاینس ۲×۶ است نه ۲×۴).

۳۷- گزینه ج / پرافیت وایت- فصل ۱۲- ص ۳۶۱- ستون ۱- پاراگراف ۲

در بیماران ماگزیلوفاسیال این امکان وجود دارد که با استفاده از دیسترکشن برای جا به جا کردن فک ها، تغییرات استخوانی نیز در مفاصل TM به وجود آید. مطالعات حیوانی تغییرات ناچیز موقتی و قابل بازگشتی را در مفاصل نشان دادند در حالی که اسکن های CT که پس از دیسترکشن از بیماران انسان گرفته شدند، نشان داده اند که کندیل ها تمایل دارند که موقعیت (position) نرمال تری را بدون تغییر قابل توجه در اندازه (size) یا شکل (shape) به دست آورند.

۳۸- گزینه ب / پرافیت ۲۰۱۳- فصل ۱۸- ص ۶۲۴- ستون ۲- پاراگراف ۳

به عنوان یک راهنمای کلی در درمان های جنبی، دندان های انسیزور فک پایین که شدیداً اکستروود شده اند به بهترین نحو از طریق کوتاه کردن ارتفاع تاج درمان می شوند که موجب بهبود نسبت نهایی تاج-ریشه می شود. برای سایر دندان ها، روابط لب-دندان در هنگام کاستن از ارتفاع تاج دندان ها باید مدنظر قرار گیرد.

۳۹- گزینه ج / پرافیت ۲۰۱۳- فصل ۱۶- ص ۱۷۹- پرافیت ۲۰۱۳- فصل ۱۶- ستون ۲- پاراگراف ۳

استفاده از پوزیشنر در فینیشینگ معایب قابل توجهی نیز دارد. اول از هر چیز ساخت این وسیله زمان لابراتواری زیادی می برد و بنابراین گران هستند. دوم اینکه ستلینگ با پوزیشنر نسبت به الاستیک های سبک تمایل بیشتری به افزایش بایت دارد. این پدیده برای بیمارانی که ابتدا اوربایت شدید داشته اند، یک عیب است ولی برای بیماران دارای اپن بایت اولیه، یک مزیت محسوب می شود. عیب سوم پوزیشنر این است که موقعیت تصحیح شده دندان های چرخیده را نمی تواند به خوبی حفظ کند. این بدان معناست که چرخش های جزئی ممکن است ضمن استفاده از پوزیشنر برگشت نماید. در نهایت همکاری خوب بیمار ضروری است.

۴۰- گزینه ج / پرافیت ۲۰۱۳- فصل ۹- ص ۳۴۳- تصویر ۹-۴۵

یک اپلاینس ۲×۶ را میتوان برای ایجاد حرکت عرضی مولر های اول دائمی به کار برد، در این شرایط، سگمنت قدیمی تبدیل به واحد انکورجیج می گردد و اضافه نمودن کائین به واحد انکورجیج مهم است اما اضافه کردن پره مولر ها باعث از بین رفتن کارایی آن می شود.

زیرا یک long span بین کانین و مولر برای تولید نیروها و گشتاورهای مطلوب در این سیستم two couple مور نیاز می باشد. (A) یک outward bend چند میلیمتر عقب تر از براکت کانین به طور عمده باعث اکسپنشن مولرها، همرا با چرخش کم (یا بدون چرخش) مولرها می گردد (به دلیل نابرابر بودن سگمنت ها، این bend تقریباً مانند این است که در موقعیت یک سوم در بین واحدهای سیستم two-couple قرار گرفته است). (B) یک outward bend در پشت کانین همراه با یک toe-in bend در مولرها موجب اکسپنشن و چرخش mesial out مولرها می شود.

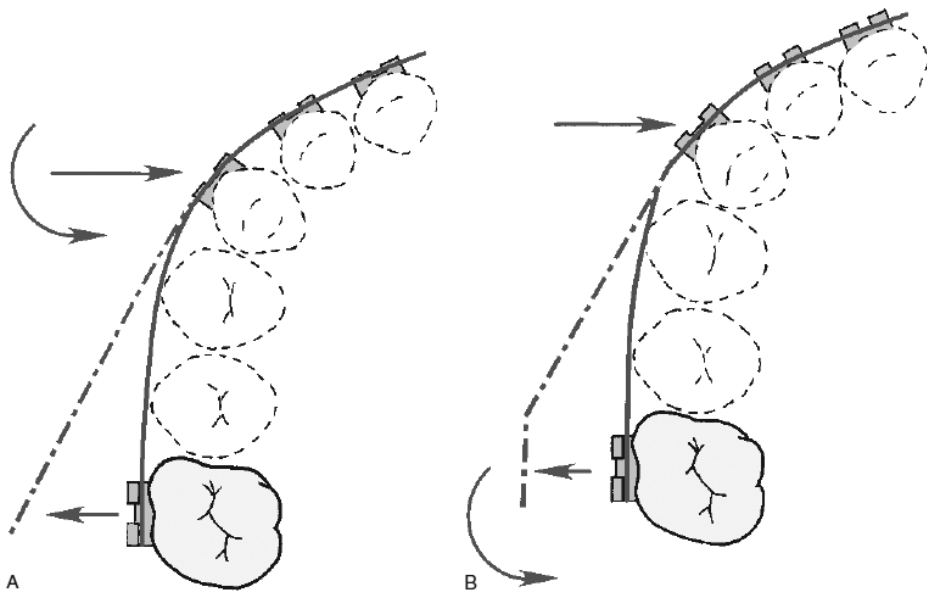


FIGURE 9-45 A 2×6 appliance can be used to produce transverse movement of first permanent molars. In this circumstance, the anterior segment becomes the anchorage and it is important to add the canines to the anchor unit, but the premolars cannot be tied to the archwire without destroying its effectiveness. The long span between the canine and molar is needed to produce the desired forces and moments in this two-couple system. **A**, An outward bend a few millimeters behind the canine bracket results primarily in expansion of the molar, with little or no rotation (with the unequal segments, this approximates the one-third position between the units of the two-couple system). **B**, An outward bend behind the canine combined with a toe-in bend at the molar results in expansion and mesial-out rotation of the molar. (Redrawn from Rebellato J. Semin Orthod 1:37-43, 1995.)

۴۱- گزینه الف / گریپر ۲۰۱۷- فصل ۵- ص ۱۶۷- ستون ۲- پاراگراف ۵

Nitonol شکننده تر از استینلس استیل است و قابلیت welding یا soldering بر آن وجود ندارد.

۴۲- گزینه ب / گریپر ۲۰۱۷- فصل ۲۳- ص ۷۱۴- جدول ۷-۲۳

Maxillary setback: بدون اثر بر بینی

Maxillary superior repositioning: معمولاً بدون تاثیر بر بینی

TABLE 23-7 Soft Tissue Changes Related to Specific Surgical Movements

| Treatment | Soft Tissue Change | Notes |
|---|--|-------|
| Anteroposterior movement of incisors: maxillary or mandibular, forward or back, surgical or orthodontic | 60%–70% of incisor movement Minimal unless jaw rotates | 1–5 |
| Vertical movement of incisors | Soft tissue: chin 1:1 with bone; lower lip 60%–70% with incisor | 6 |
| Mandibular advancement | Nose: slight elevation of tip | 7, 8 |
| Maxillary advancement | Base of upper lip: 20% of point A Upper lip: 60% of incisor protraction, shortens 1 to 2 mm | |
| Mandibular setback | Chin: 1:1 Lip: 60% | 5 |
| Maxillary setback | Nose: no effect Base of upper lip: 20% of point A Upper lip: 60% of incisor Advancement of lower lip: variable; may move back | 3 |
| Mandibular setback plus maxillary advancement | Changes similar to a combination of the two procedures separately | |
| Maxillary superior repositioning | Nose: usually no effect Upper lip: shortens 1 to 2 mm Lower lip: rotates 1:1 with mandible | 7 |
| Mandibular advancement plus maxillary superior repositioning | Chin: 1:1 Lower lip: 70% of incisor Upper lip: shortens 1–2 mm 80% of any incisor advancement Nose: slight elevation of tip | |
| Mandibular inferior border repositioning | Soft tissue forward: 60%–70% bone Chin: Up—1:1 with bone Back—50% bone Laterally—60% bone Down—? | |

1. Little difference occurred with surgery or orthodontics.
2. If both upper and lower incisors are retracted (bimaxillary protrusion), lip movement stops when lips come into contact.
3. Lip shortens 1 to 2 mm with vestibular incision (more if surgical technique is poor).
4. Lip rotates with mandible 1:1.
5. If face height increases, lip may uncurl and lengthen.
6. If lip uncurls, it will go forward less.
7. Nose change is usually temporary.
8. Less soft tissue change occurs after cleft lip repair.

Data from Jensen AC, Sinclair PM, Wolford IM. Soft tissue changes associated with double-jaw surgery, *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1992;101(3):266.

۴۳-گزینه ج / گریپر ۲۰۱۷- فصل ۵- ص ۱۷۳-ستون ۱-پاراگراف ۴

جهت کاهش load deflection rate افزایش طول کانتی لور، نسبت به کاهش سطح مقطع سیم، راه مناسب تری است. افزایش طول کانتی لور، load deflection rate را به میزان زیادی کاهش می دهد در حالی که maximal elastic load تغییر فاحشی نمی کند زیرا نسبت به طول به صورت خطی تغییر می کند.

۴۴-گزینه الف / گریپر ۲۰۱۷- فصل ۳۳- ص ۹۸۲

۴۵-گزینه ج / گریپر ۲۰۱۲- فصل ۶- ص ۱۶۰-ستون ۱-پاراگراف ۲

۴۶-گزینه ج / گریپر ۲۰۱۷- فصل ۳۴- ص ۹۹۷. ۴۴۵- باکس ۱- ۳۴

۴۷-گزینه د / گریپر ۲۰۱۲- فصل ۳۰- ص ۱۰۵۶-ستون ۲-پاراگراف آخر

۴۸- گزینه ۵ / گریپر ۲۰۱۷۰ فصل ۱۶- ص ۴۲۹- ستون ۱- پاراگراف ۳

مرحله ایده آل از نظر تکامل دندانی که درمان فیس ماسک در آن آغاز می شود، مصادف با زمان رویش دندان های سانترال دائمی ماگزیلا می باشد.

۴۹- گزینه ب / پرافیت ۲۰۱۳- فصل ۱۰- ص ۳۶۹- ستون ۱- پاراگراف ۲

استفاده از آب فلورایددار و خمیر دندان حاوی فلوراید، اقدامات موثری برای کنترل پوسیدگی در سطح جامعه می باشند و بایستی به عنوان یک بخش ضروری در برنامه پیشگیری از ایجاد ضایعات white spot مدنظر قرار گیرند. برخی شواهد نشان می دهد که استفاده روزانه از دهانشویه سدیم فلوراید ۰/۰۵٪، اختی، اقدام موثری در پیشگیری از white spot می باشد. مشکل اصلی در مورد خمیر دندان و دهانشویه، استفاده هر چند وقت یکبار یا عدم استفاده از آنها توسط فرد است. به طور کلی برای بیماران مستعد پوسیدگی، کاربرد وارنیش فلوراید هر ۶ ماه یکبار توصیه می شود، برای بیماران ارتودنسی غیر همکار که ضایعات پیشرونده ای دارند، کاربرد وارنیش می تواند سودمند باشد البته شواهد مربوط به حمایت از این قضیه اندک است.

۵۰- گزینه ج / گریپر ۲۰۱۷۲- فصل ۴- ص ۱۰۸- ستون ۱- پاراگراف ۱

استخوان کامپوزیت یک بافت استخوانی است که توسط رسوب استخوان لاملار در شبکه ای از استخوان woven تحت پرده ای cancellous compaction نامیده می شود تشکیل می شود. این پرده سریعترین روش برای ایجاد استخوان نسبتا مستحکم می باشد. استخوان کامپوزیت یک نوع استخوان واسطه ای مهم در پاسخ فیزیولوژیک به نیروی ارتودنسی می باشد و معمولا بافت استخوانی غالب برای ثبات در حین مراحل اولیه ریتشن و ترمیم پس از جراحی می باشد. وقتی که استخوان در حین شکل گیری به صورت ظریف فشرده می شود، استخوان کامپوزیت حاصله از استخوان لاملار و woven، ساختاری را تشکیل می دهد که به نام استئون اولیه شناخته می شود.

۵۱- گزینه ب / گریپر ۲۰۱۷۲- فصل ۹- ص ۲۸۴- ستون ۲- پاراگراف ۲

نسبت های پذیرفته شده برای کانکتور: ۵۰ درصد طول تاج دندان سانترال برای ناحیه تماس بین دو سانترال، ۴۰ درصد طول تاج دندان سانترال برای ناحیه تماس بین سانترال و لترال و ۳۰ درصد طول تاج دندان سانترال برای ناحیه تماس بین لترال و کانین

۵۲- گزینه ج / گریپر ۲۰۱۲- فصل ۶- ص ۱۵۸- ستون ۲**۵۳- گزینه الف / گریپر ۲۰۱۷۲- فصل ۹- ص ۲۷۳- پاراگراف ۲**

هنگامی که ماگزیلا تر و زویو می باشد، قسمت عریض تر قوس نسبت به گوشه های قدامی دهان، خلفی تر قرار دارد. این وضعیت در بعد فرونتال باکال کوریدور عریض تری ایجاد می کند.

۵۴- گزینه ب / گریپر ۲۰۱۷۲- فصل ۲۱**۵۵- گزینه ج / گریپر ۲۰۱۲- فصل ۴- ص ۱۱۱**

۵۶- گزینه ب / گریپر ۲۰۱۷- فصل ۱-ص ۷- ستون ۱- پاراگراف آخر

وقتی بستر بیولوژیکی سوچور غیر طبیعی باشد، مانند بسیاری از سندرم های ژنتیکی مثل سندرم کروزن، آپرت و سندرم Jack-son-Weiss که مرتبط با جهش در ژن FGFR-2 می باشد، ممکن است کرایوسینوستوزیس زودرس رخ دهد. برعکس حالت فوق یعنی کاهش رشد سوچور و patency طولانی مدت آن مانند آنچه در cleidocranial dysostosis دیده می شود، ممکن است به همراه ناهنجاری های مربوط به فاکتور های رشدی خصوصا Runx2، که برای جوش خوردن طبیعی سوچور ضروری می باشد، ایجاد شود.

۵۷- گزینه ب / گریپر ۲۰۱۷- فصل ۳۴

پلن اکلوزال کنترل درمان را نشان می دهد. اگر از اکستروژن مولر مندیبل اجتناب شود و ثنایای مندیبل به سمت جلو dump نشوند، پلن اکلوزال به جلو تیپ نمی شود. اگر انکورجیج تامین و ثنایا آپرایت شوند پلن اکلوزال کاهش می یابد.

۵۸- گزینه ج / گریپر ۲۰۱۷- فصل ۲۴

تنها تعداد کمی از حرکات دندانانی از جمله بستن فضا با closing loopهای قرار داده شده در فضای اکسترکشن، اکسپنشن قوس دندانانی مرتب و تغییرات تورک تحت تاثیر لیگیشن با اصطکاک کم قرار نمی گیرند.

۵۹- گزینه ب / گریپر ۲۰۱۲- فصل ۱۷-ص ۵۸۵- ستون ۱- پاراگراف ۱

۶۰- گزینه د / گریپر ۲۰۱۷- فصل ۱۶-ص ۴۰۶- پاراگراف ۳

مرحله چهارم (CS4):

- در بردر تحتانی هر سه مهره ناچ وجود دارد. بنابراین فاکتور مهمتر شکل C3 و C4 است.
- مهره ۳ و ۴ هر دو به شکل مستطیل افقی اند لذا این مرحله را bar of soap (ستون صابون ها) می نامند.
- تداوم رشد کرایوفاسیال با سرعتی کمتر از مرحله سوم قابل انتظار است.
- قرار دادن ایمپلنت برای جایگزینی لترال غایب ماگزایلا در این مرحله مناسب نخواهد بود.

۶۱- گزینه ج / گریپر ۲۰۱۷- فصل ۱۷-ص ۴۴۰- ستون ۱- پاراگراف ۱

در شرایط حداکثر رترکشن انسیزور های ماگزایلا و مندیبل، استفاده از یک وایر ۰/۰۲۰ اینچ thermal-activated در مقایسه با وایر ۰/۰۲۰×۰/۰۲۰×۰/۰۲۰ اینچ بهتر می باشد. در نتیجه نمی توان تورک را اعمال کرد و اثر tip روی کانین ها کمترین مقدار خواهد بود. این موضوع اجازه می دهد که مولر ها و پره مولر ها align, level و upright شوند که اثر lasso را روی انسیزور ها ایجاد خواهد کرد که آنها را آپرایت و گاهی حتی رترکت می کند.

۶۲- گزینه د / گریپر ۲۰۱۷- فصل ۳۴- ۹۹۷. e1۴ - ستون ۱- پاراگراف آخر

کرو دیننگ محیطی می تواند تحت شرایط زیر ایجاد گردد:

- ۱- ترومایی که بافت نرم و سخت اطراف را متاثر می کند
- ۲- مال اکلوزن ایا تروژنیک ناشی از درک غلط فضا
- ۳- ناهمخوانی در سایز تک دندان
- ۴- ناهمخوانی بین سایز دندان های ماگزایلا و مندیبل
- ۵- نقص در شکل دندان ها
- ۶- نقص در الگوی رویشی دندان های دائمی
- ۷- ترنسپوزیشن دندان ها
- ۸- تحلیل ناخواسته دندان های شیری
- ۹- چرخش دندان های پره مولر که موجب از دست رفتن فضا برای رویش کاین ها می شود
- ۱۰- انکیلوز دندان های شیری، اغلب در مولر های اول و دوم شیری همراه با تیپ دندان های مجاور
- ۱۱- کاهش طول قوس ناشی از پوسیدگی بین دندانانی در دندان های شیری
- ۱۲- زود از دست رفتن دندان های شیری که منجر به کاهش طول قوس پس از دریافت دندان های دائمی می شود
- ۱۳- تغییر در توالی ظهور دندان ها
- ۱۴- توالی از دست رفتن دندان های شیری
- ۱۵- باقی ماندن طولانی مدت دندان های شیری

۶۳- گزینه ب / گریپر ۲۰۱۲- فصل ۲۳- ص ۸۲۹- ستون ۲- پاراگراف ۳

۶۴- گزینه ب / گریپر ۲۰۱۷- فصل ۱۶- ص ۴۰۴- ستون ۲- پاراگراف ۳

۶۵- گزینه د / گریپر ۲۰۱۷- فصل ۱۶- ص ۴۱۲- ستون ۲- پاراگراف ۲

زمانی که نیروی عضلات باکال و لیبال از روی اکلوزن برداشته شود (مثل فرانکل ۲)، قوس های دندانانی عریض می شوند. نیروی داخلی (مثل زبان) در این موارد سبب اعمال نیروی اکسپنشن می شوند. کاربرد فرانکل ۲ سبب رسوب استخوانی در طول بخش لترال آلونول می شود. دستگاه لیپ بامپر نیز به روش مشابه سبب عریض شدن قوس دندانانی می شود.

۶۶- گزینه ب / گریپر ۲۰۱۷- فصل ۱۶- ص ۴۰۹- ستون ۲- پاراگراف آخر

عملکرد اصلی TPA در دوران دندانانی مختلط، جلوگیری از حرکت مزایالی و چرخش مزایالی دندان های مولر اول ماگزایلا در حین انتقال از دندان های مولر دوم شیری به دندان های پره مولر دوم است. در صورت نیاز، این اپلاینس قادر به ایجاد چرخش در دندان مولر و تغییر تورک ریشه با فعال سازی یکطرفه اپلاینس به صورت پی در پی می باشد.

۶۷- گزینه ب / گریپر ۲۰۱۷- فصل ۱۷-ص ۴۳۹-ستون ۱-پاراگراف ۱

برای لترال بالا بهتر است که با استفاده از یک آینه سطح لینگوال دندان را مشاهده کرده و محور طولی تاج را از سمت لینگوال به سمت باکال ادامه دهیم. در پره مولر ها توصیه می شود با آینه، از سمت اکلوزال و باکال برای تعیین نقطه FA و محور تاج کلینیکی استفاده شود.

۶۸- گزینه ب / گریپر ۲۰۱۷- فصل ۱۴-ص ۳۶۸-ستون ۱-پاراگراف ۴

با اینکه به صورت روتین از Transvaginal Sonography استفاده نمی شود ولی امکان مشاهده زودتر صورت با رزولوشن بالاتر تصویر که دارای sensitivity و specificity بیشتر برای تشخیص شکاف لب می شود را می دهد.

۶۹- گزینه الف / گریپر ۲۰۱۷- فصل ۲۲-ص ۶۴۹-ستون ۲-پاراگراف ۲

نویسندگان استفاده از فترهای auxiliary را توصیه نمی کنند زیرا این فترها تمایل به اکستروژن بیش از حد کائین دارند.

۷۰- گزینه د / گریپر ۲۰۱۷- فصل ۱۷

۷۱- گزینه الف / گریپر ۲۰۱۷- فصل ۹-ص ۲۶۹-ستون ۲-پاراگراف ۲

یک لبخند posed، استاتیک است به گونه ای که می تواند ادامه دار باشد. در صورتیکه لبخند وجه مشخصه یک فرد خاص باشد، لبخند posed طبیعی خواهد بود، اما لبخند می تواند اجباری هم باشد تا یک لبخند nonposed را تقلید کند. در حالت اخیر لبخند نمی تواند ادامه دار باشد و بنظر می آید غیر طبیعی و تحت فشار می باشد. در طبقه بندی Stage II, Peck یک لبخند posed، تحت فشار و اجباری می باشد (Forced or strained posed smile) که منجر به حداکثر بالا رفتن لب بالا می شود.

۷۲- گزینه د / گریپر ۲۰۱۲- فصل ۲۹- شکل ۹-۲۹

۷۳- گزینه ج / گریپر ۲۰۱۲- فصل ۲۱- ص ۷۳۱

۷۴- گزینه ج / گریپر ۲۰۱۷- فصل ۱-ص ۱۰-ستون ۱-پاراگراف ۴

سینکندروز اسفنوا تموئیدال که بین اسفنوئید و اتموئید قرار دارد، در رابطه با رشد کرانیال بیس تا سن ۷ تا ۸ سالگی بیشترین فعالیت را دارد. در آن زمان سینکندروز فتوتیپ غضروفی اش را از دست می دهد و تبدیل به سوچور می شود. پس از این تبدیل، رشد کرانیال بیس قدما می شود. در نتیجه، دیواره قدما می سلا تورسیکا که بر روی بادی اسفنوئید قرار گرفته، بال بزرگ اسفنوئید، صفحه غربالی اتموئید و فورامن سکوم بعد از ۷ سالگی ثابت بوده و به عنوان نقاط مرجع در سوپرایمپوز تصاویر سفالومتری کاربرد دارد.

۷۵- گزینه الف / گریپر ۲۰۱۲- فصل ۲۱-ص ۷۳۷-ستون ۲-پاراگراف ۲

۷۶- گزینه الف / گریپر ۲۰۱۷- فصل ۳۳-ص ۹۸۹- ستون ۲- پاراگراف ۴

موارد limited Retention:

a. کراس بایت تصحیح شده

✓ قدامی: وقتی اوربایت کافی ایجاد شده است

✓ خلفی: اگر تمایل آگزالی دندان های خلفی پس از تصحیح کراس بایت در حد معقولی باقی بماند

(استثنا: کراس بایت های خلفی که به روش ارتوپدیک یا اکسپنشن جراحی سوچور میدپالاتال درمان شده اند. در این موارد اصلاح بیش

از حد و ریتشن long-term مطلوب است)

b. دنتیشن های درمان شده با سریال اکسترکشن

c. اکسترکشن همراه با high canine

d. مال اکلوزن های subdivision (نیازمند اکسترکشن یک یا چند دندان) در این موارد گاهی برای جلوگیری از باز شدن فضای

اکسترکشن می توان از ریتینر های لینگوالی باند شونده استفاده کرد)

e. تصحیحاتی که به وسیله مهار رشد ماگزایلا به دست آمده پس از پایان رشد

f. وقتی دندان های ماگزایلا و مندیبل separate شده اند تا رویش دندان هایی که قبلا بلاک اوت بوده امکان پذیر شود.

۷۷- گزینه د / گریپر ۲۰۱۲- فصل ۱۸

۷۸- گزینه ج / گریپر ۲۰۱۲- فصل ۲۵

۷۹- گزینه ج / گریپر ۲۰۱۲- فصل ۴-ص ۱۱۴- ستون ۱- پاراگراف آخر

۸۰- گزینه ب / گریپر ۲۰۱۷- فصل ۲۱-ص ۶۰۷- ستون ۲

۸۱- گزینه ب / گریپر ۲۰۱۷- فصل ۱۳- ص ۳۶۴- ستون ۱- پاراگراف ۲

آموزش بیمار در management علائم حد TMD از این جهت حائز اهمیت است که می تواند بیمار را به صورت فعالانه در درمان

مشارکت دهد که این مساله به نوبه خود بیشترین کمک را می تواند به بیماران بکند. بعضی از مداخلات رفتاری ساده که می تواند کمک

زیادی به بیماران کند عبارتند از:

- تا حدی فک را باز کند که موجب درد نشود.

- خوردن غذا های نرم تر، گاز های کوچکتر، جویدن آرامتر.

- اگر به جز موقع جویدن بلع دندان هایش با هم تماس دارند رعایت دیدگاه lips together and teeth apar

- آدامس نخورد.

- مداد یا ناخن گاز نگیرد.

۸۲- گزینه ج / گریپر ۲۰۱۲- فصل ۸- ص ۲۱۵- ستون ۲- پاراگراف آخر

واژه دسمو کرانیوم به بخشی از اسکلت دنتوفاسیال اشاره دارد که از یک غشا با منشا ترکیب مزودرمال و نورال کرسی به وجود می آید. اما در گریپر ۲۰۱۷ اینگونه تغییر کرده است:

گریپر ۲۰۱۷- فصل ۱- ص ۳- ستون ۲- پاراگراف آخر

واژه دسمو کرانیوم به بخشی از اسکلت دنتوفاسیال اشاره دارد که از یک غشا با منشا اکتودرمال، مزودرمال و نورال کرسی به وجود می آید.

۸۳- گزینه الف / گریپر ۲۰۱۲- فصل ۳۰- تصویر ۳۰-۵

۸۴- گزینه د / گریپر ۲۰۱۷- فصل ۱۹- ص ۵۰۰- ستون ۲- پاراگراف ۱

در مرحله Denture Completion، خم های دسته اول و دوم و سوم در آرج وایر های resilient ماگزایلا و مندیبل به سائز ۰/۰۲۱۵×۰/۰۲۸ تعبیه می شود. در آرج وایر مندیبل همان خم های مربوط به stabilizing archwire تعبیه می شود. آرج وایر ماگزایلا دارای خم های آرتیستیک و قلاب هدگیر high pull الاستیک های عمودی قدامی الاستیک های کلاس II است. در صورت نیاز لوپ های اضافه جهت اتصال الاستیک های قدامی لحیم می شود.

۸۵- گزینه ب / گریپر ۲۰۱۷- فصل ۲۱- ص ۶۱۱- تصویر ۳۱-۲۱

۸۶- گزینه د / گریپر ۲۰۱۲- فصل ۲۳- ص ۸۱۱

۸۷- گزینه ج / گریپر ۲۰۱۷- فصل ۲- ص ۳۶- ستون ۲- پاراگراف آخر

به وقوع همزمان دو یا چند ویژگی، بیشتر از آنچه بر حسب شانس انتظار می رود سندروم گفته می شود. اگرچه اغلب از عبارت سندروم ژنتیکی استفاده می شود اما تمامی سندروم ها الزاما دارای پایه ژنتیکی قوی نیستند، مثل fetal alcohol syndrome.

۸۸- گزینه الف / گریپر ۲۰۱۷- فصل ۹- ص ۲۷۳- ستون ۱- پاراگراف ۳

۸۹- گزینه ج / گریپر ۲۰۱۷- فصل ۲۰- ص ۵۲۴- تصویر ۱۴-۲۰

اثرات موضعی اینترورژن مولر: وقتی مولر ها اینترود می شوند، کرسست استخوان آلوئول و لبه لته آزاد در صورت کنترل صحیح بهداشت دهان به میزان یکسان با یکدیگر حرکت می کنند. اما اتصال موکوژنویوال تغییر نمی کند، بنابراین عرض لته چسبنده کاهش می یابد.

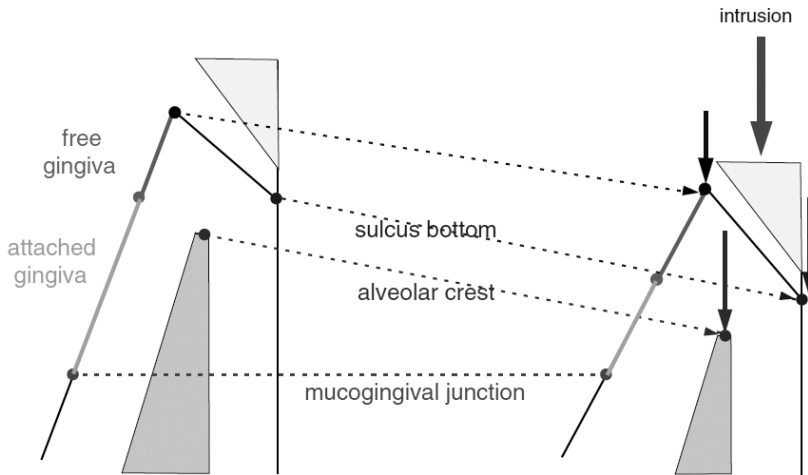


FIGURE 20-14 Local effects of molar intrusion. As the molars are intruded, the alveolar bone crest and free gingival margin will eventually move together if proper oral hygiene control is maintained. However, the mucogingival junction does not change; therefore the width of the attached gingiva decreases.

۹۰-گزینه ج / گریپر ۲۰۱۷- فصل ۸- ص ۲۲۵- تصویر ۱۳-۸

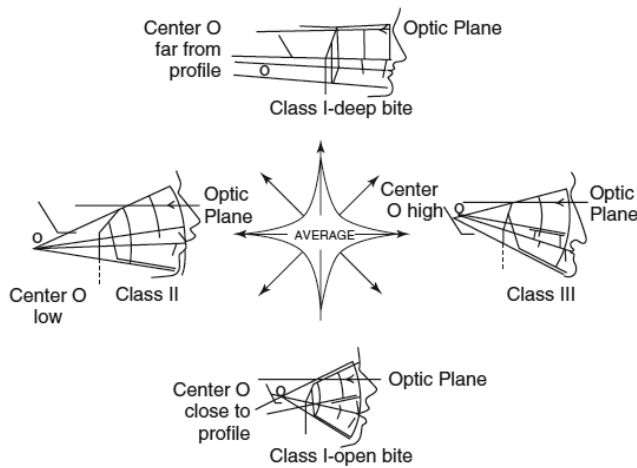


FIGURE 8-13 Sassouni's major contribution to cephalometric analysis was his observation that the relative parallelness or convergence of the horizontal planes of the face—i.e., the anterior cranial base, palatal plane, occlusal plane, and mandibular plane—are related to anterior and posterior face height and frequently reflects a tendency toward deep bite or open bite as seen in Sassouni's original diagram. The more parallel the planes, the greater the deep bite tendency. His "Center O" (outlined in yellow) is the approximation of where the planes converge posteriorly. The theory is that the further Center O is from the profile, the less convergent are the planes. This is seen most dramatically in the Class I deep bite and open bite representations. Note that the profiles in this schematic drawing coincide with those in Figure 8-18. (Modified from Sassouni V. The Class II syndrome: differential diagnosis and treatment. *Angle Orthod* 1970;40:334-341.)

۹۱- گزینه ب / گریپر ۲۰۱۷- فصل ۹- ص ۲۶۵- ستون ۱- پاراگراف آخر

سالکوس متتولیبال به صورت فرورفتگی بافت نرم بین لب پایین و چانه تعریف می گردد، ممکن است شکل و عمق آن به مقدار زیادی متغیر باشد. سالکوس تحت تأثیر ارتفاع صورت، اورجت و برجستگی چانه قرار می گیرد.

۹۲- گزینه ب / ناندا ۲۰۱۵- فصل ۹- ص ۱۵۸- ستون ۱- پاراگراف ۲

اکستروژن آرج یک سیستم نیروی one-couple است که یک نیروی اکستروزیو واحد به دندان های قدامی و یک گشتاور tip-for-ward و نیروی اینتروزیو به سگمنت خلفی وارد می کند. اغلب گشتاور tip-forward نامطلوب است. از طرف دیگر نیروی اینتروزیو وارد بر مولر در بیماران با این بایت قدامی مطلوب است، هر چند مقدار این نیرو که برابر با نیروی اکستروزیو وارد بر دندان های قدامی است احتمالاً باعث اینتروزن مولر نمی شود.

۹۳- گزینه الف / ناندا ۲۰۰۵- فصل ۸- ص ۱۶۰- ستون ۲- پاراگراف ۳

۹۴- گزینه ب / ناندا ۲۰۰۵- ص ۱۴۵- ستون ۲

۹۵- گزینه ج / ناندا ۲۰۰۵- فصل ۷- ص ۱۴۰- جدول ۲-۷

۹۶- گزینه ب / پرافیت ۲۰۱۳- فصل ۵- ص ۱۳۸- ستون ۲- پاراگراف ۲

هر ۱ میلیمتر رویش خلفی ها باعث باز شدگی ۲ میلیمتری بایت در ناحیه قدامی می شود.

۹۷- گزینه ج / ناندا ۲۰۰۵- ص ۱۷۴- پاراگراف آخر

۹۸- گزینه ب / ناندا ۲۰۰۵- فصل ۷- جدول ۱-۷

۹۹- گزینه ج / ناندا ۲۰۱۵- فصل ۹- ص ۱۷۱- ستون ۱- پاراگراف ۱

مکانیک گروه C بستن فضا برای تصحیح این بایت قدامی مطلوبترین است.

۱۰۰- گزینه الف / ناندا ۲۰۰۵- فصل ۷- ص ۱۳۳- ستون ۲- خط ۳