

معاینه، تشخیص و طرح درمان در ۶-۱۲ سالگی / فصل ۳۱ نواک

۱- به ترتیب کدام گزینه از ملاحظات مرتبط با ارزیابی رفتاری و ارزیابی کلی کودک ۶-۱۲ ساله می باشد؟

- الف) بررسی وضعیت عاطفی و هوشی کودک - بررسی ناهنجاری اوتیسم
- ب) بررسی ناهنجاری اوتیسم - بررسی وجود اختلالات یادگیری
- ج) بررسی ناهنجاری اوتیسم - کسب مهارت های حرکتی عمده
- د) بررسی وضعیت عاطفی و هوشی کودک - کسب مهارت های حرکتی عمده

۲- کدام یک از ویژگی های تکامل عقلی کودک ۷ ساله است؟

- الف) قادر به تفکر منطقی می شود
- ب) مسئولیت اعمال را می آموزد
- ج) درست و نادرست را درک می کند
- د) استانداردها را در خارج از خانه جست و جو می کند

۳- کدام یک از شاخص های بیولوژیک جهت بررسی رشد کودک ۱۰ ساله قابل اعتماد می باشد؟

- الف) ارتباط افزایش واضح در قد و زمان و شروع بلافاصله ی درمان اصلاح رشد-ارتباط رادیوگرافی مچ دست و میانگین سرعت رشد مندیبل
- ب) رابطه بین سن دندانی و بلوغ استخوانی- ارتباط رادیوگرافی مچ دست و میانگین سرعت رشد مندیبل
- ج) ارتباط افزایش واضح در قد و زمان شروع بلافاصله ی درمان اصلاح رشد-رابطه بلوغ مهره های گردن و زمان اوج سرعت رشدی مندیبل
- د) رابطه بین سن دندانی و بلوغ استخوانی - رابطه بلوغ مهره های گردن و زمان اوج سرعت رشدی مندیبل

۴- کدام یک از مراحل بلوغ مهره های گردنی برای درمان اصلاح رشد (growth modification) مناسب تر

است؟

- الف) پس از ایجاد شدن تقعر در سطح تحتانی مهره دوم و قبل از ایجاد شدن تقعر در سطح تحتانی مهره سوم
- ب) پس از ایجاد شدن تقعر در سطح تحتانی مهره سوم و قبل از ایجاد شدن تقعر در سطح تحتانی مهره چهارم
- ج) پس از ایجاد شدن تقعر در سطح تحتانی مهره چهارم و قبل از تغییر شکل مهره از مستطیل عرضی به مربع
- د) پس از ایجاد شدن تقعر در سطح تحتانی مهره چهارم و قبل از تغییر شکل مهره از مربع به مستطیل طولی

۵- میزان قابل قبول دیده شدن لثه در لبخند و میزان طبیعی پوشش انسیزور بالا توسط لب پایین در حالت استراحت در گروه سنی ۶-۱۲ سال چه مقدار تعریف شده است؟

- الف) کمتر از ۲ میلی متر - ۲ تا ۳ میلی متر
- ب) حداکثر ۲ میلی متر - ۱ تا ۲ میلی متر
- ج) کمتر از ۲ میلی متر - ۱ تا ۲ میلی متر
- د) حداکثر ۲ میلی متر - ۲ تا ۳ میلی متر

۶- به ترتیب قرارگیری لب بالا و پایین نسبت به خط E از ۳ سالگی تا ۱۲ سالگی چه تغییری می کند؟

- الف) لب بالا: پشت خط باقی می ماند / لب پایین: نسبت به خط عقب تر می رود
- ب) لب بالا: پشت خط باقی می ماند / لب پایین: نسبت به خط جلوتر می رود
- ج) لب بالا: نسبت به خط عقب تر می رود / لب پایین: روی خط باقی می ماند
- د) لب بالا: نسبت به خط عقب تر می رود / لب پایین: نسبت به خط جلوتر می رود

۷- در بیمار ۷ ساله کدام وضعیت نیاز به بررسی بیشتر جهت بیماری پرودونتال احتمالی دارد؟

- الف) عمق سالکوس ۳ میلی متری در سنترال در حال رویش
- ب) جهت رویش لینگویالی دندان های انسیزور پایین
- ج) خونریزی حین پروبینگ دندان مولر مندیبل
- د) عرض لثه چسبنده کمتر از ۱ میلی متر در مولر ماگزایلا

۸- کدام گزینه نشان دهنده شاخص لثه ای $GI = 2$ در کودک ۱۰ ساله با اتصال فرنوم پاپیلاری می باشد؟

- الف) تغییر رنگ مختصر، ادم بدون BOP (bleeding on probing)، فرنوم به درون پاپیلای بین دندانی نفوذ کرده است.
- ب) قرمزی، ادم همراه با BOP، فرنوم تا پاپیلای کامی گسترش یافته است.
- ج) قرمزی، ادم همراه با BOP، فرنوم به درون پاپیلای بین دندانی نفوذ کرده است.
- د) تغییر رنگ مختصر، ادم بدون BOP، فرنوم تا پاپیلای کامی گسترش یافته است.

۹- دندان های اضافه در کدامیک از نواحی زیر دیده می شوند؟

- الف) ناحیه پرمولر های مندیبل - دیستال مولرهای ماگزایلا
- ب) ناحیه پرمولر های ماگزایلا - دیستال مولرهای ماگزایلا
- ج) ناحیه پرمولر های مندیبل - دیستال مولرهای مندیبل
- د) ناحیه پرمولر های ماگزایلا - دیستال مولرهای مندیبل

۱۰- والدین کودکی ۹ ساله با شکایت از شکل غیرعادی در لینگوال دندان لترال فک بالا مراجعه کرده اند. کدام گزینه طرح درمان پیشنهادی می باشد؟

- الف) حرکت دادن دندان و سپس کوتاه کردن ساده با فرز جهت جلوگیری از تداخل در اکلوزن
- ب) کوتاه کردن ساده با فرز جهت جلوگیری از تداخل در اکلوزن و توصیه به درمان ارتودنسی
- ج) حرکت دادن دندان و سپس تراش انتخابی و کوتاه کردن دوره ای
- د) تراش انتخابی و کوتاه کردن دوره ای و توصیه به درمان ارتودنسی

۱۱- کدام گزینه در مورد ناهنجاری های دندانی صحیح نمی باشد؟

- الف) احتمال تحلیل ریشه لترال دائمی در صورت افقی تر شدن و مدیال شدن مسیر رویش کاین بیشتر می شود.
- ب) شیوع رویش اکتوپیک مولرهای دائمی از شیوع دندان های اضافه بیشتر می باشد.
- ج) ترانس پوزیشن ها معمولا در اوایل دوره دندانی مختلط دیده می شوند.
- د) معمولا علت نهفتگی کاین ماگزینا طول قوس ناکافی می باشد.

۱۲- کدام یک از مشخصه های عدم رویش مولر به دلیل نقص مکانیکی در رویش می باشد؟

- الف) ایجاد اپن بایت خلفی در ناحیه درگیر
- ب) فرارگیری زبان بر ناحیه درگیر
- ج) عدم وجود بافت سخت روی دندان
- د) عدم رویش دندان حتی در صورت وجود فضا

۱۳- بیماری ۷ ساله با دندان E با ناهماهنگی شدید مارژینال ریج با دندان های مجاور مراجعه کرده است. در پانورامیک بیمار جوانه دندان جایگزین دیده نمی شود. کدامیک درمان انتخابی می باشد؟

- الف) خارج کردن سریع دندان E جهت جلوگیری از دست رفتن ارتفاع الوئول
- ب) قطع تاج دندان جهت جلوگیری از دست رفتن عرض الوئول
- ج) خارج کردن سریع دندان E و اقدام درمانی جهت بستن فضا
- د) عدم نیاز به درمان و (فالوآپ) پیگیری بیمار

۱۴- وقوع یک دیاستم کوچک در میدلاین در اوایل دوره دندانی مختلط به چه دلیلی ایجاد شده و چگونه برطرف می شود؟

- الف) قرارگیری بالاتر و دیستال تر دندان های رویش نیافته نسبت به سنترال ها- فقط با رویش کاین ها
- ب) قرارگیری پایین تر و مزبال تر دندان های رویش نیافته نسبت به سنترال ها -با رویش لترال ها یا کاین ها
- ج) قرارگیری بالاتر و دیستال تر دندان های رویش نیافته نسبت به سنترال ها -با رویش لترال ها یا کاین ها

د) قرار گیری بالاتر و مزیال تر دندان های رویش نیافته نسبت به سنترال ها - فقط با رویش کانین ها

۱۵- کدام یک از دیاستم های ایجاد شده در دوره دندان‌های مختلط نیازمند درمان نمی باشد؟

الف) مزبودنس

ب) پروتروژن انسیزور ها

ج) کانین های رویش نیافته

د) کوچک بودن تاج انسیزور های بالا نسبت به پایین

۱۶- کدام یک از مقادیر نرمال ذکر شده در آنالیز سفالومتری نوجوان ۱۲-۶ ساله نادرست است؟

الف) نقطه A نزدیک به خط عمودی مرجع

ب) پوگنیون ۵ میلی متر پشت خط عمودی مرجع

ج) ارتفاع تحتانی صورت حدود ۵۵٪ از ارتفاع کلی صورت را تشکیل می دهد.

د) زاویه بین پلن مندیبولار و خط فرانکفورت به طور تقریبی ۲۵ درجه است.

۱۷- بررسی فقدان (missing) لترال های ماگزینا از طریق چه رادیوگرافی بررسی می شود و در ارتباط با

کدامیک از موارد زیر دیده می شود؟

الف) پانورامیک - کانین ماگزینا با جهت رویش پالاتالی و جابجایی (transposition) کانین با دندان های مجاور

ب) پانورامیک - کانین ماگزینا با جهت رویش باکالی و (transposition) کانین با دندان های مجاور

ج) پری اپیکال - کانین ماگزینا با جهت رویش پالاتالی و جابجایی (transposition) لترال با دندان های مجاور

د) پری اپیکال - کانین ماگزینا با جهت رویش باکالی و جابجایی (transposition) لترال با دندان های مجاور

پاسخنامه فصل ۱۴

۱- گزینه "ج" - درسنامه دندانپزشکی کودکان صفحه ۴۱۲

(A) ارزیابی رفتاری

در این گروه سنی کودکان وارد مرحله‌ای شده‌اند که مشکلات رفتاری تعداد کمی از آنها با روش‌های هدایت رفتاری ساده غیر دارویی حل نمی‌شود. آزمودن کودک روی صندلی با کاربرد روش‌های اثبات شده کنترل رفتاری کودکان مثل بگو - نشان بده - عمل کن، تقویت مثبت، کنترل صدا می‌باشد.

به خاطر داشته باشید اگر کنترل رفتار با شکست مواجه شد، دندانپزشک باید ارزیابی بیشتر یا ارجاع را در نظر بگیرد.

بعضی علل مشکلات شدید رفتاری در این گروه سنی:

- سوءاستفاده از مواد
- بدرفتاری جسمی یا جنسی
- مشکلات خانوادگی
- اختلالات یادگیری

افزایش آگاهی و شیوگ اختلالات توجه و سایر وضعیتها مثل اوتیسم چالش جدیدی دندانپزشک ایجاد می‌کنند.

(B) ارزیابی کلی

کودک مدرسه‌ای باید مهارت‌های حرکتی عمده را به دست آورده باشد و هر انحرافی از وضعیت عادی، معلوم است. کودک مدرسه‌ای حتی در اوایل این دوران می‌تواند با مهارت بازی کند. تکامل تکلم و وضعیت عاطفی و هوشی کودک باید بسیار فراتر از کودک پیش مدرسه‌ای باشد.

۲-گزینه "الف" - درسنامه دندانپزشکی کودکان صفحه ۴۱۳

تکامل جسمی	تکامل عقلی
اصلاح مهارت‌های حرکتی رخ CNS با تکامل می‌دهد. ستون مهره‌ها صاف شده تا وضعیت نگه داشتن بدن بهبود یابد. سینوس‌ها بزرگ می‌شوند سیستم لنفاوی به بالاترین حد تکاملی می‌رسد	در اوایل این دوره آمادگی برای مدرسه را نشان می‌دهد باید قادر به خواندن و نوشتن باشد قادر به تفکر منطقی می‌شود تکامل روانی حس توانایی برای انجام کارها را کسب می‌کند مسئولیت اعمال را می‌آموزد درست و نادرست را درک می‌کند استانداردها یا ارزش‌ها را در خارج از خانه جستجو می‌کند
تکامل فیزیولوژیک	
۱۲ ساله	۹ ساله
(سرعت رشد در این دوره تقریباً ۶ سانتی‌متر در سال است)	
(سرعت رشد در این دوره تقریباً ۳ تا ۳/۵ کیلوگرم در سال است)	
نبض (متوسط سن)	
۹۰-۸۵ در دقیقه	۹۰ در دقیقه
تنفس (صدک ۵۰)	
۱۸ در دقیقه	۲۰ در دقیقه
فشارخون (متوسط خون)	
۱۱۵/۶۵ جیوه	۱۱۰/۶۵ میلی‌متر جیوه
	۱۰۵/۶۰ میلی‌متر جیوه

۳-گزینه "ج" - درسنامه دندانپزشکی کودکان صفحه ۴۱۴

- یک کودک متوسط نزدیک صدک پنجاهم قرار دارد و کودک درشت در محلی نزدیک صدک نودم قرار می‌گیرد.
باید اندازه‌گیری قد و وزن در هر ملاقات دوره‌ای ثبت شود و می‌توان به دو صورت آن‌ها را ترسیم کرد: روش اول ترسیم اندازه‌گیری‌ها روی یک **چارت رشدی تجمعی** می‌باشد که اطلاعاتی درباره میزان کلی رشد بیمار را **تا آخرین اندازه‌گیری** فراهم می‌کند.

اندازه‌گیری قد و وزن اغلب برای تعیین وضعیت رشدی بیمار به کار می‌رود.

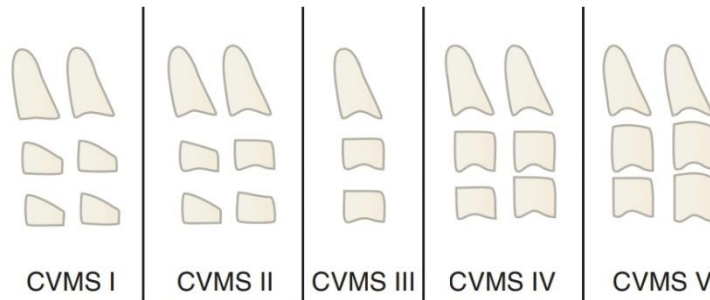
منحنی نرمال رشد، سیگموئیدی است و جهش رشدی بلوغ منطبق با پرشیب‌ترین قسمت منحنی است.

- روش دوم که میتوان اندازه‌های قد و وزن را به صورت افزایش سالانه رشد ترسیم کرد. اینگونه می‌توان تغییر در سرعت رشد را مشخص کرد، افزایش واضح در قد معمولاً شروع جهش رشدی بلوغ را نشان داده و درمان اصلاح رشد در صورت نیاز باید بلافاصله آغاز شود.
- برخی از رادیوگرافی مچ دست برای تخمین سن اسکلتی و تکامل بیمار استفاده می‌کنند. اندازه و مرحله بلوغ استخوان‌های معین دست و مچ با استانداردهای تکامل طبیعی استخوان و سن اسکلتی مقایسه می‌شود.

رابطه بین شاخص‌های قابل اعتماد استخوان (وضعیت رشد اسکلتی) و میانگین سرعت رشد

مندبیل دقیق نیست و نباید به عنوان تنها شاخص رشدی صورت استفاده شود.

- یک روش که به اشعه بیشتری نیاز ندارد استفاده از بلوغ مهره‌های گردنی از روی رادیوگرافی تشخیص سفالومتری می‌باشد. در این روش از مراحل **بلوغ مهره‌های دوم تا چهارم** برای ارزیابی **پتانسیل رشد مندبیل** استفاده می‌شود. اوج رشد مندبیل بین مراحل ۲ و ۳ از دوره ۵ مرحله‌ای رخ می‌دهد. درمان به موقع اصلاح رشدی در این دوره رشدی می‌تواند باعث افزایش اثرات درمانی شود.
- این روش جهت تعیین اینکه آیا سرعت رشد مندبیل همچنان در حال افزایش است یا اینکه اوج سرعت رشدی خود را پشت سر گذاشته است، بسیار قابل اعتماد است (یعنی در مرحله ۱ یا ۲ است یا در مرحله ۳، ۴ یا ۵).



اوج رشد مندبیل قبل از مرحله ۳ است.

در مرحله ۲ تقعر روی لبه پایینی مهره سوم ایجاد می‌شود

در مرحله ۳ تقعر مشابهی روی لبه پایینی مهره چهارم به وجود می‌آید.

در طی روند بلوغ، مهره سوم و چهارم از **شکل مستطیل عرضی** (مرحله ۳) به صورت تدریجی به **مربع** (مرحله ۴) و **مستطیل طولی**

(مرحله ۵) تغییر شکل می‌دهند.

- وضعیت تکاملی بیمار را می‌توان از روی مرحله تکاملی دندان‌ها نیز تخمین زد. که از رادیوگرافی‌های پانورامیک یا پری اپیکال استفاده می‌شود.

اما رابطه بین **سن دندان‌های و بلوغ استخوانی**، **ضعیف** و از نظر کلینیکی **غیر قابل استفاده** است.

۴- گزینه "ب"

به پاسخ سوال ۳ مراجعه کنید

۵- گزینه "ج" - درسنامه دندانپزشکی کودکان صفحه ۴۱۷

نکات مربوط به تغییرات لب در این فصل:

- در معاینه نیمرخ: ابعاد قدامی خلفی و عمودی صورت و موقعیت لبها و انسیزورها نسبت به صورت
- لب بالا شاخص خوبی برای موقعیت انسیزور ماگزیلاری است.
- موقعیت لب پایین نیز به موقعیت انسیزور ماگزیلا وابسته است زیرا به صورت طبیعی در حالت استراحت لب پایین ۱ تا ۲ میلی‌متر لبه انسیزال دندان‌های ماگزیلا را می‌پوشاند.
- پس موقعیت لب، شاخص قوی برای پروتروژن دندان‌های ماگزیلا است.
- به عنوان یک قانون در کودکان سفیدپوست لبها باید رو یا کمی پشت خطی که نوک بینی را به چانه وصل می‌کند، قرار گیرند. در کودکان آسیایی و آفریقایی-آمریکایی بیرون‌زدگی انسیزور و لب بیشتر از کودکان سفیدپوست است.
- لبها در طی سال‌های اولیه نوجوانی تمایل به رشد عمودی دارند، که در اوایل این سنین کودکان با لب‌های ناکارآمد هستند.
- در اکثر کودکان با بالغ شدن، لبها کارآمدتر می‌شوند. به صورت ایده‌آل در کودک در حالت استراحت ۲ میلی‌متر از دندان

بیشترین میزان نمایش انسیزورها در حالت استراحت و بیشترین میزان ناکارآمدی لبها:

• در دختران در سن ۱۱ سالگی

• در پسران در ۱۲ سالگی

زیر خط لب دیده می‌شود. در حالت لبخند کامل، تقریباً کل دندان دیده شده و لب بالا تا چندین میلی‌متر زیر ناحیه سرویکال

دندان کنار می‌رود. دیده شدن کمتر از ۲ میلی‌متر لثه در این گروه سنی از لحاظ زیبایی قابل قبول تلقی می‌شود.

۶- گزینه "الف" - درسنامه دندانپزشکی کودکان

ترکیبی با فصل ۶ /

لب بالا: ۳-۶ سالگی: کمی پشت خط- ۱۲-۶ سالگی: ۱ میلی متر پشت خط /

لب پایین: ۳-۶ سالگی: ۱ میلی متر جلوی خط- ۱۲-۶ سالگی: روی خط یا کمی عقب تر /

ریکتر خطی است که نوک بینی را به کانطور قدامی چانه وصل می کند. E خط

ص ۴۴۰) در دندان‌های دائمی لب بالا به‌طور طبیعی یک میلی‌متر پشت این خط و لب پایین ، روی این خط یا کمی عقب‌تر از آن است.
(ص ۱۶۳)

۷- گزینه "د" - درسنامه دندانپزشکی کودکان صفحه ۴۱۹

معاینه پرئودنتال شامل:

- پروب کردن انتخابی دندان‌های قدامی و مولرهای اول دائمی.
خونریزی حین پروب از نشانه‌های بیماری لثه‌ای فعال است.
عمق سالکوس بیش از ۳ میلی‌متر و عرض لثه چسبنده کمتر از ۱ میلی‌متر، نشان‌دهنده بیماری پرئودنتال احتمالی است.
دندان‌های در حال رویش تا وقتی که تاج کاملاً رویش پیدا کند معمولاً سالکوس عمیقی دارند.
- ارزیابی اتصالات بافتی مخصوصاً در دندان‌های قدامی پایین.
حرکت فاسیالی انسیزور پایین با لثه چسبنده کم می‌تواند باعث افزایش از دست دادن اتصالات شود. عمل پیوند لثه ممکن است در نظر گرفته شود.
حرکت لینگوالی این انسیزور ها ممکن است باعث افزایش سلامتی یا مقدار لثه چسبنده شود.

قرارگیری لب با رسم یک خط فرضی از نوک بینی به قدامی ترین نقطه روی بافت نرم

چانه ارزیابی می شود.

به صورت طبیعی لب ها کمی پشت این خط قرار می گیرند.

۸- گزینه "ج" - درسنامه دندانپزشکی کودکان صفحه ۴۲۰

انواع اتصال انواع اتصال فرنوم ها (شبيه طبقه بندی kotlow فصل ۱۳)
مخاطی - وقتی الیاف فرنوم تا محل اتصال مخاط لثه‌ای وصل شود. لثه‌ای - وقتی الیاف به درون لثه چسبیده وارد شود. پاپیلاری - وقتی الیاف به درون پاپیلای بین دندان‌های گسترش یابد. نفوذی به پاپیلا (papillary penetrating) - وقتی الیاف فرنوم از زائده آلونولار رد شده و تا پاپیلای کامی گسترش یابد.

GI سیستم نمره‌گذاری زیر را به کار می‌برد:

۰ = لثه طبیعی

۱=التهاب خفیف: تغییر مختصر رنگ، ادم مختصر، بدون خونریزی هنگام پروب

۲=التهاب متوسط: قرمزی، ادم و براقی یا خونریزی هنگام پروب

۳=التهاب شدید قرمزی و ادم مشخص، تمایل به خونریزی خودبخود، زخم.

۹- گزینه "الف" - درسنامه دندانپزشکی کودکان صفحه ۴۲۳

ناهنجاری تعداد دندان : دندان‌های اضافی اغلب در ناحیه میدلاین ماگزایلا یافت می‌شوند که مزبودنس نیز نامیده می‌شوند.
دندان‌های اضافه در نواحی پره مولرهای مندیبل و دیستال مولرهای ماگزایلا نیز یافت می‌شوند.
ادنتوم تومور خوش خیم مخلوط مینا و عاج است که با رادیوگرافی تشخیص داده می‌شود.
دو نوع ادنتوم داریم: ادنتوم‌هایی که شبیه دندان بوده، ادنتوم کامپاند و آنهایی که شکل نامنظمی داشته ادنتوم کمپلکس نامیده می‌شوند.
هر دو نوع می‌توانند با رویش طبیعی دندان تداخل کرده و باید با جراحی خارج شوند.

۱۰- گزینه "ج" - درسنامه دندانپزشکی کودکان صفحه ۴۲۴

ناهنجاری ساختار دندان : اگر ناهنجاری تاج را درگیر کرده باشد(تاج غیر طبیعی مثل لترال ماگزایلا پگ شکل یا تالون کاسپ) باید با اضافه کردن مواد ترمیمی اندازه آن را افزایش داد یا باید با تراش انتخابی، اندازه تالون کاسپ را کاهش داد تا از تداخلات اکلوزالی جلوگیری شود. در هر دوی این وضعیت‌ها حرکت دادن دندان قبل از درمان ترمیمی قطعی نیاز است.
در شکل کتاب، تالون کاسپ در سطح لینگوال لترال ماگزایلا دیده می‌شود، کوتاه کردن دوره ای اجازه عقب نشینی پالپ و حفظ حیات دندان را می‌دهد.

۱۱- گزینه "د" - درسنامه دندانپزشکی کودکان صفحه ۴۲۸

- شیوع رویش اکتوپیک مولرهای دائمی (۲-۴٪) از شیوع دندان های اضافه (۲٪) بیشتر می باشد.

در رویش اکتوپیک مولر اول دائمی، این دندان ریشه دیستالی E را تحلیل برده و بخش دیستالی تاج مولر شیری از رویش آن جلوگیری می کند. در بسیاری اوقات **مولر دائمی** به طور **خودبخود جهش یا حرکت دیستالی** کرده و در **موقعیت صحیح** رویش می کند. در سایر موارد مولر دائمی زیر تاج مولر شیری گیر افتاده و رویش نمی کند. معمولاً هیچ درد و ناراحتی در ارتباط با رویش اکتوپیک وجود ندارد. لترال در حال رویش همه یا بخشی از ریشه دندان کانین شیری را تحلیل می برد. راه های تشخیص: زود از دست رفتن کانین شیری و شیف میدلاین به سمت رویش نابجا/تأخیر رویش لترال/رادیوگرافی اکلوزال

رویش اکتوپیک کانین دائمی ماگزایلا همراه تحلیل لترال دائمی می باشد. اگر کانین ها در یک **موقعیت مدیالی تر** برویند و مسیر رویشی آنها **کمی افقی تر باشد** (به طور متوسط ۱۰ درجه) خطر **بیشتری برای تحلیل لترال** وجود دارد.

اگر کاسپ کانین نسبت به خط وسط لترال، **مدیالی تر قرار گرفته باشد**، توصیه می شود که **کانین شیری خارج شده** تا رویش طبیعی کانین دائمی تسریع شود. برخی کشیدن کانین شیری همراه با گسترش ماگزایلا را پیشنهاد می کنند.

رویش لینگویالی انسیزورهای دائمی غالباً در مندیبل دیده می شود. علت وجود انسیزورهای با رویش اکتوپیک و لینگویالی مشخص نشده است. یک توضیح می گوید که رویش اکتوپیک و لینگویالی انسیزورها در نتیجه الگوی غیرطبیعی تحلیل است.

توضیح دیگر می گوید که **رویش لینگویالی** یک **گوناگونی از الگوی رویش عادی** است. زیرا جوانه دندان های انسیزور پایین در لینگویال شیری ها تشکیل شده و ممکن است به سمت فاسیال مهاجرت نکنند.

- نوعی ترانس پوزیشن در سال های اولیه دندانی مختلط (early mixed) دیده می شود که معمولاً ترانس پوزیشن لترال و کانین مندیبل است. سایر ترانس پوزیشن هایی که دیرتر دیده می شوند: لترال و کانین بالغ مندیبل (شیوع کمتر)/ترانس

عموماً **آخرین دندانی** که در قوس یا کوادرانت می روید، **نهفته می شود**، زیرا **فضا کاهش یافته یا وجود ندارد**.

پوزیشن کانین و پره مولر اول مگزایلا/کانین و لترال ماگزایلا

- نهفتگی علت نهفتگی کانین ماگزایلا، مکانیسم رویشی یا مسیر رویشی غیرعادی است. **کانین** ماگزایلا اغلب **آخرین دندانی** است که در قوس می روید. همچنین **طولانی ترین مسیر رویشی** برای قرار گیری در محل خود در قوس را می پیماید. این دو عامل باعث می شوند که **کانین ماگزایلا**، **شایع ترین دندان نهفته در دهان** باشد.
- نهفتگی دندان های خلفی در نتیجه طول قوس ناکافی است.

۱۲- گزینه "ب" - درسنامه دندانپزشکی کودکان صفحه ۴۲۹

نقص مکانیکی رویش: دو مشخصه نقص مکانیکی رویش را از نقص اولیه در رویش متمایز می کنند. ۱. نوعی مانع مکانیکی می تواند عدم رویش را توضیح دهد. مانع می تواند ناشی از فقدان فضا یا مشکل رویش دندان یا قرارگیری زبان باشد. ۲. **دندان های دیستالی تر** از دندان مبتلا **رویش خواهند یافت**.

نقص اولیه در رویش (primary failure of eruption): دندان های خلفی را درگیر می کند. وقتی با وجود فضای کافی و عدم وجود بافت سخت روی دندان که مانع رویش شود، **دندان رویش نیابد**، تشخیص داده می شود. تمامی **دندان های دیستالی تر** از دندان

مبتلا نیز نمی‌توانند رویش پیدا کنند. علت نقص اولیه رویشی ناشناخته است ولی به نظر می‌رسد که یک جزء ژنتیکی داشته باشد. نقص اولیه در رویش به صورت اپن بایت خلفی تظاهر می‌یابد.

انکیلوز دندان: در این حالت حتی اگر فضا وجود داشته باشد، دندان رویش نیافته و دندان های دیستال درگیر نیستند.

۱۳- گزینه "د" - درسنامه دندانپزشکی کودکان صفحه ۴۳۳

پره مولرهای دوم دائمی معمولاً در ۴ سالگی در رادیوگرافی معلومند ولی ممکن است تا ۸ سالگی هم معلوم نباشند.

انکیلوز دندان شیری در سن پایین می‌تواند باعث مشکلات زیر شود:

- ناهماهنگی شدید مارجینال ریج/تیپ شدن دندان های مجاور/از دست دادن عمودی استخوان

اکثر مشکلات بجز از دست دادن فضا با رویش دندان دائمی حل می‌شوند.

وقتی دندان شیری انکیلوز شده و دندان دائمی غایب است، اگر سطح اکلوزال دندان انکیلوز نسبت به دندان های مجاور خیلی پایین باشد

و سطح عمودی استخوان نسبت به دندان مجاور تغییر زیادی داشته باشد، مداخله توصیه می‌گردد.

چون هیچ دندان دائمی برای رویش وجود نداشته تا استخوان آلوئول را با خود بالا بیاورد، اگر اجازه داده شود که دندان شیری باقی بماند،

در نهایت خارج کردن آن باعث باقی گذاشتن یک نقص استخوانی در مجاور سایر دندان های دائمی خواهد شد. خارج نمودن دندان شیری

و درمان بعدی باید در نظر گرفته شود. گزینه دوم درمانی در مواردی که جایگزین دائمی وجود ندارد، قطع تاج مولر شیری به جای

کشیدن آن (decoronation) است. باز هم از دست دادن ارتفاع عمودی آلوئول وجود دارد ولی قطع تاج عرض آلوئول را حفظ می‌کند.

از دست دادن استخوان به دلیل کشیدن دندان شیری بدون جانشین در قدام نسبت به نواحی خلفی، سریع تر و با شدت بیشتر اتفاق می‌افتد.

۱۴- گزینه "ج" - درسنامه دندانپزشکی کودکان صفحه ۴۲۹

یک دیاستم کوچک در میدلاین ماگزایلا در اوایل دوره دندانانی مختلط طبیعی است و معمولاً به علت موقعیت لترال ها یا کانین های

رویش نیافته ایجاد می‌گردد. مرحله جوجه اردک زشت وقتی است که تاج لترال ها به دیستال تیپ شده و بین دندان های قدامی

دیاستم است.

دندان های رویش نیافته نسبت به ریشه های دندان های سانترال بالا تر و دیستالی تر قرار گرفته و

ریشه های سانترال ها را به سمت میدلاین و تاج های آنها را به سمت دیستال می‌رانند.

با رویش لترال ها یا کانین ها، انسیزورها به آهستگی مستقیم شده و فضای میدلاین شروع به بسته شدن می‌کند.

درمان بستن دیاستم معمولاً تا زمان رویش کامل کانین های دائمی به تعویق می‌افتد، مگر آن که:

۱- فضای موجود برای رویش لترال ها یا کانین ها به شدت محدود شده باشد

۲- زیبایی، نگرانی اصلی باشد.

۱۵- گزینه "ج" - درسنامه دندانپزشکی کودکان صفحه ۴۳۰

اگر دیاستم بزرگتر از ۲ میلی متر باشد، ممکن است علت آن موارد زیر باشد:

- مزبودنس
- مشکل موضعی اندازه دندان
- موقعیت غیرطبیعی انسيزور

عدم تطابق بین اندازه دندان های بالا و پایین می تواند باعث دیاستم شود. معمولاً تاج انسيزورهای ماگزایلا، کوچک یا به شدت مخروطی هستند. در حالیکه دندان های مندیبل نسبت به دندان های ماگزایلا بسیار بزرگ هستند.

موقعیت غیرطبیعی و پروتروژن انسيزورها نیز می تواند باعث دیاستم میدلاین شود.

۱۶- گزینه "د" - درسنامه دندانپزشکی کودکان صفحه ۴۳۸

نکات اندازه های آنالیز سفالومتری این فصل:

- ✓ اگر ماگزایلا موقعیت و اندازه طبیعی داشته باشد، نقطه A نزدیک به خط عمودی
- ✓ در یک مندیبل با موقعیت خوب در بیمار قبل از نوجوانی، پوگنیون ۵ میلی متر پشت خط عمودی
- ✓ زاویه ANB: در فک هایی که رابطه طبیعی دارند، این زاویه بین ۲ و ۵ درجه است.
- ✓ در صورت متعادل ارتفاع فوقانی صورت باید حدود ۴۵٪ ارتفاع کل صورت را تشکیل دهد.
- ✓ زاویه بین پلن مندیبولار و خط فرانکفورت به طور تقریبی ۲۴ درجه است.
- ✓ موقعیت محوری انسيزور: زاویه شکل گرفته از برخورد محور طولی انسيزور با خط نازیون نقطه A: زاویه بزرگ (بیش از تقریباً ۲۲ درجه): پروتروژن محوری انسيزور. زاویه کوچک: انسيزور مستقیم است.
- ✓ موقعیت بادیلی انسيزور: اندازه گیری فاصله خطی بین سطح فاسیالی انسيزور و خط نازیون-نقطه A: به طور متوسط این فاصله: ۴ میلی متر / اندازه بزرگ نشان می دهد: انسيزور بسیار جلوتر قرار گرفته / اندازه کوچک یا منفی نشان می دهد: انسيزور نسبت به ماگزایلا بسیار عقب قرار گرفته است.
- ✓ موقعیت انسيزور مندیبل به صورت مشابهی ارزیابی می گردد خط نازیون-نقطه B به عنوان خط مرجع / شیب محوری متوسط ۲۵ درجه و فاصله خطی متوسط ۴ میلی متر /

۱۷- گزینه "الف" - درسنامه دندانپزشکی کودکان صفحه ۴۴۳ باکس

رادیوگرافی پانورامیک برای تأیید لترال‌های ماگزیلا الزامی است.

ارتباط بین فقدان لترال یا لترال پگ شکل با موارد زیر وجود دارد:

- فقدان پره مولرهای دوم
- کانین‌های مندیبل با جهت رویش دیستالی
- کانین‌های ماگزیلا با جهت رویش پالاتالی
- جابجایی دندان کانین با دندان‌های مجاور

سایر نکات:

- بیشترین خطر تروما در این دوره سنی: برای انسیزورهای دائمی ماگزایلا
بیشترین میزان نمایش انسیزورها در حالت استراحت و بیشترین میزان ناکارآمدی لب‌ها:
در دختران در سن ۱۱ سالگی / در پسران در ۱۲ سالگی
- شایع‌ترین دندان‌های غائب در سری دندان‌های دائمی باستثنای مولرهای سوم ماگزایلا و مندیبل، به ترتیب:
پره مولر دوم مندیبل / لترال ماگزایلا پره مولر دوم ماگزایلا
- دبستالی‌ترین دندان در هر طبقه دندان محمتمل‌ترین دندان دچار غیبت مادرزادی و مشکلات اندازه و شکل دندان است.
- عموماً آخرین دندان که در قوس یا کوادرانت می‌روید، نهفته می‌شود، زیرا فضا کاهش یافته یا وجود ندارد. کانین ماگزایلا، شایع‌ترین دندان نهفته در دهان باشد.
- شایع‌ترین دندان‌های دارای مشکلات موضعی اندازه: لترال کوچک ماگزایلا / پره مولر دوم کوچک مندیبل
- رویش اکتوپیک مولر می‌تواند در قوس مندیبل رخ دهد اما در ماگزایلا شایع تر است.
- رویش اکتوپیک لترال دائمی در مندیبل شایع تر است
- در اوایل سال‌های دندان‌ی مختلط، درمان کراس بایت‌های اسکلتی و دندان‌ی اصولاً مشابه است.
- معمولاً ترانس پوزیشن‌ها در اواخر سال‌های دندان‌ی مختلط (late mixed) دیده می‌شوند.
- نوعی ترانس پوزیشن در سال‌های اولیه دندان‌ی مختلط (early mixed) دیده می‌شود که معمولاً ترانس پوزیشن لترال و کانین مندیبل است

اعداد مهم این فصل:

- به صورت ایده‌آل در کودک در حالت استراحت ۲ میلی‌متر از دندان زیر خط لب دیده می‌شود.
- مهارت در بهداشت فردی دهان، در سال‌های میانی مدرسه به دست می‌آید
- دیده شدن کمتر از ۲ میلی‌متر لثه در این گروه سنی از لحاظ زیبایی قابل قبول تلقی می‌شود.
- عمق سالکوس بیش از ۳ میلی‌متر و عرض لثه چسبنده کمتر از ۱ میلی‌متر، نشان‌دهنده بیماری پریدونتال احتمالی است.
- عدم وجود کلیه انسیزورهای دائمی فک بالا و پایین در کودک ۹ ساله بسیار غیرطبیعی است. همه انسیزورهای دائمی باید تا ۹ سالگی رویش پیدا کنند.
- عدم تقارن جزئی در رویش دندانی طبیعی بوده و اگر کمتر از ۶ ماه اختلاف رویش بین دو سمت مقابل دهان وجود داشته باشد، اهمیتی ندارد.
- اگر دیاستم بزرگتر از ۲ میلی‌متر باشد، ممکن است علت آن موارد زیر باشد: مزیدونس/مشکل موضعی اندازه دندان / موقعیت غیرطبیعی انسیزور
- اورجت طبیعی و اور بایت طبیعی تقریباً ۲ میلی‌متر است.
- پره مولرهای دوم دائمی معمولاً در ۴ سالگی در رادیوگرافی معلومند ولی ممکن است تا ۸ سالگی هم معلوم نباشند.

نکات انواع رادیوگرافی :

- ✓ اگر بررسی رادیوگرافی داخل دهانی در نظر باشد باید شامل تصاویر اکلوزال قدامی مناسب و حداقل یک نمای پری اپیکال خلفی از هر کوادرنانت خلفی و نماهای بایت وینگ خلفی باشد.
- ✓ بررسی ۱۲ فیلمه (چهار فیلم پری اپیکال خلفی، دو فیلم اکلوزال قدامی و دو فیلم بایت وینگ خلفی) باید برای کودکان مدرسه‌ای بزرگ‌تر کافی باشد.

نوع رادیوگرافی	دندان	توضیحات
پانورامیک	لترال‌های ماگزایلا	اوایل این دوره (پانورامیک) (چون اندازه کوچک کام مانع تهیه رادیوگرافی پری اپیکال می شود)
	نهفتگی کانین	پانورامیک (به همراه گرافی اکلوزال) اغلب تصاویر کانین‌های رویش نیافته و لترال‌ها در رادیوگرافی‌های پانورامیک دچار دیستورشن شده و در رادیوگرافی‌های اکلوزال بهتر دیده می‌شوند
	موقعیت پالاتالی یا باکالی دندان کانین	اگر تقریباً در ۱۰ سالگی نتوان دندان کانین دائمی را در سطح فاسیال آلونول لمس کرد، تعیین موقعیت آن : پانورامیک (اگر دندان پالاتالی باشد: نزدیک تر به اشعه بوده و بزرگ تر از کانین دیگر دیده می شود)
	غیبت دندان‌های قدامی (لترال‌ها یا کانین‌ها) یا پگ لترال	پانورامیک، سپس CBCT با نمای میدان کوچک
	رویش اکتوپیک انسیزورها	
بایت وینگ	رویش اکتوپیک مولر‌های اول دائمی	
اکلوزال	رویش اکتوپیک لترال مندیبل	
سفالمتری	موقعیت قدامی یا خلفی دندان کانین	
CBCT	در تعیین وضعیت دندان کانین و دندان‌های مجاور آن برتری دارد.	