

# مجموعه سؤالات ارتقاء دندانپزشکی

## DPQ پروتزهای دندانی

### گردآوری و تألیف:

دکتر مجید جهانگیر

(دستیار ارشد پروتزهای دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی)

### تحت نظارت

دکتر سارا توکلی زاده

(سرپرست بخش تخصصی پروتزهای دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی)

سرشناسه	: جهان‌گیر، مجید، ۱۳۷۳-
عنوان و نام پدیدآور	: مجموعه سؤالات ارتقاء دندانپزشکی DPQ پروتزه‌های دندان‌ی / گردآوری و تألیف مجید جهانگیر زیرنظر سارا توکلی‌زاده .
مشخصات نشر	: تهران : شایان نمودار ، ۱۴۰۱ .
مشخصات ظاهری	: ۱۱۶ ص. : مصور ، جدول .
شابک	: ۹۷۸-۹۶۴-۲۳۷-۶۷۸-۰
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
موضوع	: دندان مصنوعی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها، .Complets dentures -- Examinations, questions, etc. دندانپزشکی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها، .Dentistry -- Examinations, questions, etc.
شناسه افزوده	: توکلی‌زاده، سارا، ۱۳۶۲-
رده بندی کنگره	: RK۶۵۶
رده بندی دیویی	: ۶۱۷/۶۹۲۰۷۶
شماره کتابشناسی ملی	: ۸۹۵۷۰۲۲

نام کتاب: مجموعه سؤالات ارتقا دندانپزشکی DPQ پروتزه‌های دندان‌ی

گردآوری و تألیف: دکتر مجید جهانگیر

زیرنظر: دکتر سارا توکلی‌زاده

ناشر: انتشارات شایان نمودار

مدیر تولید: مهندس علی خزعلی

حروف چینی و صفحه آرایی: انتشارات شایان نمودار

طرح جلد: آتلیه طراحی شایان نمودار

نوبت چاپ: اول

شمارگان: ۵۰۰ جلد

تاریخ چاپ: پاییز ۱۴۰۱

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۲۳۷-۶۷۸-۰

قیمت: ۱،۲۰۰،۰۰۰ ریال



شایان نمودار

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



وب سایت: [shayannemoodar.com](http://shayannemoodar.com)



اینستاگرام: Shayannemoodar

(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.)

## به نام خدا

### مقدمه

بررسی سوالات سال های گذشته آزمون مورد و ارتقا تخصصی نقش مهمی در بررسی و مرور نکات مهم تر و یافتن موضوعاتی که بیشتر مورد توجه طراحان محترم آزمون قرار می گیرد دارد. با توجه به اهمیت این موضوع بر آن شدیم تا با گردآوری این سوالات و ارائه پاسخ های تشریحی ، کمکی در جهت دستیابی به نتایج بهتر در آزمون های مورد و ارتقا نماییم.

کتاب حاضر شامل مجموعه ای از سوالات ارتقا تخصصی سال های ۱۳۹۷ و ۱۳۹۸ و ۱۴۰۱ به همراه پاسخنامه تشریحی می باشد. امیدواریم این مجموعه بتواند علاوه بر آمادگی بیشتر دستیاران تخصصی جهت امتحان مورد و ارتقا ، به ارتقا دانش دندانپزشکی آن ها نیز کمک نماید.

از پیشنهادات و انتقادات شما همکاران گرامی در جهت اصلاح و بهبود کتاب حاضر، صمیمانه استقبال خواهیم کرد.

در پایان از همکاری صمیمانه جناب آقای دکتر نوید احمدی (دستیار تخصصی بخش پروتز های دندانی دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی) و جانب آقای مهندس خزعلی (مدیریت محترم انتشارات شایان نمودار) کمال سپاسگذاری را داریم.

دکتر سارا توکلی زاده

دکتر مجید جهانگیر

پاییز ۱۴۰۰

Majid.jahangir1994@gmail.com

## فهرست مندرجات

---

۵	مجموعه سوالات ارتقا ۱۳۹۷
۲۱	پاسخنامه سوالات ارتقا ۱۳۹۷
۴۳	مجموعه سوالات ارتقا ۱۳۹۸
۵۹	پاسخنامه سوالات ارتقا ۱۳۹۸
۷۸	مجموعه سوالات ارتقا ۱۴۰۱
۹۴	پاسخنامه سوالات ارتقا ۱۴۰۱

## سوالات ارتقاء ۱۳۹۷

### ROSENSTIEL

- ۱- در ارتباط با رابطه مرکزی کدام یک از عبارات زیر صحیح است؟
- الف) کندیل‌ها با ضخیم‌ترین قسمت دیسک مفصلی در تماس هستند.  
ب) کندیل‌ها با نازک‌ترین قسمت دیسک مفصلی در تماس هستند.  
ج) کندیل‌ها با قسمتی از دیسک مفصلی در تماس هستند که عروق خونی دارد.  
د) کندیل‌ها در فوقانی‌ترین ناحیه حفره گلوئوئید همراه با تماس قدامی‌ترین دندان می‌باشد.
- ۲- در خصوص براکسیزم کدام یک صحیح‌تر است؟
- الف) اغلب اتیولوژی نامعلوم دارد.  
ب) اغلب اتیولوژی ژنتیک دارد.  
ج) اغلب اتیولوژی اکلوزنی دارد.  
د) اغلب اتیولوژی عصبی دارد.
- ۳- کدام یک از جملات زیر صحیح‌تر است؟
- الف) فرزهای الماسی چمفر و شولدر احتمال کم‌تری برای تجمع دبیری تراش دارند.  
ب) دبیری‌های ناشی از تراش به راحتی با کاربرد اولتراسونیک به مدت پنج دقیقه تمیز می‌شوند.  
ج) از مواد شیمیایی می‌توان برای تمیز کردن دندان تراش خورده به خوبی بهره گرفت.  
د) تراش با فرزهای الماسی سطوح صاف‌تری از فرزهای کار باید انجام می‌کند.
- ۴- در خصوص تراش دندان برای رستوریشن‌های متال - سرامیک کدام یک صحیح است؟
- الف) در برخی از دندان‌های کوچک مندیبل بالچه تراشیده می‌شود.  
ب) زاویه کاووسرفیس چمفر باید اندکی حاده و یا ۹۰ درجه باشد.  
ج) برای اصلاح تراش چمفر بهتر است از یک فرز اندکی بزرگتر استفاده شود.  
د) فینیش لاین Sloped Shoulder را نمی‌توان با فرز Flat End تراشید.
- ۵- در کدام وضعیت می‌توان دندان پایه را جهت ساپورت آوردنچر انتخاب کرد؟
- الف) تحلیل افقی استخوان همراه با موبیلیتی نوع II  
ب) تحلیل افقی استخوان همراه با موبیلیتی نوع III  
ج) تحلیل عمودی استخوان همراه با موبیلیتی نوع II  
د) تحلیل عمودی استخوان همراه با موبیلیتی نوع III

۶- در آماده‌سازی دندان جهت رستوریشن‌های  $\frac{7}{8}$  مولر فک بالا، کدام ناحیه همانند آماده‌سازی جهت رستوریشن‌های کامل می‌باشد؟

الف) مزبال (ب) دیستال (ج) لبیال (د) مزیبوآکال

۷- کدام یک در مورد افست در طرح تراش سه چهارم صحیح‌تر است؟

الف) ایجاد آن در دندان‌های قدامی به منظور حفظ تمامیت کستینگ ضروری است.  
 ب) ایجاد آن در دندان‌های خلفی به منظور حفظ تمامیت کستینگ ضروری است.  
 ج) ایجاد آن در دندان‌های قدامی به منظور افزایش گیر ضروری است.  
 د) ایجاد آن در دندان‌های خلفی به منظور افزایش گیر ضروری است.

۸- کدام یک از موارد کاربرد اینله فلزی کلاس II است؟

الف) دندان‌های نوجوانان (ب) کنترل پلاک ضعیف  
 ج) ضایعات پوسیدگی کوچک (د) دندان‌های کوچک

۹- بهترین محل برای تماس‌های اکلوزالی در رستوریشن‌های تمام سرامیک قدامی کدام است؟

الف) یک سوم میانی (ب) یک سوم انسیزال (ج) یک سوم سرویکال (د) نزدیک لبه انسیزال

۱۰- کدام مورد از معایب پست‌های ساخته شده از زیرکونیا می‌باشد؟

الف) استحکام فشاری کم (ب) تطابق ضعیف با کانال (ج) دشواری خارج نمودن (د) زیبایی ناکافی

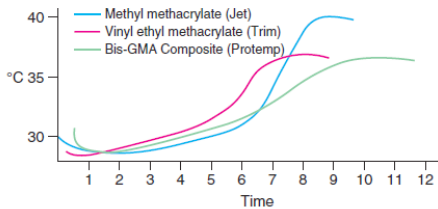
۱۱- کدام یک از جملات زیر صحیح‌تر است؟

الف) به دلیل حساسیت بافت نرم اطراف ایمپلنت، دبریدمان سالکوس توصیه نمی‌شود.  
 ب) تحلیل استخوان به میزان ۰/۱ میلی‌متر در سال در اطراف ایمپلنت نیازمند بررسی جدی است.  
 ج) می‌توان اباتمنت‌های ایمپلنتی را با TiN و Low Speed پالیش کرد.  
 د) تماس‌های پروگزیمالی سنگین می‌تواند سبب شل شدن پیچ پروتزی شود.

۱۲- کدام یک از موارد عدم کاربرد الکتروسرجری می‌باشد؟

الف) کم بودن لثه چسبنده (ب) فشار خون بالا (ج) بیماری‌های کلیوی (د) هایپرتروفی لثه

۱۳- نمودار حرارتی زیر مربوط به ساخت یک کراون موقتی است. به ترتیب از راست به چپ کدامیک مربوط به متیل متاکریلات، Bis-GMA و وینیل اتیل متاکریلات است؟



الف) ۱، ۲، ۳

ب) ۱، ۲، ۳

ج) ۱، ۳، ۲

د) ۱، ۲، ۳

۱۴- کدامیک از شرایط زیر سبب کاهش فضای سمان می شود؟

الف) انقباض ماده قالب گیری

ب) انبساط اینوسمنت

ج) استفاده از آلیاژهای با درجه ذوب بالا

د) استفاده از کست کار با دای جداگانه

۱۵- چنانچه سطوح پروگزیمال تقعر بیش از حد داشته باشند.....

الف) سبب تأثیر مطلوب تر نخ دندان می شود.

ب) سبب بی تأثیر شدن نخ دندان می شود.

ج) تأثیری در کارایی استفاده از نخ دندان ندارد.

د) سبب کاهش تجمع پلاک می شود.

۱۶- کدامیک در مورد «پونتیک بیضی اصلاح شده» صحیح تر است؟

الف) قسمت اپکس پونتیک نسبت به ریج باقی مانده ژنژیوآلی تر قرار می گیرد.

ب) قسمت اپکس نسبت به ریج باقی مانده فاسیالی تر قرار می گیرد.

ج) قسمت اپکس پونتیک نسبت به ریج باقی مانده لینگویالی تر قرار می گیرد.

د) قسمت اپکس پونتیک نسبت به ریج باقی مانده ژنژیوآلی تر و فاسیلی تر قرار می گیرد.

۱۷- کدامیک در مورد مسیر نشست کراون پایه پروتز پارسیل متحرک صحیح تر است؟

الف) باید موازی مسیر نشست پروتز باشد.

ب) نباید موازی مسیر نشست پروتز باشد.

ج) تراش همه پایه ها باید مسیر نشست یکسانی داشته باشد.

د) بستگی به صفحات راهنما و خط سوروی دارد.

۱۸- حداقل ارتفاع اتچمنت برای حصول گیری اصطکاکی کافی، چقدر باید باشد؟

الف) ۲ میلی متر

ب) ۳ میلی متر

ج) ۴ میلی متر

د) ۵ میلی متر

۱۹- مناسب‌ترین وسیله و روش تراش Groove در نواحی با دسترسی محدود کدام است؟

(الف) High Speed, Air Cooling (ب) Water Cooling High Speed

(ج) Air Cooling Low Speed (د) Water Cooling Low Speed

۲۰- در صورتی که بیمار لباس‌های رنگی خیلی روشن پوشیده و یا از رژ لب استفاده کرده باشند، کدام پدیده می‌تواند رخ دهد؟

(الف) Color Blindness (ب) Deceptive Color Perception

(ج) Metamerisme (د) Subtractive Vision

۲۱- جهت آماده‌سازی سطح داخلی رستوریشن‌های ریختگی، سایز مناسب ذرات ساینده آلومینا چقدر است؟

(الف) ۱۰۰ میکرون (ب) ۷۵ میکرون (ج) ۵۰ میکرون (د) ۲۵ میکرون

۲۲- کدام یک از موارد زیر در خصوص Incisal Halo صحیح نیست؟

(الف) ناحیه انسیزال ترانسلوسنت و لبه آن کاملاً اپک است.

(ب) رسیدن به آن با رنگ‌آمیزی خارجی مشکل است.

(ج) مخلوطی از استین سفید و زرد به نسبت ۴ به ۱ در ناحیه لینگوانسیزال گذاشته می‌شود.

(د) رنگ به سطح لبیال هم امتداد داده می‌شود.

۲۳- کم‌ترین میزان حلالیت مربوط به کدام سمان زیر است؟

(الف) زینک فسفات (ب) پلی کربوکسیلات (ج) رزین آینومر (د) گلاس آینومر

۲۴- کدام یک از مشکلات زیر در مقایسه با سایر موارد ممکن است توسط بیمار احساس نشود؟

(الف) درگیری پالپ زیر کراون (ب) شل شدن یک پایه بریج

(ج) شکستن ریشه دارای پست (د) شکستن کانکتور

۲۵- در صورتی که در یک بریج چند واحدی یک پایه شل شده باشد، چه باید کرد؟

(الف) در صورتی که بریج با استفاده از Crown Remover خارج نشود زمان داده می‌شود تا بریج کمی شل‌تر شود.

(ب) در هر صورت سعی می‌شود تا با کمک یکی از انواع Crown Remover بریج خارج گردد.

(ج) اگر به اندازه کافی شل نباشد باید بریده شده و خارج گردد.

(د) پایه مورد نظر جدا شده و به صورت تک کراون ساخته می‌شود.



## MISCH

۲۶- کدام یک از جملات زیر در مورد Crest Module صحیح تر است؟

الف) Cervical Collar بخشی از Crest Module است.

ب) نام دیگر آن Platform است.

ج) بخش صاف آن جهت تطابق با لثه همواره ارتفاع ثابتی دارد.

د) تولرنس کم تر در دقت اتصال آن با اباتمنت مطلوب است.

۲۷- در مورد فرضیه ترومای اکلوزالی گزینه نادرست را مشخص کنید.

الف) تحلیل استخوان بدون شکست ایمپلنت عمدتاً به عوارض بیولوژیک مربوط است.

ب) تحلیل استخوان پس از بارگذاری از محل اتصال ایمپلنت - اباتمنت اندازه گیری می شود.

ج) در تحلیل استخوان به دنبال ترومای وارد بر دندان حضور باکتری ها الزامی است.

د) تروما به دندان می تواند سطح استخوان را تحت تأثیر قرار دهد.

۲۸- کدام یک از جملات زیر صحیح تر است؟

الف) تفاوت پروتزهای FP۲ و FP۳ در ارتفاع رستوریشن است.

ب) پروتزهای FP۳ نمی تواند تک واحدی باشد.

ج) در پروتزهای FP۲ موقعیت مزیدویستال ایمپلنت ها اهمیت بیشتری از موقعیت باکوسینگوال دارد.

د) در پروتزهای FP۳ لزومی به رعایت موقعیت مزیدویستالی دندان های جایگزین شونده نیست.

۲۹- بقای ایمپلنت (Implant Survival) بیشتر به کدام مورد وابسته است؟

الف) متغیرهای وابسته به دندانپزشک - نوع ایمپلنت

ب) متغیرهای وابسته به دندانپزشک - تکنیک جراحی

ج) متغیرهای وابسته به بیمار - تراکم استخوان

د) متغیرهای وابسته به بیمار - محل ایمپلنت

۳۰- استخوان کور تیکالی متخلخل (Porous Cortical) ویژگی استخوان نوع ..... و استخوان تراکولار

ظریف (Fine Trabecular) ویژگی استخوان ..... است.

ب) D۳ ---- D۴, D۳

الف) D۳ ---- D۴

د) D۲, D۳ ---- D۴, D۳

ج) D۲, D۳ ---- D۴

۳۱- در بازسازی یک مولر از دست رفته، از ایمپلنت باریک استفاده شده است. کدام یک صحیح است؟  
 الف) رعایت بهداشت کراون آسان تر است. (ب) گیر غذایی کم تر است.  
 ج) پروب کردن اطراف ایمپلنت دشوارتر است. (د) امرجنس پروفایل آن مناسب تر است.

۳۲- چرا با استئوپلاستی استخوان C-w در قدام مندیبل، استخوان نوع A حاصل نمی شود؟  
 الف) چون عرض استخوان برای قراردهی ایمپلنت کافی نخواهد بود.  
 ب) چون ارتفاع استخوان برای قراردهی ایمپلنت کافی نخواهد بود.  
 ج) چون CHS از ۱۵ میلی متر بیشتر خواهد بود.  
 د) چون زاویه قرار دهی ایمپلنت بیش از ۳۰ درجه خواهد بود.

۳۳- در خصوص تعداد رزوه های ایمپلنت کدام یک صحیح است؟  
 الف) هرچه تعداد رزوه ها کم تر باشد تماس استخوانی (BIC) بیشتری حاصل می شود.  
 ب) هرچه تعداد رزوه ها بیشتر باشد عمل جراحی آسان تر خواهد بود.  
 ج) هرچه تعداد رزوه ها کم تر باشد ثبات اولیه بیشتر خواهد بود.  
 د) هرچه تعداد رزوه ها کم تر باشد عمل جراحی آسان تر خواهد بود.

۳۴- در خصوص طراحی کانتی لور بر روی دو ایمپلنت متصل به هم کدام یک صحیح است؟  
 الف) نوع اهرم از نوع I می باشد. (ب) نوع اهرم از نوع II می باشد.  
 ج) نوع اهرم از نوع III می باشد. (د) طول کانتی لور می تواند برابر با بازوی مقاوم باشد.

۳۵- چنانچه فاصله یک ایمپلنت تا دندان طبیعی بیش از ۲ میلی متر باشد چه مشکلی بروز می کند؟  
 الف) معمولاً مشکلی در Outline Volume روکش ایجاد نمی شود.  
 ب) سبب تحلیل استخوان می شود.  
 ج) ممکن است مشکلات بیومکانیکال بروز کند.  
 د) تجمع پلاک افزایش می یابد.

۳۶- در صورتی که در قدام فک بالا ایمپلنت تک دندان زیر سینگوم واقع شود، مهم ترین مشکل چیست و در کدام طبقه بندی انگل مانع قرار دادن رستوریشن می شود؟  
 الف) بهداشت، Class II dIv۲ (ب) بهداشت، Class II dIv۱  
 ج) زیبایی، Class II div۲ (د) زیبایی، Class II div۱

۳۷- کدام یک از معایب OD<sub>2</sub> نسبت به OD<sub>1</sub> می باشد؟

- الف) افزایش نیروی اکلوزالی (ب) زیبایی کم تر (ج) مشکلات بهداشتی (د) حجم بیشتر

۳۸- تفاوت پروتزهای ثابت متکی بر ایمپلنت و اوردنچر RR<sub>4</sub> در مندیبل، کدام است؟

- الف) تعداد ایمپلنت‌ها (ب) محل ایمپلنت‌ها  
ج) میزان نیروی انتقالی به پروتز (د) گیر غذایی

۳۹- A-P distance برای کانتی‌لور قدامی در رستوریشن پره ماگزبلا چگونه محاسبه می شود؟

- الف) فاصله بین مرکز قدامی ترین ایمپلنت تا دیستال خلفی ترین ایمپلنت‌ها  
ب) فاصله بین مرکز دیستالی ترین ایمپلنت‌ها و قسمت جلویی قدامی ترین ایمپلنت  
ج) فاصله بین مرکز دیستالی ترین ایمپلنت‌ها تا مرکز قدامی ترین ایمپلنت  
د) فاصله بین مرکز قدامی ترین ایمپلنت‌ها تا مزیال خلفی ترین ایمپلنت

۴۰- کدام یک از موارد زیر در نیروی وارده بر پیچ اباتمنت تأثیر ندارد؟

- الف) Platform Diameter (ب) External Hexagon Height  
ج) Internal Hexagon Height (د) Screw Height

۴۱- نامناسب ترین شرایط برای جایگزینی تمام دندان‌های فک بالا با استفاده از ایمپلنت کدام است؟

- الف) قوس دندانی مثلثی با شکل ریج باقی مانده مربعی  
ب) قوس دندانی بیضی شکل با شکل ریج باقی مانده مثلثی  
ج) قوس دندانی مربعی با شکل ریج باقی مانده بیضی شکل  
د) قوس دندانی مثلثی با شکل ریج باقی مانده بیضی شکل

## DAWSON

۴۲- کدام یک از موارد زیر فرضیه داوسون مبنی بر نقش Medial Pole به عنوان محل عبور محور چرخش

را تأیید نمی کند؟

- الف) نیروی رو به بالای عضلات بالابرنده (ب) زاویه منفرجه دو کندیل نسبت به یکدیگر  
ج) نیروی رو به داخل عضله لترال تریگوئید (د) عدم تقارن کندیل‌های دو سمت

۴۳- منظور از Engram چیست؟

- الف) از بین بردن حافظه عضلات (ب) برطرف کردن درد عضلات با اسپلینت اکلوزال  
ج) الگوی فعالیت‌های شرطی عضلات (د) حرکات هدایت شده فک به CR



۵۰- در کدام یک از انواع تماس‌های نگهدارنده سنتریک در دندان‌های خلفی، بازسازی همزمان دندان‌های بالا و پایین ضرورتی ندارد؟

- الف) Tripod Contact  
 ب) Mashed Potato Contact  
 ج) Surface to Surface Contact  
 د) Cusp Tip to Fossa Contact

۵۱- درمان کدام بیمار با اکلوزن نوک به نوک باید بسیار با احتیاط انجام شود؟  
 الف) همراه با سایش اکلوزالی  
 ب) همراه با Bimaxillary Deficiency  
 ج) همراه با Bimaxillary Protrusion  
 د) همراه با راهنمای قدامی شیب‌دار

۵۲- اکلوزن انتخابی در بیماران با کراس بایت قدامی کدام است؟  
 الف) Mutually Protected  
 ب) Group Function  
 ج) Bilateral Balanced  
 د) Anterior Mandibata Protected

۵۳- بهترین ماده برای یافتن تداخلات روی لاین انگل‌های تیز کدام است؟  
 الف) Wax  
 ب) Ribbon  
 ج) Marking Paper  
 د) Spray

۵۴- کدام ابزار جهت تعیین دقیق درجه **Disk Derangement** مناسب‌تر است؟  
 الف) Doppler Auscultation  
 ب) Joint Vibration Analysis (JVA)  
 ج) T-scan III  
 د) Electromyography

۵۵- **Bucktooth Appearance** مربوط به کدام گروه از بیماران زیر است؟  
 الف) بیمار Edge to edge  
 ب) بیمار Pseudo Class III  
 ج) بیمار Severe Overbite  
 د) بیمار Severe Over jet

۵۶- **Cupping Effect** ناشی از **Coke Swishing** غالباً در کدام دندان‌ها رخ می‌دهد؟  
 الف) دندان‌های قدامی بالا  
 ب) دندان‌های قدامی پایین  
 ج) دندان‌های پرمولر  
 د) دندان‌های مولر

## OKESON

۵۷- در کدام یک از موارد زیر انحراف حین باز کردن به سمت **Centralateral** صورت می‌گیرد؟  
 الف) کوتاه شدن عضله لترال تریگوئید  
 ب) چسبندگی یکطرفه در فضای مفصلی فوقانی  
 ج) اسپاسم عضله ماستر  
 د) جابه‌جایی یکطرفه بدون بازگشت دیسک

**۴۴) گزینه الف / میش / ف ۱۵ / ص ۳۴۷ / س اول**

هرچه قطر ناحیه کرست بزرگتر باشد، قطر پلت فرم در ناحیه اتصال اباتمنت بزرگتر خواهد بود. عامل کاهش استرس روی پیچ اباتمنت هنگام اعمال نیروهای طرفی به ابعاد پلت فرم مربوط می شود. در واقع عرض پلت فرم در اعمال استرس به پیچ اباتمنت اهمیت بیشتری نسبت به ارتفاع یا عمق هگز ضد چرخش محل اتصال بدنه ایمپلنت دارد.

**۴۵) گزینه ب / میش / ف ۷ / ص ۱۳۰ / س اول**

رادیوگرافی های فالوآپ باید یک سال بعد از بارگزاری فانکشنال و سپس سالیانه به مدت سه سال تهیه شوند. مطالعات متعدد نشان داده اند که در سال اول تحلیل استخوان مارژینال و میزان شکست بالاتری وجود دارد.

**۴۶) گزینه ج / میش / ف ۱۲ / ص ۲۶۲ / س دوم**

وقتی دو دندان مجاور در ناحیه زیبایی در قدام کانین ها از دست می روند و فضای بین دو دندان کمتر از ۱۲ میلی متر است کانتی لور می تواند روش قابل قبولی باشد. وقتی لترال پایین به شکل پونتیک جایگزین شود پوشش بافت نرم بهتر از حالتی است که یک ایمپلنت اضافی در فاصله ای کمتر از ۳ میلی متر در کنار ایمپلنت سانترال بکار رود. سایز لترال پایین کوچک و در نتیجه طول کانتی لور هم کوتاه بوده و راستا نیروهای وارده با راستای ایمپلنت هم خوانی دارد ضمن آنکه نیرو بایت در ناحیه قدام هم کمترین است. تماس اکلوژالی لترال باید حذف شود و ایمپلنت سانترال پایین دارای قطر ۴ میلی متر باشد.

**۴۷) گزینه ج / میش / ف ۹ / ص ۲۰۳ / س دوم**

معیار قرار گیری ایمپلنت در پروتزهای RP-۴ و RP-۵ با پروتزهای ثابت متفاوت است. دندان های مصنوعی و آکریل نیاز به فضای بیشتری برای رستوریشن های متحرک دارند. بعلاوه سوپرا استراکچر و اتچمنت ها هم به اباتمنت ها اضافه می شود. در این حالت لازم است که ایمپلنت ها بیشتر به سمت لینگوال و اپیکال نسبت به موقعیت ایمپلنت ها در پروتزهای ثابت قرار داده شوند.

**۴۸) گزینه ب / میش / ف ۱۴ / شکل ۲۲-۱۴**

۶۲) گزینه ب / استوارت / ف ۱۳ / ص ۳۵۵ / س دوم

در روش مک لین در ابتدا یک قالب فانکشنال از ریج بی دندانی گرفته شده و سپس در حالی که این قالب در جای خود قرار دارد یک over impression هیدروکلوئیدی تهیه می شود. معایب این روش مستقیماً مربوط به گیر مستقیم می باشد. اگر عمل کلاسپ های نگهدارنده برای حفظ بیس پروتز در محل مورد نظر کافی باشد بافت های ریج در شکل فانکشنال باقی می مانند. این امر می تواند منجر به نقص جریان خون همراه با واکنش معکوس بافت نرم و تحلیل استخوان زیرین شود. اگر عمل کلاسپ ها نیز کافی نباشد، زمانی که بافت نرم در حال استراحت است، بیس در وضعیت اکلوزالی قرار گرفته و منجر به تماس پیشرس اکلوزالی می شود.

۶۳) گزینه الف / استوارت / ف ۱۵ / ص ۴۰۷ / س اول

اپیکال به مارژین جینجیوال هر دندان خلفی باید یک برجستگی مختصر ایجاد نمود که بعنوان یک میز غذایی ثانویه جهت کمک به کنترل جریان غذا عمل کند. Peripheral roll یا پهنای برجستگی محیطی در صورت انجام کست اصلاح شده باید حفظ گردد در غیر اینصورت بردر باید تقریباً ۲ میلیمتر ضخامت داشته باشد.

۶۴) گزینه الف / استوارت / ف ۱۶ / ص ۴۳۴ / س اول

جهت کمک به تشخیص نواحی گسترش بیش از حد می توان از موم آشکارساز بر روی فلنج ها استفاده کرد. متأسفانه ویژگی سیلان این ماده برای چنین کاری مناسب نیست. مخلوط کردن وازلین با آن می تواند سیلان آن را بهبود بخشد. عملیات اصلاح کست معمولاً برای پروتزهای پارسیل متحرک انتهای آزاد فک بالا انجام نمی شود. برای ارزیابی کلینیکی گسترش فلنج بیس پروتز معاینه چشمی مستقیم روش انتخابی است.

۶۵) گزینه د / استوارت / ف ۱۷ / ص ۴۵۲ / س اول

دلایل تهوع عبارتند از:

- تطابق ضعیف پروتز پارسیل فک بالا با بافت های کام سخت ( قالب گیری غلط )
- گسترش بیش از حد به سمت خلف در فک بالا
- کاهش و یا افزایش در رابطه عمودی اکلوزن
- گسترش بیش از حد فلنج های یک پروتز انتهای آزاد مندیبل چه از نظر حجم چه از نظر طول

۶۶) گزینه ب / استوارت / ف ۷ / ص ۲۱۳ / س دوم

نواحی مجاور بالشتک های گلابی شکل ممکن است دارای آندرکات های مشخص در یک یا دو سمت فک داشته باشند. تیلت دادن کست معمولاً در موارد یک طرفه در حذف این آندرکات ها مفید است. خوشبختانه در مجاورت این نواحی بیس آکریلی پروتز قرار دارد و در صورت لزوم می توان این نواحی را تنظیم کرد. بنابراین مداخلات جراحی ندرتاً برای حذف چنین آندرکات هایی تجویز می شوند.

۶۷) گزینه ج / استوارت / ف ۱۹ / شکل ۸-۱۹

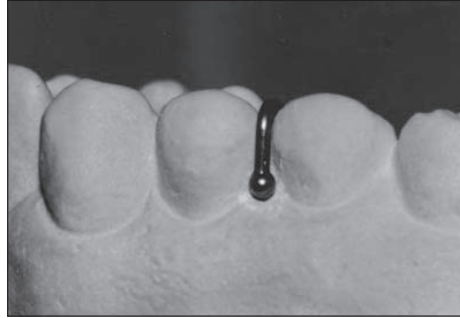


Fig 19-8 A ball clasp crosses the marginal ridges of adjacent teeth and engages an interproximal undercut on the facial surface of one or both teeth.

۶۸) گزینه د / استوارت / ف ۱۸ / ص ۴۶۲ / س دوم

برای ریلاین یا ریبیس کردن نیاز است که از بیمار در حالت دهان باز قالبگیری انجام دهیم. در مواردی که بیس پروتز خراب شده یا بشدت مشکل دار است، ابتدا رزین بیس را حذف کرده و فریم فلزی را در دهان نشانده و سپس فریم را از دهان پیک آپ می کنیم. نکته مهم این است که برای ریکانستراکشن حتما فریم فلزی باید به همراه قالب از دهان خارج شود در حالی که برای تبدیل پروتز پارسیل موجود به یک پروتز انتقالی و اضافه کردن دندان به پروتز موجود، چنانچه پروتز به همراه قالب خارج نگردید می توان آنرا با دست به داخل قالب انتقال داد. به منظور رپیپر هم یا قطعات موجود بوده و آن ها را در کنار هم فیکس می کنیم یا به کمک کامپاند در داخل دهان آن قطعه گم شده را شکل داده و قالب می گیریم و مفل گذاری می کنیم.

۶۹) گزینه ج / استوارت / ف ۲۰ / ص ۴۹۰ / س دوم

وقتی چندین بازو نگهداری در سمت باکال طراحی می شود نباید بیش از دو بازو در هر طرف قوس نگهدارنده باشد. بقیه بازو ها باید سخت باشند و به گونه ای طراحی گردند که روی خط سورویور یا بالای آن با دندان در تماس باشد.

۷۰) گزینه الف / استوارت / ف ۲۱ / ص ۵۰۴ / س دوم

بسیاری از این اتچمنت های خارج تاجی اجازه می دهند که پروتز در هنگام وارد شدن نیروهای اکلوزال حرکت کند. این تطابق مکانیکی با حرکت فانکشنال به منظور محدود کردن انتقال نیرو های بالقوه مخرب به دندان های پایه می باشد. این نظریه از فلسفه gnikaerb sserts حمایت می کند.



۷۱) گزینه ب / تیلور / ف ۳ / ص ۴۳ / س دوم

تریسموس ممکن است بلافاصله پس از شروع رادیوتراپی آغاز شود و بیمار کم کم توان باز کردن دهان را از دست بدهد. وقتی عمل جراحی قبل از رادیوتراپی انجام شده و یا وقتی رادیوتراپی شامل عضلات چونده و یا مفصل تمپورومندیولار است این شرایط بدتر نیز می شود. بیمارانی که تومور های کام، نازوفارنکس و سینوس ماگزیلا دارند بیشتر درگیر تریسموس می شوند.

۷۲) گزینه ب / تیلور / ف ۵ / ص ۴۰ / س اول

هنگامی که شکاف داخل دهانی به اندازه ۶ میلی متر یا کمتر کاهش یافت، می توان استنت بینی را به اپلاینس اضافه کرد تا مرحله مولدینگ فعال غضروف بینی آغاز شود.

۷۳) گزینه الف / تیلور / ف ۹ / ص ۱۳۸ / س دوم

محل مناسب نگهدارنده غیر مستقیم برای پروتز پالاتال لیفت در مارژینال ریج مزیا ل یا فوسا پره مولر اول می باشد زیرا برای ایجاد نیروی اهرمی مناسب نگهدارنده غیر مستقیم باید تا حد امکان به فولکروم لاین در قدام نزدیک باشد.

۷۴) گزینه الف / تیلور / ف ۱۱ / ص ۱۵۷ / س دوم

مهمترین فاکتور در تعیین پیش آگهی درمان پس از رزکسیون وجود دندان های باقی مانده یا ایمپلنت ها می باشد.

۷۵) گزینه ج / تیلور / ف ۱۵ / ص ۲۱۵ / س اول

Upper airway sleep disorders (UASD) are becoming commonly recognized by the medical and dental communities, and patients are now being referred to dentists for treatment of these conditions using removable oral devices. Snoring is the mild form of these disorders, obstructive sleep apnea (OSA) is the severe form, and upper airway resistance syndrome (UARS) falls somewhere between the two. It has been estimated

۷۶) گزینه ج / تیلور / ف ۱۷ / ص ۲۶۳ / س دوم

استفاده از پودر کائولین بر روی سطح کیور شده پروتز در کاهش درخشش موثر است. در این تکنیک نباید به هیچ عنوان از ادهزیو بر روی سطح پروتز استفاده کرد. در نظر داشته باشیم که استفاده زیاد از کائولین می تواند باعث تغییر کلی والیو پروتز شود.

۷۷) گزینه ج / زارب / ف ۱ / ص ۱۴ / س ۱ و ۲

نتایج مطالعاتی که روی الگو حرکات فک پایین در افراد دارای دندان مصنوعی کامل انجام گرفته است چنین نشان می‌دهد که این حرکات در این افراد و افراد دارای دندان طبیعی مشابه است. بنابراین معالجه افراد بی‌دندان و نیمه بی‌دندان هم کارایی جوییدن و هم فعالیت عضلانی را بهبود می‌بخشد. همچنین مشاهده شده است که زمان مرحله اکلوزن کمتر می‌شود که به کم شدن زمان فعالیت عضلات بالا کشنده فک منجر می‌شود.

۷۸) گزینه ج / زارب / ف ۲ / ص ۲۹ / س دوم

اختلالات حرکتی دهان به دو دسته تقسیم می‌شوند:

الف) هیپرکینتیک (شامل براکسیسم، دیستونی و دیسکنزیا)

ب) هیپوکینتیک (مثل پارکینسون)

نکات پارکینسون: می‌تواند باعث براکسیسم، افزایش بزاق، سندروم سوزش دهان و تغییر کلینیکی قابل توجه در بلع شود.

۷۹) گزینه د / زارب / ف ۳ / ص ۳۷ / س اول

درمان کاهش بزاق مشکل است ولی شواهد اخیر نشان می‌دهد که ترشح بزاق موکوسی از کام، بعد از نوشیدن دو لیتر آب و هنگام جوییدن یا مصرف استروژن و پیلوکارپین افزایش می‌یابد.

۸۰) گزینه ج / زارب / ف ۴ / ص ۴۸ / س دوم

یک رابطه قوی بین تراکم استخوان‌های اسکلت بدن و تراکم مندیبل وجود دارد و مندیبل نیز دچار استئوپروز می‌شود. اخیراً نشان داده شده است که محتوای معدنی کم استخوان و تغییرات استئوپروزی زمینه تحلیل سریع‌تر ریح به ویژه در ماگیلا را مساعد می‌کند.

۸۱) گزینه ب / زارب / ف ۵ / ص ۶۱ و ۶۲

تحلیل ریح باعث کاهش سطح مخاط چسبنده می‌گردد که این مشکل در مندیبل شدید تر است. از دست رفتن کامل این اتصال اغلب در ابتدا در منطقه بالای سمفیز رخ می‌دهد.

۸۲) گزینه ب / زارب / ف ۶ / جدول ۲-۶

IID: بعد از ترمیم دنچر دوم ساخته خواهد شد/ گیر و ثبات متوسط که ریلاین شاید بخواهد/ هزینه بیشتر/ زمان درمان کوتاه تر/ یک جلسه جراحی/ تغییر پروتز فعلی به آن امکان پذیر است / وقتی ارتفاع عمودی بیمار تغییر خواهد کرد می‌تواند استفاده شود

CID: گیر و ثبات خوب در زمان تحویل/ هزینه کمتر/ دو جلسه جراحی/ زیبایی بهتر/ امکان امتحان روابط فکی وجود دارد

۸۳) گزینه ب / زارب / ف ۷ / باکس ۱۶-۷

**Box 7-16 Limitations of Reinforced Denture Base Resins**

- Tissue irritation can occur from protruding glass fibers
- Poor esthetics is associated with dark carbon fibers (black) or straw colored Kevlar fibers
- Require increased production time
- Difficulties in handling, orientation, placement or bonding of the fibers within the resin
- Metal inserts have been associated with failures due to stress concentration around the embedded inserts

۸۴) گزینه ب / زارب / ف ۷ / ص ۱۵۵ / س اول

اسید سیتریک و الکل ایزوپروپیل و اسید هیدروکلریک یا سرکه خانگی برای حذف رسوبات سرسخت در دسترس هستند. تمیز کننده ها به کمک مسواک بر سطح دنچر کشیده می شوند. این مواد به فسفات غیر آلی رسوبات حمله کرده و بنابراین تجمع جرم را کاهش می دهند.

۸۵) گزینه د / زارب / ف ۸ / ص ۱۶۵ / س اول

وستیبول باکال در مقابل توربوزیته واقع شده و از فرنوم باکال تا شکاف ها مولر امتداد می یابد. اندازه وستیبول باکال به انقباض عضله باکسیناتور، وضعیت مندیبل و میزان تحلیل استخوان ماگزینا بستگی دارد.

۸۶) گزینه ج / زارب / ف ۹ / ص ۱۹۶ / س دوم

اولین قدم جهت مانع کردن کست ماگزینا در آرتیکولاتور اطمینان از قفل بودن آرتیکولاتور در موقعیت CR است.

۸۷) گزینه ب / زارب / ف ۱۰ / ص ۲۰۸ / س اول

بهتر است برای خط لیخند بلندی که مقدار زیادی از لثه را نشان می دهد از مولد با تقارب کمتر و کانتکت وسیع تر استفاده شود. این امر نمای اینترپروگزیمال لثه آکریلی را به حداقل می رساند.

۸۸) گزینه د / زارب / ف ۱۱ / ص ۲۴۳ / س دوم

به منظور مانع مجدد از دو روش می توان استفاده کرد:

الف) مانع مجدد در ارتفاع عمودی افزایش یافته: زمانی که خطا در حد ۲ میلی متر یا کمتر باشد که در این روش رکورد جدید بین دندان های موجود به همان شکلی که هستند تهیه می شود و چون دندان ها نباید با

هم تماس یابند ثبت رابطه در یک ارتفاع بیشتر صورت می گیرد  
 ب) مانع مجدد در ارتفاع عمودی صحیح: دقیق ترین و مناسب ترین روش است. در این روش دندان هایی که با هم تداخل دارند را از روی بیس بر می داریم. در نتیجه می توانیم رابطه را در ارتفاع صحیح و طی بسته شدن دهان بگیریم.

#### ۸۹) گزینه ب / زارب / ف ۱۲ / ص ۲۶۸ / س دوم

وقتی دنچرها از روی کست بعد از پخت خارج می شوند بیشترین میزان تغییرات اتفاق می افتد. بیس های رزین اکریلی دنچر آب و بزاق را جذب می کنند. با جذب آب بیس ها یک تا سه درصد منبسط می شود و می توانند باعث تغییر روابط سطوح شیب دار کاسپی دندان های آناتوکیک شوند. لذا بعد از پرداخت دنچر ها را در آب نگهداری می کنیم تا قبل از تنظیم اکلوژن نهایی تغییرات ابعادی آن اتفاق افتاده باشد.

#### ۹۰) گزینه ج / زارب / ف ۱۲ / ص ۲۷۹ / س دوم

نشانه های وجود تداخل اکلوژالی :

آزردگی در کرسست ریج / آزردگی در شیب ریج / ضایعات در مخاط باکال گونه / لق شدن دنچر بعد از چند ساعت / آزردگی در سمت لینگوال ریج فک پایین به خصوص در ناحیه کانین و پره مولر اول / آزردگی کلی در نشستگاه دنچر / جمع شدن جرم روی دندان های یک طرف دنچر

#### ۹۱) گزینه ب / زارب / ف ۱۵ / ص ۳۱۷ / س اول

صدا های لبی دندانی ف و و بین ثنایای بالا و مرکز لبیولینگوال تا یک سوم خلفی لب پایین تولید می شوند. اگر دندان های قدامی بالا خیلی کوتاه باشند یا خیلی بالا چیده شده باشند صوت و شبیه به ف ادا خواهد شد و برعکس.

#### ۹۲) گزینه د / زارب / ف ۱۳ / ص ۲۹۵ / س دوم

فضای مرده باعث پاسخ ترکیبی هیپرتروفیک و هیپرپلاستیک در لثه مارژینال می شود. یک آپشن استفاده از ماده بهسازی بافت در این فضای مرده می باشد ولی بعلت تغییرات قهقرایی این ماده امکان آسیب زدن به لثه وجود دارد بنابراین ترجیح می دهیم در جلسه تحویل پروتز از یک رزین آکریلی خود سخت شونده برای ریلاین پایه پروتز استفاده کنیم.

#### ۹۳) گزینه ب / زارب / ف ۱۷ / ص ۳۳۶ / س دوم

ابامننت های آهن ربایی یا بال در مقایسه با ساخت بار روند کار ساده تری دارند. قالب گیری اولیه با تری های فلزی و آلژینات گرفته می شوند.

#### ۹۴) گزینه د / زارب / ف ۱۹ / ص ۳۶۷ / س دوم

دنچهایی که برای بیماران بی دندانی که یکپارچگی مندیبل آن ها از دست رفته است در وهله اول جهت زیبایی

استفاده می شود و جویدن محدودی برای آن ها فراهم می کند.

#### ۹۵) گزینه الف / اکیسون / ف ۱۱ / ص ۲۷۰ / س اول

تروما یکی از ۵ فاکتور اتیولوژیک ست که می تواند منجر به TMD شود ( ۴ مورد دیگر عبارت است از اکلوزن، افزایش استرس روانی، منشا درد عمقی و پافانکشن). تروما می تواند به دو صورت میکرو و ماکرو تروما باشد. در مورد ماکرو تروما درمان قطعی معنا ندارد چون اکنون وجود ندارد و تنها درمان ساپورتیو کفایت می کند یک راه موثر ساده برای کاهش آسیب استفاده از اپلاینس اکلوزالی نرم یا mouth guard است. میکرو تروما می تواند حاصل بارگذاری تکرار شونده ساختار مفصلی ناشی از بی ثباتی ارتوپدیک باشد که در این موارد درمان قطعی با ثبات سازی سیستم ارتوپدیک است.

#### ۹۶) گزینه ج / اکیسون / ف ۱۲ / ص ۳۰۲

شایع ترین نمای کلینیکی MPD وجود نواحی موضعی نوار های سفت و هیپرسنسیتو بافت عضلانی است که لمس این نواحی تریگر درد ایجاد می کند. وجود درد راجعه در این موارد شایع بوده و شایع ترین اثر درد راجعه اغلب به صورت سر درد tension type توصیف می شود. شکایت اصلی بیمار اغلب درد هتروتوپیک بوده و نه منشا واقعی درد لذا بیمار پزشک را به سمت سر درد یا protective co-contraction هدایت می کند.

#### ۹۷) گزینه ج / اکیسون / ف ۸ / ص ۱۵۸ / س اول

Retrodiscitis: در صورت تجاوز کندیل به بافت های رترودیسکال، آسیب و التهاب محتمل است. درد مداوم و مبهم که با کلنچ تشدید می شود. این اختلال حاد اکلوزنی به صورت کلینیکی همراه با جداشدگی دندان های خلفی همان سمت درگیر و وجود تماس قدامی سنگین روی کانین های طرف مقابل خود را نشان می دهد.

#### ۹۸) گزینه ب / اکیسون / ف ۹ / ص ۱۹۴ / س دوم

۳ عضله می تواند باعث درد راجعه به دندان ها شوند: ماستر و بطن قدامی دی گاستریک و تمپورالیس

#### ۹۹) گزینه د / اکیسون / ص ۱۸۹ / س دوم

محدودیت های اینتراکپسولار: اختلالات disc derangement حرکت انتقالی کندیل رل مشخصا محدود می کند. معمولا محدودیت تنها در یک مفصل بوده و باز شدن مندیبل در آن مفصل به طور اولیه به حرکت چرخشی (۲۵ الی ۳۰ میلی متر اینتر انسیزالی) محدود می شود. وقتی محدودیت اینتراکپسولار باشد انحراف فک حین باز شدن همیشه به سمت درگیر یا ipsilateral است.

#### ۱۰۰) گزینه الف / اکیسون / ف ۱۵

تکنیک ساخت اپلاینس از اهمیت کمتری نسبت به سایر گزینه ها برخوردار است.