

مجموعه سوالات تفکیکی دندانپزشکی DDQ

اندودانتیکس ترابی نژاد ۲۰۲۱

زیر نظر

دکتر عباسعلی خادمی

(استاد گروه اندودانتیکس دانشکده دندانپزشکی اصفهان)

گردآوری و تألیف:

دکتر حمیدرضا همتی

(استادیار گروه اندودانتیکس دانشکده دندانپزشکی اصفهان)

سرشناسه	: همتی، حمیدرضا، ۱۳۶۵-، گردآورنده
عنوان و نام پدیدآور	: مجموعه سوالات تفکیکی دندانپزشکی DDQ اندودانتیکس تراپی نژاد ۲۰۲۱/ زیر نظر عباسعلی خادمی؛ گردآوری و تألیف حمیدرضا همتی.
مشخصات نشر	: تهران: شایان نمودار، ۱۴۰۱.
مشخصات ظاهری	: ۲۷۲ص.
شابک	: ۹۷۸-۹۶۴-۲۳۷-۶۸۵-۸
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
یادداشت	: سوالات کتاب حاضر برگرفته از کتاب "Endodontics: principles and practice, 6th. ed, 2021" اثر محمود تراپی نژاد، اشرف فواد، شاهرخ شباهنگ است.
موضوع	: آندودونتیک -- آزمون‌ها و تمرین‌ها، Endodontics -- Examinations, questions, etc، دندانپزشکی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها، Dentistry -- Examinations, questions, etc.
شناسه افزوده	: خادمی، عباسعلی، ۱۳۳۸ -
شناسه افزوده	: تراپی نژاد، محمود، ۱۳۲۵-
شناسه افزوده	: Torabinejad, Mahmoud
شناسه افزوده	: فواد، اشرف
شناسه افزوده	: Fouad, Ashraf F.
شناسه افزوده	: شباهنگ، شاهرخ
شناسه افزوده	: Shabahang, Shahrokh
رده بندی کنگره	: RK۳۵۱
رده بندی دیویی	: ۶۱۷/۶۳۴۲
شماره کتابشناسی ملی	: ۹۰۹۳۸۹۵

نام کتاب: مجموعه سوالات تفکیکی دندانپزشکی DDQ اندودانتیکس تراپی نژاد ۲۰۲۱

زیر نظر: دکتر عباسعلی خادمی

گردآوری و تألیف: دکتر حمیدرضا همتی

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: زمستان ۱۴۰۱

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۲۳۷-۶۸۵-۸

قیمت: ۴۰۰،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



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.)

مقدمه

ویرایش ششم کتاب اندودانتیکس (اصول و درمان) که توسط پرفسور محمود ترابی نژاد، اشرف اف فواد و شاهرخ شباهنگ در سال ۲۰۲۰ نگارش شده است یک منبع آموزشی مهم برای دانشجویان دندانپزشکی، دندانپزشکان، دستیاران تخصصی اندودانتیکس و متخصصین رشته اندودانتیکس می‌باشد.

این کتاب از طرف هیأت بورد اندودانتیکس ایران به عنوان کتاب مرجع امتحان ورودی تخصصی اندودانتیکس تعیین گردیده است. ویرایش جدید این کتاب (سال ۲۰۲۰) بیشتر بر محتوای بالینی تمرکز دارد همچنین فهرست مطالب توسط تعداد قابل توجهی از نویسندگان جدید اصلاح شده و دارای اطلاعات بالینی جدیدتری می‌باشد در کتاب حاضر از ۲۲ فصل کتاب ۸۸۸ سوال به تفکیک فصول طراحی شده است و در پایان به صورت تشریحی با ذکر منبع سوال منطبق با کتاب ترجمه پاسخ داده شده است.

طراحی سوالات از متن کتاب جامع و فراگیر و از اصول طراحی سؤال پیروی گردیده است. در خاتمه از انتشارات شایان نمودار که امکان چاپ کتاب را فراهم نموده‌اند کمال تشکر و قدردانی می‌شود و آماده پیشنهادات سازنده شما عزیزان هستیم.

دکتر عباسعلی خادمی

دکتر حمیدرضا همتی

زمستان ۱۴۰۱

فهرست مندرجات

سؤالات

پاسخنامه

فصل اول (سوال ۳۲).....	۵
فصل دوم (سوال ۳۳).....	۱۰
فصل سوم (سوال ۴۳).....	۱۶
فصل چهارم (سوال ۴۵).....	۲۴
فصل پنجم (سوال ۳۹).....	۳۲
فصل ششم (سوال ۲۷).....	۳۸
فصل هفتم (سوال ۲۶).....	۴۳
فصل هشتم (سوال ۲۷).....	۴۸
فصل نهم (سوال ۳۰).....	۵۳
فصل دهم (سوال ۲۵).....	۵۸
فصل یازدهم (سوال ۴۴).....	۶۲
فصل دوازدهم (سوال ۴۲).....	۶۹
فصل سیزدهم (سوال ۵۷).....	۷۶
فصل چهاردهم (سوال ۴۰).....	۸۵
فصل پانزدهم (سوال ۶۱).....	۹۳
فصل شانزدهم (سوال ۵۰).....	۱۰۴
فصل هفدهم (سوال ۴۵).....	۱۱۳
فصل هجدهم (سوال ۶۹).....	۱۲۱
فصل نوزدهم (سوال ۴۱).....	۱۳۴
فصل بیستم (سوال ۳۹).....	۱۴۳
فصل بیست و یکم (سوال ۳۲).....	۱۴۹
فصل بیست و دوم (سوال ۴۱).....	۱۵۵
فصل اول.....	۱۶۳
فصل دوم.....	۱۶۷
فصل سوم.....	۱۷۰
فصل چهارم.....	۱۷۵
فصل پنجم.....	۱۷۹
فصل ششم.....	۱۸۳
فصل هفتم.....	۱۸۶
فصل هشتم.....	۱۸۹
فصل نهم.....	۱۹۲
فصل دهم.....	۱۹۵
فصل یازدهم.....	۱۹۸
فصل دوازدهم.....	۲۰۲
فصل سیزدهم.....	۲۰۸
فصل چهاردهم.....	۲۱۵
فصل پانزدهم.....	۲۲۰
فصل شانزدهم.....	۲۲۹
فصل هفدهم.....	۲۳۶
فصل هجدهم.....	۲۴۲
فصل نوزدهم.....	۲۵۱
فصل بیستم.....	۲۵۷
فصل بیست و یکم.....	۲۶۲
فصل بیست و دوم.....	۲۶۷

فصل اول

۱- کدام یک از موارد زیر با مصرف داروهای statin مرتبط است؟

- الف) pulpitis
ب) Resorption
ج) Mineralization
د) pulp polyp

۲- سلول های آغازگر تحلیل داخلی ریشه از کدام یک از سلول های خونی منشا می گیرند؟

- الف) نوتروفیل
ب) منوسیت
ج) پلاسماسل
د) دندریتیک سل

۳- کدام گزینه در مورد پالپیت برگشت پذیر صحیح است؟

- الف) معمولا علامت دار است.
ب) هایپرالژزی خفیف پالپ وجود دارد.
ج) با درمان ریشه علایم برطرف می شود.
د) واکنش پالپی به تغییرات حرارتی به صورت درد تیز و طولانی مدت است.

۴- پالپ پولیپ جزء کدام طبقه بندی بالینی وضعیت های پالپی قرار می گیرد؟

- الف) پالپ نرمال
ب) پالپیت برگشت پذیر
ج) پالپیت برگشت ناپذیر
د) نکروز پالپ

۵- کدام سیتوکاین زیر از تحلیل استخوان ناشی از پرپودنتیت اپیکال ممانعت می کند؟

- الف) IL-۶
ب) IL-۱
ج) IL-۱۰
د) IL-۱۷

۶- TLR۴ و TLR۸ به ترتیب کدام یک از پاتوژن های زیر را شناسایی می کند؟

- الف) باکتری های گرم مثبت- قارچ
ب) باکتری های گرم مثبت- ویروس
ج) باکتری های گرم منفی- ویروس
د) باکتری های گرم مثبت- قارچ

۷- شایع ترین علت اکسپوژر پالپی چیست؟

- الف) تروما
ب) اتریشن
ج) جرم گیری و تسطیح سطح ریشه
د) پوسیدگی

۸- Quorum sensing به چه معناست؟

- الف) تشکیل میکروکلنی های بیوفیلمی جدید
ب) فرایند اتصال سلول های میکروبی به یک سطح و متعاقب آن تکثیر سلول ها
ج) بیان mRNA های میکروبی خاص قبل از رسیدن تعداد باکتری ها به حد آستانه
د) بیان پروتئین های میکروبی خاص بعد از رسیدن تعداد باکتری ها به حد آستانه

۹- کدام یک از اجزاء زیر، قسمت عمده ساختار بیوفیلیم را تشکیل می دهد؟

- الف) EPS
ب) باکتری ها
ج) مواد مغذی
د) کانال های آبی

۱۰- کدام یک از ویروس های زیر ممکن است در پالپیت برگشت ناپذیر یافت شود؟

- الف) اپشتین بار
ب) پاپیلوما ویروس
ج) هرپس ویروس
د) HIV

۱۱- کدام یک از ژن های زیر در استعداد فرد به التهاب پالپ و پری اپیکال و نتایج درمان بیمار اثر می گذارد؟

- الف) FoxP_۳
ب) T-bet
ج) PORC_۲
د) IRF_۴

۱۲- همه ی موارد زیر نقش مهمی در ترمیم ضایعات پری اپیکال ایفا می کنند به جز:

- الف) TIMP_۱
ب) HSP_{۲۷}
ج) HSPA_۶
د) Serpine_۱

۱۳- اولین و آخرین بافتی که به ترتیب در روند ایجاد و ترمیم ضایعات پری رادیکولار تحت تاثیر قرار می

گیرد، کدام است؟

- الف) استخوان-PDL
ب) PDL-استخوان
ج) PDL-PDL
د) استخوان-استخوان

۱۴- کدام یک از پروتئین های زیر در عاج تقریبا ۴۰۰ برابر بیشتر از استخوان بیان می شود؟

- الف) دنتین فسفوپروتئین
ب) دنتین سیالو پروتئین
ج) پروتئین ماتریکس عاجی
د) استئودنتین

۱۵- طی فرایند تخریب استخوان پری اپیکال، تولید RANKL در چه زمانی پس از آغاز تخریب استخوان کاهش می یابد؟

- الف) بین هفته های ۲ تا ۳
 ب) بین هفته های ۳ تا ۵
 ج) بین هفته های ۵ تا ۸
 د) بین هفته های ۴ تا ۸

۱۶- کدام لنفوسیت زیر در کنترل اندازه ضایعات پری اپیکال نقش دارد؟

- الف) T-suppress (ف) ب) T-reg (ب) ج) T-cytotoxic (ج) د) T-helper (د)

۱۷- وجود Foam cell در نمای میکروسکوپی یک ضایعه گرانولوما بیانگر چیست؟

- الف) ماکروفاژهای بلعیده شده
 ب) استئوکلاست های بلعیده شده
 ج) نوتروفیل های بلعیده شده
 د) دندریتیک سل های بلعیده شده

۱۸- وجود نواحی از استخوان نکروتیک با لاکونا های خالی که با پاسخ التهابی شدید احاطه شده بیانگر کدام ضایعه می باشد؟

- الف) گرانولوم (ب) استئومیلیت (ج) آبسه (د) کیست

۱۹- کلونی غالب باکتریایی در ضایعات پری اپیکال در بیماری پایدار بعد از درمان اندودنتیک می باشد و این میکروارگانیزم ماهیت دارد.

- الف) Actinomyces - کروی
 ب) Propioni Bacterium - رشته ای
 ج) Actinomyces - رشته ای
 د) Propioni Bacterium - کروی

۲۰- در کدام یک از طبقه بندی های وضعیت پری اپیکال، آلودگی مکانیکی مشاهده می شود؟

- الف) پری اپکس نرمال
 ب) پرپودنتیت اپیکال علامت دار
 ج) پرپودنتیت اپیکال بدون علامت
 د) آبسه مزمن

۲۱- کدام طبقه بندی وضعیت پری اپیکال، بیانگر تهاجم عفونت باکتریایی و بیروولانت با تعداد کافی به بافت های پری اپیکال است؟

- الف) آبسه حاد اپیکال
 ب) آبسه مزمن اپیکال
 ج) پرپودنتیت اپیکال علامت دار
 د) پرپودنتیت اپیکال بدون علامت

۲۲- کدام یک از وضعیت های پری اپیکال از نظر بیولوژیک شباهت زیادی به یکدیگر دارند؟

- الف) آبسه حاد اپیکال - پریودنتیت اپیکال علامت دار
 ب) آبسه مزمن اپیکال - پریودنتیت اپیکال بدون علامت
 ج) آبسه حاد اپیکال - آبسه مزمن اپیکال
 د) پریودنتیت اپیکال علامت دار - پریودنتیت اپیکال بدون علامت

۲۳- همه ی ضایعات بدخیم زیر مقلد ضایعات پری اپیکال با منشا پالپ هستند به جز:

- الف) لنفوما
 ب) میکسوما
 ج) مالتیپل میلوم
 د) استئوژنیک سارکوما

۲۴- در فرایند تحریک پالپی، اولین سلول هایی که با تهاجم میکروارگانیزم ها و محصولات آن ها مواجه می شوند، کدام است؟

- الف) فیبروبلاست ها
 ب) نوتروفیل ها
 ج) ماکروفاژها
 د) ادنتوبلاست ها

۲۵- سلول های بنیادی پالپ دندان انسان (hDPSCs) سلول های مشتق شده از هستند که از مهاجرت سلول های منشا گرفته اند و ویژگی های سلول های بنیادی را دارند.

- الف) مزودرم - سوماتیک - مزانشیمی
 ب) اکتودرم - ستیغ عصبی - مزانشیمی
 ج) مزودرم - ستیغ عصبی - اپیتلیوم
 د) اکتودرم - سوماتیک - اپیتلیوم

۲۶- کدام گیرنده ی دخیل در سیستم ایمنی، Transmembrane می باشد؟

- الف) PRR
 ب) PAMP
 ج) TLR
 د) G-protein

۲۷- کدام گیرنده زیر با اتصال به لکوترین B₄ باعث خروج لکوسیت ها و تولید مواد باکتریوسیدال می شوند؟

- الف) G-protein coupled Receptor
 ب) Toll Like Receptor
 ج) Pathogen-associated molecular pattern
 د) Pattern Recognition Receptor

۲۸- کدام یک از ایاف عصبی پالپ در پالپیت برگشت ناپذیر علامت دار نقش دارد؟

- الف) Ad
 ب) Ab
 ج) C
 د) سمپاتیک

۲۹- پاسخ اولیه پالپ به پوسیدگی های سطحی مینا به چه صورت می باشد؟

- الف) به واسطه ایمنی ذاتی و تجمع موضعی سلول های التهابی مزمن
 ب) به واسطه ایمنی ذاتی و تجمع موضعی سلول های التهابی حاد
 ج) به واسطه ایمنی اکتسابی و تجمع موضعی سلول های التهابی مزمن
 د) به واسطه ایمنی اکتسابی و تجمع موضعی سلول های التهابی حاد

۳۰- مهم ترین علت التهاب پالپ، عامل است.

- الف) میکروبی ب) شیمیایی ج) مکانیکی د) حرارتی

۳۱- کدام گزینه در مورد الیاف عصبی A6 (a دلتا) صحیح است؟

- الف) مسئول پاسخ مبهم به تغییرات دمایی هستند.
 ب) بین ادنتوبلاست ها با حفظ غلاف میلین خود گسترش می یابند.
 ج) حدود ۱۰ تا ۲۰ میکرون به درون توبول های عاجی گسترش می یابند.
 د) بیشتر در محیط پالپ قرار دارند.

۳۲- کدام گزینه در مورد نقش استئوپروتگرین در فرایند تحلیل استخوان صحیح است؟

- الف) با اتصال به RANKL باعث مهار تحلیل استخوان می شود.
 ب) با اتصال به RANKL باعث تحریک تحلیل استخوان می شود.
 ج) با اتصال به RANK باعث مهار تحلیل استخوان می شود.
 د) با اتصال به RANK باعث تحریک تحلیل استخوان می شود.

فصل دوم

۱- کدام گزینه درست نیست؟

- الف) در بیماری که کومادین مصرف می کند، اندازه گیری INR قبل از جراحی ضروری است.
ب) از بیماران اندودنتیک باید به صورت خاص در رابطه با سابقه دردهای مزمن سوال کرد.
ج) آلرژی به مواد خاص اندودنتیک شایع است و باید با احتیاط درمان را انجام داد.
د) لازم است قبل از درمان، علایم حیاتی ثبت شوند.

۲- چه زمانی ارجاع به متخصص اندودنتیک اندیکاسیون می یابد؟

- الف) HbA1c کمتر از ۸ باشد. ب) INR بیش تر از ۵ باشد.
ج) آلرژی به مواد اندودنتیکس د) وجود خطر باکتری

۳- همه ی علایم زیر باید در تمام بیماران قبل از درمان بررسی شوند به جز:

- الف) فشار خون ب) ریت تنفسی ج) درجه حرارت بدن د) قند خون

۴- چند مورد در رابطه با بیماری های سیستمیک و اندودنتیکس درست است؟

- بیماری های سیستمیک می تواند بیماری های اندودنتیک را تسریع کنند.
- بیماری های سیستمیک می توانند بر نتایج درمان های اندودنتیک اثر گذار باشند.
- بیماری های سیستمیک می توانند آغازگر یک بیماری اندودنتیک باشند.
- بیماری های اندودنتیک می توانند منجر به یک بیماری سیستمیک شوند.

- الف) ۱ ب) ۲ ج) ۳ د) ۴

۵- عفونت های حاد اندودنتیک با تمام بیماری های زیر ارتباط دارد به جز:

- الف) آسیب های مغزی ب) استئونکروز
ج) فاسیت نکروزان د) التهاب مدیاستن

۶- همه موارد می‌تواند از علائم عفونت حاد اندودنتیک باشند به جز؟

الف) لنفادنوپاتی ب) بی حالی ج) سلولیت د) سینوس ترکت

۷- همه گزینه های زیر درست هستند به جز:

الف) در افراد مبتلا به دیابت، شیوع ضایعات پری اپیکال بیشتر است.
 ب) نتایج بلندمدت درمان معمولاً در افراد غیر دیابتی بهتر از افراد دیابتی است.
 ج) افراد مبتلا به فشار خون، شانس کمتری برای بقای دندان‌های اندو شده دارند.
 د) دیابت بر بیماری‌های پرپودنتال موثرند که نقش مهمی در نگهداری یا از دست رفتن دندان‌ها دارند.

۸- همه‌ی موارد زیر خطر ابتلا به استئونکروز ناشی از مصرف در مورد بیس فسفونات‌ها را افزایش می‌دهند به جز:

الف) مصرف خوراکی ب) مصرف وریدی
 ج) مصرف بیش از یک ماده د) مصرف طولانی مدت

۹- استئونکروز به دنبال همه‌ی موارد زیر می‌تواند اتفاق بیفتد به جز:

الف) رادیوتراپی ب) جراحی اندودنتیک
 ج) مصرف بیس فسفونات د) خشکی دهان

۱۰- همه‌ی گزینه‌ها در مورد رادیوتراپی درست هستند به جز؟

الف) رادیوتراپی می‌تواند منجر به استئونکروز شود.
 ب) در بیماری‌هایی که تحت رادیوتراپی هستند، برای دندان‌هایی که قابل نگهداری نیست، درمان ریشه انجام می‌شود.
 ج) رادیوتراپی بر روی موفقیت نتایج دندان‌های درمان ریشه شده موثر است.
 د) بافت فیبروتیک ناشی از رادیوتراپی، اجازه باز شدن دهان به اندازه کافی را نمی‌دهد.

۱۱- همه‌ی موارد از مشکلاتی هستند که بیماران تحت رادیوتراپی به آن مبتلا می‌شوند به جز:

الف) خشکی دهان ب) یوسیدگی راجعه
 ج) باز شدن کافی دهان د) ایجاد بافت فیبروتیک

۱۲- همه گزینه‌ها درست هستند به جز؟

الف) درمان‌های معمول اندودنتیک می‌توانند منجر به BRONJ شوند.
 ب) جراحی اندودنتیک می‌تواند منجر به BRONJ شود.
 ج) مصرف بیس فسفات‌های خوراکی بر عدم موفقیت نتایج درمان‌های اندودنتیک موثر است.
 د) خطر ابتلا به BRONJ در بیماری‌هایی که بیس فسفونات‌های وریدی مصرف می‌کنند بیشتر است.

۸- گزینه ب

تغییر رنگ تتراسایکلین بر اساس شدت به سه گروه تقسیم می شود:

۱. اولین درجه ، تغییر رنگ زرد روشن، قهوه ای روشن و یا خاکستری روشن است که به طور **یکنواخت** تمام تاج را **بدون** ایجاد حالت نواری شکل در بر می گیرد.
۲. دومین درجه تغییر رنگ شدید تر می باشد، ولی همچنان **بدون** حالت نواری شکل است.
۳. سومین درجه تغییر رنگ، بسیار شدید می باشد و بر روی تاج کلینیکی **نوارهای** رنگی افقی مشاهده می شود. این نوع تغییر رنگ به طور مشخص در ناحیه سرویکال دندان غالب است.

۹- گزینه ج

۱۰- گزینه الف

۱۱- گزینه ب

دو روش جهت سفید کردن تغییر رنگ ناشی از تتراسایکلین استفاده می شود:

۱. اول، اینکه سطح خارجی مینا سفید می شود که این روش محدود به تغییر رنگ های **روشن و زرد** رنگ است و نیاز به چندین جلسه برای رسیدن به یک نتیجه قانع کننده است.
۲. دوم، درمان کانال ریشه و به دنبال آن روش سفید کردن داخلی انجام می گیرد. این روش قابل پیش بینی است و برای تمام درجات تغییر رنگ مفید است (به ویژه تغییر رنگ نواری شکل) و ثابت شده است که در کوتاه مدت و بلند مدت موفقیت آمیز است.

۱۲- گزینه ب

هیپوکلسیفیکاسیون مینا شایع بوده و به صورت نواحی **قهوه ای** یا **سفید** مجزا غالباً بر روی سطح فاسیال تاج ظاهر می یابد. مینا به خوبی تشکیل شده و سطح آن سالم است و هنگام لمس با سوند سختی آن احساس می شود.

۱۳- گزینه الف

۱۴- گزینه ج

این بیماری در جنین یا نوزاد در نتیجه ناسازگاری فاکتور Rh وجود می آید که منجر به تجزیه سیستمیک و شدید گلبول های قرمز می شود. مقادیر زیادی از پیگمان هموسیدرین باعث رنگی شدن عاج در حال تشکیل در دندانهای شیری می شود. این تغییر رنگ با سفید کردن قابل **تصحیح نمی باشد**. به هر حال این نوع لیز به دلیل اقدامات پیشگیری کننده جدید، شایع نیست.

۲۰- گزینه ج

اگر پرفوریشن قابل دسترسی یا ترمیم نباشد، انواع درمانهای جراحی شامل موارد زیر است:

- حذف نیمی از دندان
- دو نیم کردن دندان
- قطع ریشه
- دوباره کاشتن عمدی دندان

۲۱- گزینه ب**۲۲- گزینه ب**

خونریزی شدید و ناگهانی حین ایجاد پرفوریشن از عوامل موثر بر پیش آگهی دندان پرفوره شده پس از ترمیم نمی‌باشد.

۲۳- گزینه ج

لج زمانی تشکیل میشود که طول کارکرد دیگر قابل دسترسی و مسیر اصلی کانال از دست رفته باشد.

۲۴- گزینه د

استفاده از شست و شو و لغزنده سازی بیش از حد از علل اصلی ایجاد لج نمی‌باشد.

۲۵- گزینه ب

کانال‌های بلند بیش از کانال‌های کوتاه مستعد ایجاد لج هستند.

۲۶- گزینه د

انعطاف پذیری وسیله به چندین عامل مرتبط با هم بستگی دارد مانند:

- طراحی سطح مقطع
- قطر هسته مرکزی
- pitch
- خواص متالورژی
- آماده سازی های سطح وسایل
- عملیات حرارتی
- نوع حرکت
- تعداد نقاط تماس با دیواره های کانال
- نوع آلیاژهای مورد استفاده برای وسایل معمولی

۲۷- گزینه ب

کانال بلند، انحنادار با قطر کم در حین آماده سازی بیش تر مستعد ایجاد لج است.

۲۸- گزینه ج

فایل‌های انعطاف پذیر (Ni-Ti) با نوک غیر برنده شانس کمتری جهت ایجاد لج در کانال دارد.

۲۹- گزینه الف

پاکسازی و شکل دهی کوتاه تر از حد مطلوب مقدمه‌ی تشکیل لج می‌باشد.

۳۰- گزینه د

دندان‌های دارای بافت پالپی زنده در ناحیه‌ی اپیکال نسبت به دندان‌های دارای بافت نکروتیک یا عفونی در ناحیه‌ی اپیکال لج پیش آگهی بهتری دارند.

۳۱- گزینه ج

- افزایش لغزندگی:
- وارد کردن فایل را راحت کرده
- استرس وارده به فایل را کاهش داده
- به خروج دبری ها کمک میکند

۳۲- گزینه ب

کانال‌های با انحنای شدید در ناحیه‌ی تاجی باید با روش پسیواستپ بک آماده سازی شوند.

۳۳- گزینه الف

در صورتی که اندازه (قطر) پرفوریشن اپیکال کانال ساختگی بزرگتر از ۰/۵ میلی متر باشد پیشنهاد درمانی مهر و موم کردن پرفوریشن با mTA قبل از مسیریابی کانال اصلی است.

۳۴- گزینه ج

پیش آگهی پرفوریشن در سطح استخوان کرسنال و آسیب به اتصالات پرپودنتال و تشکیل پاکت بدتر می‌باشد.

۳۵- گزینه ج

نشانه های پرفوریشن فورامن :

- مشاهده خون تازه در کانال یا بر روی وسایل

- درد حین آماده سازی کانال در دندان‌هایی که قبلاً بدون علایم بوده است.
- از دست رفتن ناگهانی سد اپیکال
- خروج بزرگترین فایل (فایل نهایی) از اپکس رادیوگرافیک

۳۶- گزینه د

ترمیم پرفوریشن اپیکال در دندان‌های قدامی آسان تر و عملی تر از دندان‌های خلفی می‌باشد.

۳۷- گزینه ب

پیش آگهی دندان با پرفوریشن میانی شدت درد بیمار بستگی ندارد.

۳۸- ب

قطع ریشه با قسمت پرفوره شده، دوباره کاشتن دندان و در آوردن نیمی از دندان از روش‌های ترمیم پرفوریشن جانبی می‌باشند.

۳۹- گزینه ب

جلوگیری از برقراری ارتباط بین محل پرفوریشن و سالکوس لثه در پیش آگهی دندان‌های دارای پرفوریشن قسمت تاجی ریشه بسیار حیاتی است.

۴۰- گزینه د

وجود glide path از علل شکستن وسایل در درمان ریشه نمی‌باشد.

۴۱- گزینه ج

۴۲- گزینه د

بهتر پیش آگهی در وسایل شکسته مربوط به حالتی است که وسیله‌ی بزرگی در مراحل پایانی و در نزدیکی طول کارکرد جدا شود.

۴۳- گزینه ج

مهم‌ترین عامل تاثیرگذار در پیش آگهی دندان‌هایی که وسیله‌ی شکسته در آن‌ها باقی مانده است ضایعات اپیکال می‌باشد.

۴۴- گزینه ب

۴۵- گزینه الف

۴۶- گزینه ج

در حین آماده سازی کانال برای خارج کردن وسیله شکسته در دیواره‌ی داخلی با سر قلم‌های اولتراسونیک یک فضای کوچک ایجاد میشود؟

۴۷- گزینه ب

هدف از آماده سازی کانال ریشه برای خارج کردن وسیله شل شدن وسیله‌ی شکسته شده است.

۴۸- گزینه د

۴۹- گزینه ج

به منظور درمان پرکردگی کوتاه پس از خروج پرکردگی باید نیروی زیاد بر گوتاپرکا توسط اسپریدر یا پلاگر وارد شود.

۵۰- گزینه الف

برخی از علل پرکردگی کوتاه شامل:

- موانع طبیعی در کانال
- یک لچ که حین آماده سازی ایجاد شده است
- مخروطی ساختن نامناسب
- مخروط گوتاپرکای اصلی که درست تطبیق داده نشده است
- فشار و متراکم کردن ناکافی

۵۱- گزینه ب

استفاده از گوتای فرعی کوچک از علل پرکردگی بلند نمی‌باشد.

۵۲- گزینه ج

علت اصلی شکستگی عمودی ریشه، سمان کردن پست است و دومین علت فشار بیش از حد حین پرکردگی کانالی که کمتر یا بیشتر از حد لازم آماده سازی و گشاد شده است.

۵۳- گزینه د

۵۴- گزینه ب

مشاهده‌ی یک رادیولوسنسی J شکل در تصویر رادیوگرافی نشانگر شکستگی عمودی ریشه می‌باشد.

۵۵- گزینه الف

نمای آگزیزال تصویر CBCT برای جلوگیری از پرفوریشن در حین آماده سازی حفره‌ی دسترسی تعداد کانال‌ها و ضخامت دیواره‌ی کانال را نشان می‌دهد.

۵۶- گزینه ج

حادثه‌ی هیپوکلریت سدیم بیشتر در دندان‌های خلفی فک بالا که با نکروز پالپ و ضایعه‌ی پری اپیکال تشخیص داده می‌شوند اتفاق می‌افتد.

۵۷- گزینه ب

خروج قسمت اپیکالی پست از کنار دندان در حین آماده سازی فضای پست نشان دهنده‌ی پرفوریشن ریشه نمی‌باشد.

۵۸- گزینه ب**۵۹- گزینه ب**

تزریق اشتباه تزریق NaOCl به عنوان تزریق بلاک عصب آلوئولار تحتانی اثر مخرب تری دارد.

۶۰- گزینه د**۶۱- گزینه ب**

طولانی شدن فاصله‌ی زمانی میان ایجاد پرفوریشن و ترمیم آن بیش از همه باعث ارتباط پیدا کردن آسیب با شیار لثه ای می‌شود.

۶۲- گزینه ج**۶۳- گزینه ب****۶۴- گزینه الف**

اگر فایل بزرگ در مراحل آخر آماده سازی در انتهای کانال بشکند بهتر است.

۶۵- گزینه د

عدم فراهم سازی دسترسی مستقیم عامل اتیولوژیک اصلی اغلب حوادث داخل کانال می باشد.

۶۶- گزینه ج

استفاده از تکنیک پاسیواستپ بک در دندان های با انحنای شدید ناحیهی تاجی ارجح می باشد.

۶۷- گزینه د

۶۸- گزینه الف

apical blow out معادل tipping می باشد.

۶۹- گزینه ج

شایع ترین علت ایجاد کانال های ساختگی استفادهی تهاجمی از فایل استینلس استیل می باشد.

پاسخنامه فصل نوزدهم

۱. گزینه د

درمان اولیه ممکن است به دلیل استفاده طولانی مدت از مواد موقت قبل از فرار گرفتن رستوریشن نهایی به خطر افتد.

۲. گزینه الف

این شکستگی ها، طولی است که پس از درمان کانال ریشه رخ می دهد.

۳. گزینه الف

تنوع آناتومیکی پیچیده در آناتومی کانال ریشه می تواند موجب بروز مشکل شود.

۴. گزینه ج

تشخیص دندان های نیازمند درمان مجدد اندودنتیک باید بر اساس شواهد و علائم بالینی، رادیوگرافی و زمانی که احتیاج است، همراه با مداخلات تروموگرافیک باشد.

۵. گزینه ب

بیشتر مطالعاتی که نتایج نامطلوب درمان های اندودنتیک را بررسی کرده اند، گزارش نمودند که میکروارگانیزم های درون کانال ریشه یا ضایعات پریرادیکولار یک نقش اصلی در پایداری پرپودنتیت اپیکال ایفا می کنند.

۶. گزینه د

طبق متن کتاب همه موارد صحیح است.

۷. گزینه الف

اگر رادیوگرافی پری اپیکال درمان ریشه مناسبی را نشان دهد، حضور عفونت خارج ریشه ای باید به عنوان یک علت شکست درمان در نظر گرفته شود.

۸. گزینه ج

اگر رادیوگرافی پری اپیکال درمان ریشه مناسبی را نشان دهد، حضور عفونت خارج ریشه ای باید به عنوان یک علت شکست درمان در نظر گرفته شود.

۹. گزینه د

شکستگی ریشه از کنتراندیکاسیون های درمان مجدد اندودنتیک غیر جراحی است.

۱۰. گزینه ب

تصمیم قابلیت بازسازی دندان معمولاً نیازمند حذف ترمیم های قبلی و ارزیابی سیستم کانال ریشه باقی مانده می باشد؛ البته فاکتورهای دیگر شامل وجود درگیری پرپودنتال وسیع که سبب تضعیف ساپورت و /یا شکستگی ریشه یا مشکلات کروئالی می باشند؛ بعلاوه بیمارانی که انگیزه ای برای نگهداری دندان های طبیعی ندارند، کاندیداهای ضعیفی برای درمان مجدد نیز هستند.

۱۱. گزینه د

اگر رادیوگرافی دو بعدی مرسوم (پری اپیکال) اطلاعات کافی در رابطه با علل شکست درمان در دندان که قبلاً درمان اندودنتیک شده است فراهم نکند، CBCT تجویز میشود.

۱۲. گزینه د

طبق متن کتاب همه موارد صحیح است.

۱۳. گزینه ج

دوز اشعه بیشتر، هزینه بالاتر، رزولوشن کمتر از معایب CBCT در مقایسه با رادیوگرافی پری اپیکال می باشد.

۱۴. گزینه ج

مراحل درمان مجدد ریشه غیر جراحی، ریسکهای بالقوه زیادی دارند که شامل شکستگی پرسن روکش در حین ایجاد حفره دسترسی، شکستگی ریشه در حین مراحل خارج کردن پست و خارج شدن روکش که نیاز به جایگذاری مجدد دارد؛ می شود. علاوه براین، مشکلات ایاتروژنیک دیگری مانند برداشت وسیع ساختار دندان، ترنسپورتیشن کانال، ایجاد لج یا حتی پرفوریشن نیز ممکن است اتفاق افتد.

۱۵. گزینه د

تصمیم گیری در رابطه با طرح درمان باید بر اساس ترجیحات بیمار، امکان ارائه درمان ایده آل و با توجه به پروگنوز (و نه بر اساس ترجیحات دندانپزشک) باشد.

۱۶. گزینه د

طبق متن کتاب همه موارد صحیح است.

۱۷. گزینه د

حفظ رستوریشن تاجی نیز می تواند در بهبود ایزولاسیون دندانی، حفظ اکلوزن و حداقل تغییر در زیبایی کمک کند. با این وجود ممکن است توانایی دندانپزشک را در مشخص شدن ترک ها، کانال های پیدا نشده و پوسیدگیهای راجعه محدود کند.

۱۸. گزینه د

مسدود کننده های کانال شامل پست و کور، کلسیفیکاسیون های کانال، لچ های ایاتروژنیک، دبری های عاجی موجود در سیستم کانال ریشه، وسایل شکسته، کن های نقره یا دبری های فلزی و برخی مواد خمیری می باشد.

۱۹. گزینه ب

حذف رستوریشن های قبلی اجازه میدهد تا پوسیدگی های راجعه و شکستگی ها و قابلیت بازسازی تاج بررسی شود. از طرفی حفظ رستوریشن تاجی می تواند در بهبود ایزولاسیون دندانی کمک کند.

۲۰. گزینه ج

زمانی که یک وسیله در ناحیه ی کرو کانال یا فراتر از فورامن اپیکال دچار شکستگی می شود، درمان های جراحی جهت خارج کردن آن در نظر گرفته شود زیرا حذف آن از طریق جراحی در مقایسه با درمان مجدد غیر جراحی ساختار دندانی کمتری را از بین میبرد.

۲۱. گزینه ب

لچ معمولاً در دیواره خارجی کانال زمانی که در آماده سازی کانال کردار دقت نشود؛ به وجود می آید.

۲۲. گزینه الف

خارج کردن موفق پست و کور در حین درمان مجدد بستگی به نوع ماده کور (ریختگی در قیاس با رزین یا آمالگام)، طول یا قطر پست پیش ساخته یا ریختگی، محل پست، نوع ماده پست (فلزی یا غیر فلزی) و تنوع سمان یا سیستم باندینگ مورد استفاده جهت چسباندن سیستم پست و کور دارد.

۲۳. گزینه الف

فرزهای کارباید شانک بلند با قطر کم و سیستم های اولتراسونیک همراه با میکروسکوپ های دندانپزشکی (DOM)، درمان قابل پیش بینی را فراهم می کنند.

۲۴. گزینه ب

پستهای پیچ شونده میتوانند به طور معمول با وسایل اولتراسونیک با چرخش جهت خلاف عقربه های ساعت شل شوند و برداشتن پست با هموستات هایی با اندازه های متفاوت و یا فورسپس ها یا پلایرهایی با نوک کوچک انجام شود.

۲۵. گزینه الف

حذف گوتاپرکا جهت انجام یک درمان مجدد موفق، ضروری است.

۲۶. گزینه د

فایل های روتاری برای حاملهای پلاستیکی نسبت به حاملهای فلزی به علت دشواری درگیر شدن فایل با سطح فلز، بهتر عمل میکنند.

۲۷. گزینه د

کن های نقره معمولاً در مواد پرکننده ی تاج (کور) مدفون شده اند.

۲۸. گزینه الف

هنگام خارج سازی مواد نرم از سیستم کانال، شست و شوی فراوان و تکنیک آماده سازی کراون-داون توصیه می شود تا فلیرآپ پس از درمان به حداقل برسد.

۲۹. گزینه الف

استفاده از تیپ های اولتراسونیک و فرزهای نوع میولر به بخش کرونالی / مستقیم کانال ریشه محدود می شود.

۳۰. گزینه د

برای درمان کلسیفیکاسیون ها باید از ترکیبی از مواد چلاته کننده، فایل های دستی سفت (مثلا فایل های C و +C)، تیپ های اولتراسونیک، یا فرزهایی از نوع Mueller برای حذف بافتهای کلسیفیه شده و دسترسی به سیستم کانال ریشه اپیکال تر از کلسیفیکاسیون استفاده کرد.

۳۱. گزینه الف

بیوفیلم های باکتریال روی سطح خارجی ریشه موجب پرپودنتیت اپیکال مقاوم و پایدار علی رغم انجام درمان مجدد ریشه، می شوند.

۳۲. گزینه الف

در مقایسه با سدیم هیپوکلریت ۵,۲۵ درصد، کلرهگزیدین ۲ درصد نمی تواند به طور موثری بیوفیلیم ها را حل کند.

۳۳. گزینه د

طبق متن کتاب همه موارد صحیح است.

۳۴. گزینه ج

کانال های بیضی شکل ریشه مشکلات بیشتری را در حین درمان مجدد اندودنتیک فراهم می کنند زیرا امکان عدم دسترسی به دیواره های کانال ریشه در حین خارج کردن مواد آبچوریشن بالاتر است.

۳۵. گزینه د

متغیرهایی وجود دارند که ممکن است بر آماده سازی کانال ریشه دندانی که نیازمند درمان مجدد اندودنتیک است تاثیراتی داشته باشند؛ این متغیرها شامل حدود خارجی حفره اکسس، مقطع عرضی کانال ریشه، تکنیک آماده سازی کانال، حرکت حین تکنیک آماده سازی، تخمین طول کارکرد، سایز آماده سازی اپیکال، آناتومی کانال ریشه و نوع مواد پرکننده ی کانال ریشه هستند.

۳۶. گزینه ج

مزیت درمان مجدد اندودنتیک در بیش از یک جلسه فواید فعالیت ضد باکتریایی داروهایی است که در فاصله زمانی دو جلسه درمانی در کانال ریشه قرار می گیرد.

۳۷. گزینه ج

توانایی سیل مواد پرکننده ریشه می تواند به طور قابل توجهی با حذف لایه اسمیر قبل از پر کردن کانال ریشه افزایش یابد.

۳۸. گزینه الف

دندانی که در درمان اولیه با روش تراکم عمودی گرم پر شده است پس از درمان مجدد ترک های بیشتری را در مقایسه با دندانی که از تکنیک تراکم جانبی سرد در درمان اولیه پر شده است، نشان میدهد.

۳۹. گزینه ج

حضور فایبر پست ها نیز ممکن است در موفقیت طولانی مدت دندانهای درمان اندو شده نقش داشته باشند. زیرا فایبرپست های تقویت شده و پستهای با بیس کامپوزیت به دلیل ضریب الاستیسیته مشابه عاج میتوانند ریسک شکستگی عمودی ریشه را کاهش دهند.

۴۰. گزینه ب

فلیرآپ پس از درمان، در موارد درمان مجدد کانال ریشه غیر جراحی در مقایسه با درمان کانال ریشه اولیه بیشتر اتفاق می افتد.

۴۱. گزینه ج

درمان مجدد اندودنتیک غیر جراحی زمانی که علت شکست درمان قبلی، تشخیص داده شود و با استفاده از تکنولوژی های امروزی اصلاح شود، نتایج مطلوبی دارد.

پاسخنامه فصل بیستم

۱- گزینه ب

مطالعات عملی همگی میزان بقای طولانی مدت و میان مدت را برای دندان های درمان شده توسط درمان های اندودنتیک غیر جراحی بدون مداخله را بسیار بالا تخمین زده اند.

۲- گزینه ب

هدف اصلی جراحی اپیکال حفظ دندان طبیعی است.

۳- گزینه ب

اندیکاسیون اصلی جراحی اپیکال، شکست درمان کانال ریشه، حوادث حین درمان، مواد غیرقابلزایی از کانال ریشه یا بافت های پری اپیکال، پیچیدگی های سیستم کانال ریشه که مانع پاکسازی، شکل دهی و پرکردن کامل کانال با دسترسی کرونالی می شوند، موارد علامت دار، جراحی های کمکی و جراحی های اکتشافی می باشد.

۴- گزینه الف

بیشتر حوادث حین درمان، به صورت غیر جراحی تصحیح می شوند.

۵- گزینه د

حوادث حین درمانی که نیاز به جراحی اپیکال دارند عبارتند از: ایجاد لج، پرفوراسیون ریشه، وسایل شکسته شده، پرکردگی های بلند یا کوتاه کانال ریشه

۶- گزینه ب

روند جراحی های کمکی شامل قطع ریشه، همی سکشن ریشه، افزایش طول تاج، جایگذاری مجدد (ریپلنتیشن) و کاشت مجدد دندان (ترنسپلنتیشن دندان)، می باشد.

۷- گزینه ج

کنتراندیکاسیون های جراحی اپیکال عبارتند از: (۱) مشکلات پزشکی یا سیستمیک (۲) استفاده بی رویه از جراحی اپیکال (۳) فاکتورهای آناتومیک و (۴) علت نامشخص در شکست درمان.

۸- گزینه الف

قدم اول در جراحی اپیکال، طراحی یک فلپ است

۹- گزینه د

از ایجاد زوایای تند در فلپ باید پرهیز شود.

۱۰- گزینه ج

فلپ انحنادار ساب مارژینال، یک برش افقی، نیمه هلالی و مختصری انحنادار می باشد که در لثه چسبنده قرار گرفته و تحذب آن نزدیک لبه آزاد لثه می باشد. این فلپ ساده بوده و به آسانی برگردانده می شود و دسترسی به اپکس را بدون تجاوز به بافت های احاطه کننده تاج فراهم می کند.

۱۱- گزینه ب

معایب فلپ کامل موکوپیروستال عبارتند از مشکل بودن برگرداندن فلپ، بخیه زدن، ایجاد تغییرات (در طول و شکل) در لبه آزاد لثه و هم چنین احتمال تحلیل لثه بعد از جراحی و مشخص شدن مارژین های کراون.

۱۲- گزینه الف

بیشترین موفقیت این فلپ در دندانهای قدامی ماگزایلا ی دارای روکش است.

۱۳- گزینه ج

لازمه انجام این تکنیک وجود ۴ میلیمتر لثه چسبنده، حداقل عمق پروب و پرپودنشیوم سالم می باشد. عیب این روش احتمال ایجاد اسکار و خونریزی از لبه های بریده شده ناحیه جراحی می باشد

۱۴- گزینه الف**۱۵- گزینه ب**

فرز هایی نظیر برش دهنده های استخوانی Lindemann H۱۶۱ or H۱۶۲ (Brasseler USA, Savannah) بسیار کاربردی بوده و در برداشت بافت سخت پیشنهاد می شوند. آن ها ۹ میلی متر طول داشته و فقط چهار فلوت دارند که باعث لخته شدن کمتر می گردند. با استفاده از SOM و Impact Air ۴۵، فرزهای جراحی با سرعت بالا می توانند حتی در نواحی آناتومیک خطرناک با دقت و اطمینان بالا استفاده شوند

۱۶- گزینه د

بیشتر نوک های اولتراسونیک ۰/۲۵ میلی متر قطر داشته و تقریباً ۳ میلی متر طول دارند.

۱۷- گزینه ب

برخی از معایب پیروسرجری عبارتند از: بار مالی اولیه مرتبط با خریدن دستگاه، مدت زمان طولانی روند درمان و این حقیقت که دفترچه راهنمای بسیاری از پیروزوالکتریک ها استفاده از این دستگاه را در بیماران قلبی دارای پیس میکر منع کرده است.

۱۸- گزینه الف

اخیراً میکرو آینه هایی معرفی شده اند که حاوی پوشش رودیوم می باشند.

۱۹- گزینه ب

مواد هموستاتیک شامل فریک سولفات، آلومینیوم کلراید، کلاژن، گازهای هموستاتیک، اپی نفرین راسمیک یا الکتروکوتر می باشد.

۲۰- گزینه ب

دسته مواد پرکننده بیوسرامیکی شامل آلومینا و زیرکونیا، گلاس های بیواکتیو، گلاس سرامیک ها، کامپوزیت ها و پوشش دهنده ها، کلسیم سیلیکات ها، هیدروکسی آپاتیت، کلسیم فسفات قابل جذب و گلاس های رادیوتراپی می باشد.

۲۱- گزینه ج

مواد سمایی با ثبات پرکننده انتهای ریشه مانند SuperEBA و intermediate restorative materi- (alIRM) خشک شده، در یک قوام پوتی شکل مخلوط شده و توسط کن های کوتاه شده ۱ تا ۲ میلی متری روی اسکویتور فاشقی شکل شماره ۱۲ به محل آماده سازی شده اپیکال منتقل می شوند

۲۲- گزینه د Maxima PTFE

یک بخیه مونوفیلانمان دارای پوشش PTFE است که ویژگی های مشابه بخیه سیلک داشته ولی التهاب و تجمع باکتریایی کمتری ایجاد می کند.

۲۳- گزینه ب**۲۴- گزینه د**

دستورالعمل های پس از عمل باید هم به صورت کتبی و هم شفاهی به بیمار داده شود. این دستورات باید به زبان ساده و مستقیم نوشته شده باشند به نحوی که نگرانی بیمار در مورد علائم طبیعی پس از جراحی از طریق توضیح در مورد چگونگی بهبود ترمیم و راحتی وی کاسته شود.

۲۵- گزینه ج**۲۶- گزینه ب**

بخیه ها ۳ تا ۷ روز پس از جراحی کشیده می شوند

۲۷- گزینه ج

در صورتی که به تورم یا درد بیش از حد و یا تب مبتلا شود باید بلافاصله با مطب دندانپزشک خود تماس حاصل کند.

۲۸- گزینه ب**۲۹- گزینه الف**

برش های عمودی باید به حدی گسترش یابد که به رترکتور اجازه دهد روی استخوان قرار بگیرد و بخش هایی از بافت را له نکند.

۳۰- گزینه ب

برای پرهیز از شکست های درون عاج و یا کانال، نوکهای پوشیده شده با الماس به عنوان آخرین نوکهای اولتراسونیک برای آماده سازی انتهای ریشه پیشنهاد شده اند.

۳۱- گزینه الف

وجود از نظر بافت شناسی، ProRoot MTA رژنریشن پری اپیکال کامل ایجاد کرده در حالی که SuperEBA قادر به ایجاد چنین چیزی نیست.

۳۲- گزینه الف

حال استفاده از PVDF سخت بوده و نیاز دارد که بارها و بارها کشیده شود تا حافظه سفتی آن پاک شود. به علاوه بیماران اغلب از انتهای بخیه که به شدت سفت بوده و مخاط دهانی آنها را ملتهب می کند شکایت دارند.

۳۳- گزینه ج**۳۴- گزینه د**

زمانی که بخیه زده شد، فلپ باید توسط یک گاز آغشته به سالیین فشرده شود و فشار انگشت برای سه دقیقه به محل وارد شود. این کار باعث می شود که احتمال تشکیل هماتوم زیر فلپ کاهش یابد.

۳۵- گزینه ج

بر اساس مطالعات مروری انجام شده توسط Lin و همکارانش، از نظر بیولوژیک، لخته ایجاد شده بهترین پرکننده فضا نسبت به تمامی مواد پیوند استخوان می باشد؛ چراکه حاوی محصولات بیولوژیکی خود میزبان بوده که بستر مناسبی را برای بهبود زخم فراهم می کند.

۳۶- گزینه ب**۳۷- گزینه الف**

بهترین کاربرد سدهای غشایی در جراحی پری اپیکال مربوط به زمانی است که ضایعات ترکیبی اندودنتیک-پریودنتال و یا ضایعات بزرگ پری اپیکال مرتبط با کرسست آلوئول وجود دارد.

۳۸- گزینه ج**۳۹- گزینه ب**

پاسخنامه فصل بیست و یکم

۱. گزینه ب

هدف از برش جهت درناژ، تخلیهٔ اغزودای التهابی و چرک از تورم بافت نرم است. برش جهت درناژ، ناراحتی ناشی از تجمع فشار را کاهش داده و ترمیم را تسریع می‌کند.

۲. گزینه د

در صورتی که تورم متموج نباشد و یا سفت باشد، انسپژن معمولاً منجر به درناژ خون و مایعات سروزی می‌شود. انسپژن جهت درناژ یک آبسهٔ غیر متموج، فشار را کاهش داده و ترمیم را از طریق کاهش عوامل محرک و افزایش جریان خون در آن ناحیه تسهیل می‌کند.

۳. گزینه ج

در مورد بیماریارانی با زمان خونریزی (BT) یا زمان تشکیل لخته (CT) طولانی و یا بیماریارانی که بیس فسفونات مصرف می‌کنند، باید با احتیاط برخورد کرد و غربالگری خونی معمولاً مورد نیاز است.

۴. گزینه ب

۵. گزینه د

برای قدام مندیبل، بلاک PSA

۶. گزینه ج

استفاده از اسپری اتیل کلراید سطحی: جریانی از محلول از فاصله به سمت تورم هدایت می‌شود، در حالی که به مایع اجازه داده می‌شود روی سطح نسج تبخیر شود. در عرض چند ثانیه، نسج در حال تبخیر مایع، سفید خواهد شد. برش به سرعت با تداوم اسپری کردن اتیل کلراید انجام می‌گیرد. این تکنیک بیحسی سطحی زمانی که برش سریع مورد نیاز است، مکملی برای بی حسی بلاک محسوب می‌شود.

۷. گزینه د

در صورتی که تورم غیر متموج باشد، درناژ اصلی خون خواهد بود.

۸. گزینه الف

بعد از برش اولیه، یک هموستات کوچک در حالت بسته درون برش قرار گرفته و سپس باز می‌شود تا مسیر درناژ را وسیع کند.

۹. گزینه ب

اندیکاسیون اصلی برای رزکسیون ریشه وجود تحلیل شدید استخوان در یک ریشه با درگیری پرپودنتال است که امکان درمان پرپودنتال برای آن وجود ندارد. به علاوه، رزکسیون ریشه برای ریشه(ها) در دندان های چند ریشه همراه با پوسیدگی شدید، تحلیل، شکستگی عمودی، و یا حوادث حین کار غیر قابل درمان در فورکیشن دندان‌های چند ریشه اندیکاسیون دارد.

۱۰. گزینه د

رزکسیون ریشه زمانی که ساپورت استخوانی برای ریشه (ها)ی باقی مانده ناکافی باشد، بیماران مصرف کننده بیس فسفونات، و در حضور ریشه های متصل شده کنتراندیکاسیون دارد.

۱۱. گزینه ج**۱۲. گزینه د**

معمولا در مولر های ماگزینا انجام می شود، قطع ریشه می تواند همراه با یا بدون فلپ جراحی انجام شود. پیش آگهی رزکسیون ریشه از متوسط تا خوب براساس انتخاب مورد، بهداشت بیمار، و انگیزه متفاوت است.

۱۳. گزینه الف**۱۴. گزینه د**

انجام SCL (افزایش طول تاج به روش جراحی) در دندان های با تاج کلینیکی کوتاه به طور طبیعی و تاج کلینیکی کوتاه ناشی از وجود شرایط پاتولوژیک مانند پوسیدگی های وسیع، تحلیل، پرفوریشن های ایدیوپاتیک و شکستگی های تاج در زیر لثه اندیکاسیون دارد. همچنین SCL در مواردی که درمانگر پیش بینی می کند لبه های نهایی ترمیم تا کرسست استخوان آلونول کمتر از ۳ میلی متر فاصله خواهد داشت نیز اندیکاسیون دارد.

۱۵. گزینه د

SCL به دلایل پزشکی، بیماران مصرف کننده بیس فسفونات، زمانی که روند درمان می تواند باعث اکسپوز فورکای دندان شود، و یا در موارد نزدیک به ساختار های حیاتی آناتومیک مانند سینوس ماگزینا و یا فورامن منتال و همچنین برای دندان های در ناحیه زیبایی، زمانی که روند درمان باعث بوجود آمدن یک تاج کلینیکی طویل تنها در یک دندان می شود، کنترا اندیکاسیون دارد.

۱۶. گزینه د

اکستروژن ریشه برای تمامی دندان های با شکستگی های افقی تاج یا ریشه، پوسیدگی، تحلیل، و یا پرپوراسیون های ناگهانی که بین ۰ تا ۴ میلی متر زیر استخوان کرسنال گسترش یافته اند، اندیکاسیون دارد.

۱۷. گزینه ب

کنتراندیکاسیون ها برای اکستروژن ریشه، ریشه های کوتاه، فضای ناکافی جهت اکستروژن کردن، و بیماری پریودنتال می باشد.

۱۸. گزینه الف

اگر ساختار کافی دندان پس از درمان ریشه موجود باشد، براکت ها در یک سوم **اینسایزالی** تاج دندان درگیر و دندان های مجاور قرار داده می شوند.

۱۹. گزینه د

معایب اکستروژن ارتودنتیک، مشکلات زیبایی در حین انجام کار، زمان مورد نیاز برای بدست آوردن نتیجه ایده آل، و جراحی فیبروتومی پس از اکستروژن ریشه هست.

۲۰. گزینه ج

اندازه اپیکال (که وابسته به سن می باشد) و مدت زمانی که دندان خارج از ساکت بوده، به ترتیب دو مورد از مهم ترین موارد جهت تعیین پروگنوز می باشند.

۲۱. گزینه د

فاکتورهای متعددی وجود دارد که بر موفقیت بالینی جایگذاری مجدد دندان تاثیر می گذارد. این موارد شامل: سن، جنس، نوع دندان جای گذاری شده، وجود شکستگی، مرحله تکامل دندان، وضعیت استخوان آلوئولار اطراف، آلودگی دندان جایگذاری شده، پروسه پاکسازی، و درمان آنتی بیوتیکی می باشد.

۲۲. گزینه الف

عوارض جانبی کاشت مجدد شامل تحلیل سطحی و انکیلوز می باشد. این نشانه ها به وضوح ۱۲ ماه پس از کاشت مجدد مشاهده می شوند.

۲۳. گزینه ب

جایگذاری مجدد دندان، برای دندان های غیر قابل ترمیم، دندان هایی که ساپورت استخوانی ناکافی دارند و نیز کشیدن آن ها مشکل می باشد، کنتراندیکاسیون دارد.

۲۴. گزینه الف

کاشت مجدد دندان برای یک دندان غیر قابل نگهداری یا از دندانی که از ابتدا وجود نداشته است، اندیکاسیون دارد.

۲۵. گزینه ج

اگر دندان قابلیت ترمیم نداشته باشد، ساپورت استخوانی ناکافی باشد، کشیدن آن مشکل و نیز مناسب با محل گیرنده نباشد، انجام این درمان کنتراندیکاسیون دارد.

۲۶. گزینه الف

یک جانکشنال اپیتلیوم بلند از بافت **اپی تلیومی** در حال پیشرفت شکل خواهد گرفت.

۲۷. گزینه د**۲۸. گزینه د**

به طور کلی، پس از اکسپوز نواحی از دست رفتن اتصالات کلینیکی به همراه دیفکت استخوانی و دبریدمان ناحیه اکسپوز شده ریشه به روش جراحی، مواد پیوند استخوان به همراه یک غشا جهت جلوگیری از مهاجرت اپیکالی اپیتلیوم لثه ای و تشکیل بافت پیوندی لثه، تحلیل ریشه و یا انکیلوز استفاده می شود.

۲۹. گزینه ج

بیان شده است که، استفاده از GTR برای درمان ضایعات بزرگ پری اپیکال و همچنین ضایعات سرتاسری پری اپیکال می تواند مفید باشد. استفاده از غشاهای قابل جذب نتایج مطلوب تری را نسبت به غشاهای غیر قابل جذب و یا استفاده از پیوند بدون کاربرد غشا را نشان داده اند.

۳۰. گزینه ج

انتخاب مورد باید عامل بالقوه ای برای بهبود درمان انتخابی در مقابل درمان های جایگزین، ارزیابی شرایط پزشکی بیمار، سلامت عمومی دهان، و دارو های مورد استفاده باشد. کنتراندیکاسیون های استفاده از تکنیک های GTR پیش تر اشاره شده است و شامل همه شرایط غیر سازگار پزشکی با روند درمان، عفونت فعال در محل، و بهداشت دهانی ضعیف می شود.

۳۱. گزینه د

کنتراندیکاسیون های نسبی شامل، سطح نامناسب استخوان اینترپروگزیمال، ضخامت ناکافی بافتی، میزان ناکافی لثه کراتینیزه، عمق نامناسب وستیبولار برای بالا بردن فلپ و سیگار کشیدن می شود.

۳۲. گزینه الف

اندیکاسیون های حفاظت از ساکت شامل نیاز به کاهش تحلیل استخوان در موارد جای گذاری تأخیری ایمپلنت، و همچنین هر شرایط دیگری که در آن بیمار نیاز به حفظ استخوان داشته باشد، می باشد. حفاظت از ساکت به طور معمول به وسیله ی اتوگرفت ها، آلوگرفت ها، زانو گرفت ها، و آلوپلاست ها انجام می شود.

۳۳. گزینه د

کنتراندیکاسیون حفاظت از ساکت شامل عفونت های حاد/شرایط پزشکی که می تواند بهبود و ترمیم مناسب را تحت تاثیر قرار بدهد، می باشد. بیمار مبتلا به دیابت کنترل نشده، تحت درمان رادیوتراپی، و استعمال شدید سیگار نیز به دلیل قابلیت کم ترمیم، جز موارد کنتراندیکاسیون برای حفاظت از ساکت می باشد. بیماران دارای آلرژی به مواد پیوندی حفاظت از ساکت، بخصوص مواد سنتتیک، نیز مشخصا برای این درمان کنتراندیکاسیون دارند.