

مجموعه
سوالات

اگستر

پریرودانتیکس

ارتقا ۱۴۰۴

تالیف:

دکتر ساناز اسدی

دندانپزشک رزیدنت پریرودانتیکس علوم پزشکی کیلان

زیر نظر:

دکتر مریم زهري

متخصص پریرودانتیکس

رتبه ۲ بورد تخصصی کشور

استادیار دانشگاه

تست زنی یکی از بهترین روش‌ها جهت مرور و جمع‌بندی منابع به خصوص قبل از آزمون است که باعث مطالعه فعال با بازدهی بالا و درک بهتر مطلب می‌شود، در آزمون تخصصی سال ۹۷ با استفاده از کتاب تست مربوط به همین انتشارات موفق به کسب ۱۰۰ درصد نمره پریو آزمون ورودی شدم که نشان از اهمیت و کاربردی بودن کتاب‌های تست جهت درک و یادآوری بهتر مطالب دارد.

کتاب حاضر حاصل زحمات رزیدنت‌های پرتلاش پریودانتیکس دانشکده شیراز است که شامل سوالات جامع با هدف پوشش دادن کل مطالب و حاوی پاسخ تشریحی با ذکر محل از رفرنس می باشد که با توجه به افزایش حجم رفرنس پریودانتیکس به جرات از بهترین روش‌ها برای مرور و جمع‌بندی است که برای دانشجویان دندان پزشکی و همچنین رزیدنت‌های پریودانتیکس قابل استفاده است. امید دارم که این کتاب مورد استفاده بهینه همه خوانندگان و علاقه مندان رشته پریودانتیکس قرار گیرد.

دکتر ساناز اسدی

پاییز ۱۴۰۴

سؤالات آزمون ارتقا پرودانتیکس ۱۴۰۴.....	۵
پاسخ‌های تشریحی پرودانتیکس ارتقا ۱۴۰۴.....	۲۲

artinteb.com

سؤالات آزمون ارتقا پرودانتیکس ۱۴۰۴

۱- اگر پژوهشگری بخواهد بهترین سطح شواهد را برای بررسی پیش‌آگهی (Prognosis) بیماران مبتلا به پریدونتیت انتخاب کند، متاآنالیز بر روی کدام مطالعات بهترین است؟ (کارانزا)

الف) کارآزمایی بالینی تصادفی شده (RCT)

ب) مطالعه کوهورت آغازین (Inception cohort study)

ج) مطالعه مورد - شاهدی (Case-control study)

د) کارآزمایی کنترل شده برای مقایسه با تست طلایی (Controlled trial)

۲- برای اینکه یک متغیر به عنوان (confounder) شناخته شود، کدام شرایط باید برقرار باشد؟ (کارانزا)

الف) فقط باید با Exposure (عامل مواجهه) مرتبط باشد، ارتباط با پیامد لازم نیست.

ب) فقط باید با Outcome (پیامد) مرتبط باشد، ارتباط با مواجهه لازم نیست.

ج) باید هم با Exposure و هم با Outcome ارتباط داشته باشد و مستقل از رابطه علت - معلولی بین آنها باشد

د) اگر در مدل رگرسیون وارد شود، به طور کامل اثر مواجهه را حذف کند.

۳- خانمی ۳۵ ساله با شکایت لقی دندان قدام پایین مراجعه نموده است. براساس یافته‌های بالینی زیر

تشخیص خود را تعیین کنید: (کارانزا)

• BOP مثبت در بیش از ۷۰٪ نواحی

• PI حدود ۵۰٪

• میانگین عمق پاکت ≤ ۵ میلی‌متر

• میانگین CAL ۲ میلی‌متر، ولی دندان پرمولر چپ پایین و مولر اول راست بالا ۶ میلی‌متر دارد.

Localized Periodontitis Stage II (ب)

Localized Periodontitis Stage III (الف)

Generalized Periodontitis Stage III (د)

Generalized Periodontitis Stage II (ج)

۴- درمان موفق پریدونتیت مرتبط با پاپیلون لفور وابسته به حذف کدام باکتری است؟ (کارانزا)

Aggregatibacter actinomycetemcomitans (ب)

Fusobacterium nucleatum (الف)

Tannerella forsythia (د)

Prevotella intermedia (ج)

۳۹- کدام روش تزریق بی‌حسی موضعی در بیمار مبتلا به افزایش فشار خون منع مصرف دارد؟ (کارانزا)

الف) بلاک آلوئولار تحتانی
ب) بلاک گریتر پالاتین

ج) بلاک پوسترور سوپریور آلوئولار
د) داخل لیگامان پریدونتال

۴۰- آقای ۴۸ ساله با شکایت از پایین رفتن لثه و حساسیت دندان در پرمولرهای ماگزینا مراجعه کرده است. بیمار مشکل سیستمیک ندارد و سیگار نمی‌کشد. در معاینه کلینیکی مارجین لثه باکالی ۳-۴ میلی‌متر اپیکالی‌تر از CEJ قرار داشته و عمق پروبینگ ۲-۳ میلی‌متر است (BOP منفی). براساس راهنمای ارجاع بیمار به متخصص ایشان در کدام سطح قرار می‌گیرد؟

الف) سطح ۱
ب) سطح ۲
ج) سطح ۳
د) سطح ۴

۴۱- در بیماری که جهت افزایش طول تاج کلینیکی در ناحیه زیبایی (aesthetic crown-lengthening) به شما مراجعه کرده است، با توجه به شرایط زیر کدام یک از طرح درمان‌های زیر مناسب‌تر است؟ (کانرزا)
عمق پروبینگ = ۲ میلی‌متر

موقعیت مارجین لثه = ۳ میلی‌متر کرونالی‌تر از CEJ

موقعیت مارجین استخوان = ۱ میلی‌متر اپیکالی‌تر از CEJ

عرض لثه کراتینیزه = ۵ میلی‌متر

الف) Apically positioned flap without bone contouring

ب) Apically positioned flap with bone contouring

ج) Undisplaced flap with bone contouring

د) Gingivectomy

۴۲- بیماری با شکایت درد و تورم در نواحی پری آپکس دندان مولر اول مراجعه نموده است. (این علایم در یک هفته اخیر ایجاد شده است). علایم دهانی بیمار به شرح زیر است: (کارانزا)

دندان درگیری درجه ۲ فورکا، لقی درجه ۲ دارد. به دق حساس است. ولی عمق پروبینگ اینتر پروگزیمال نرمال است. اولین اقدام درمانی تان چیست؟

الف) ابتدا باید درمان GTR فورکا انجام شود و در صورت موفقیت، تاج دندانی بازسازی گردد.

ب) درمان ریشه دندان و پیگیری ضایعه

ج) کشیدن دندان

د) درمان ریشه دندان و کورتاژ دقیق و کامل فورکا



(۷) گزینه ب (فصل ۹-۵) (۲۰۲۳)**Candidate gene approach:**

یک رویکرد نقشه‌برداری ژنی که بررسی می‌کند آیا یک آلل از یک ژن در بیماران مبتلا به بیماری بیشتر از افراد بدون بیماری رخ می‌دهد یا خیر. این روش‌ها همچنین به عنوان تجزیه و تحلیل‌های ارتباطی شناخته می‌شوند و هدف آنها شناسایی ژن‌های مرتبط با بیماری است. ژن‌های کاندید بر اساس عملکرد شناخته شده یا فرضی آنها انتخاب می‌شوند (یعنی آنها نقش قابل قبولی در فرآیند بیماری دارند، مانند تولید پروتئینی که در پاتوژن بیماری مهم است). از نظر مفهومی، این منطقی است، اما برای جستجوی آن به دانشی در مورد ژن کاندید نیاز است.

Case-control studies:

مطالعاتی که در آنها ساختار ژنتیکی بین موارد (که بیماری مورد نظر را دارند) و گروه کنترل (که بیماری ندارند) مقایسه می‌شود. جمعیت‌ها باید به دقت تطبیق داده شوند، در غیر این صورت تفاوت‌های مشاهده شده آشکار بین موارد و گروه کنترل می‌تواند به عنوان مثال به دلیل تنوع قومی یا جغرافیایی ایجاد شود.

Twin studies:

مقایسه صفات - از جمله بیماری‌ها در دوقلوهای تک‌تخمکی، دوتخمکی یا معمولاً هر دو نوع - با هدف تعیین اینکه آیا تنوع در صفت در بین اعضای یک جمعیت ناشی از تنوع ژنتیکی در توالی‌های DNA ارثی، مواجهه‌های محیطی در زندگی افراد یا ترکیبی از هر دو این فرآیندها است. مطالعات دوقلوها اغلب میزان تطابق دوقلوها را در رابطه با یک صفت یا بیماری خاص مورد نظر اندازه‌گیری می‌کنند. دوقلوهای تک‌تخمکی (یکسان) تقریباً در DNA خود یکسان هستند، در حالی که دوقلوهای دوتخمکی (غیریکسان) به طور متوسط نیمی از DNA خود را به عنوان توالی‌های یکسان که از والدین خود به ارث برده‌اند، به اشتراک می‌گذارند. اگر یک بیماری وراثت‌پذیری بالایی داشته باشد، دوقلوهای یکسان به احتمال زیاد هر دو مبتلا یا هر دو غیرمبتلا (همان‌گ) خواهند بود. با این حال، این فرض در بسیاری از بیماری‌ها پیچیده است. یک جهش ژنتیکی ممکن است نفوذ کامل نداشته باشد و شرایط محیطی ممکن است در ایجاد بیماری نقش داشته باشد (به عنوان مثال، یک دوقلو ممکن است سیگار بکشد و دیگری سیگار نکشد). علاوه بر این، بسیاری از بیماری‌ها چندژنی هستند (یعنی ناشی از تغییرات در چندین ژن).

Familial aggregation and relative risk:

بسیاری از بیماری‌ها در خانواده‌ها ارثی هستند و میزان خوشه‌بندی در خانواده را می‌توان با مقایسه تعداد موارد بیماری در بستگان بیماران با خطر بیماری در جمعیت عمومی تخمین زد. مشکلات این رویکرد به این واقعیت مربوط می‌شود که اعضای خانواده علاوه بر داشتن ژن‌های مشترک زیاد، جنبه‌های زیادی از یک محیط مشترک (مانند رژیم غذایی، تغذیه، سیگار کشیدن، ارگانیسم‌های عفونی، عوامل اجتماعی-اقتصادی مشترک) را نیز به اشتراک می‌گذارند.

Segregation analyses:

تحلیل‌های آماری الگوهای انتقال یک بیماری در خانواده‌ها به منظور تعیین احتمال نسبی اینکه بیماری توسط یک ژن واحد با وراثت غالب یا مغلوب، توسط چندین ژن یا کاملاً توسط تنوع در مواجهه با عوامل خطر ایجاد می‌شود. نسبت‌های مشاهده‌شده فرزندان که دارای صفت یا بیماری مورد ارزیابی هستند (یعنی فنوتیپ) با نسبت‌هایی که انتظار می‌رود در جمعیت عمومی یافت شوند، مقایسه می‌شوند.