

مجموعه
سوالات

اکسپرس

بیروتیز

اربعاء ۱۴۰۴

گردآوری:

دکتر درسا مهدوی

دکتر زهرا السادات المدرسی

دستیاران تخصصی پروتزه‌های دندان‌دانشکده دندانپزشکی شیراز

زیر نظر:

دکتر مهرناز کریمی افشار - دکتر سجاد باصری

اعضای هیئت علمی گروه پروتزه‌های دندان‌دانشکده دندانپزشکی شیراز

بسمه تعالی

آزمون ارتقای دستیاری تخصصی یکی از مراحل مهم در مسیر آموزش تخصصی دندانپزشکان است که هدف آن ارزیابی میزان دانش، درک مفاهیم علمی و توانایی تحلیلی بالینی دستیاران می‌باشد. کتاب حاضر با هدف گردآوری و تحلیل سوالات آزمون ارتقاء پروتز ۱۴۰۴ و با همکاری دستیاران محترم گروه پروتزهای دندانی دانشکده دندانپزشکی شیراز خانم‌ها دکتر مهدوی و دکتر المدرسی تهیه شده است. امید است این مجموعه بتواند به عنوان منبعی کاربردی در افزایش آمادگی علمی و موفقیت دستیاران محترم رشته پروتزهای دندانی در آزمون‌های مورد و ارتقا موثر واقع شود.

از همکاری صمیمانه مدیریت محترم انتشارات آرئین طب جناب آقای علیدایی و نیز سرکار خانم‌ها معصومه لاری، معصومه زیرک و کاویانی در تهیه و نشر این مجموعه سپاسگزاریم.

دکتر مهرناز کریمی افشار

دکتر سجاد باصری

پاییز ۱۴۰۴

فهرست مطالب

عنوان

صفحه

۵.....	سؤالات ارتقا پروتز ۱۴۰۴.....
۵.....	Rosenstiel 2023.....
۸.....	Dawson 2007.....
۱۰.....	Okeson 2020.....
۱۱.....	Misch 2015.....
۱۳.....	Zarb 2013.....
۱۵.....	Stewart 2008.....
۱۷.....	Taylor 2000.....
۱۹.....	پاسخ‌های تشریحی سؤالات ارتقا پروتز ۱۴۰۴.....
۱۹.....	Rosenstiel 2023.....
۲۶.....	Dawson 2007.....
۲۹.....	Okeson 2020.....
۳۴.....	Misch 2015.....
۳۹.....	Zarb 2013.....
۴۲.....	Stewart 2008.....
۴۶.....	Taylor 2000.....

سؤالات ارتقا پروتز ۱۴۰۴

Rosenstiel 2023

۱- حداقل ارتفاع دیواره قابل قبول برای تامین مقاومت (رزیستنس) کافی در تراش دندان پرمولر و مولر به ترتیب از راست به چپ چند میلیمتر است؟

الف) ۳ و ۳/۵ (ب) ۳/۵ و ۴ (ج) ۴ و ۳/۵ (د) ۳ و ۳/۵

۲- شیارهای تعیین عمق برای کاسپ‌های غیر فانکشنال و فانکشنال نسبت به شیب‌های کاسپی به ترتیب باید چگونه باشند؟

الف) مسطح‌تر - موازی (ب) مسطح‌تر - مسطح‌تر
ج) موازی - مسطح‌تر (د) موازی - موازی

۳- کدام گزینه در مقایسه بین جراحی افزایش طول تاج (C.L.) و اکستروژن ارتودنتیک صحیح است؟

الف) با جراحی C.L. خاصیت اهرمی در ریشه کاهش می‌یابد.
ب) در اکستروژن ارتو، طول ریشه کلینیکال ثابت می‌ماند.
ج) در اکستروژن ارتو، طول تاج کلینیکال ثابت می‌ماند.
د) نسبت طول تاج به ریشه کلینیکی در C.L. بهتر از اکستروژن ارتو است.

۴- کدامیک از عبارات زیر در مورد Investing and Casting پست و کورها نسبت به روکش صحیح است؟

الف) این پروسه با قرار دادن لاینر ضخیم‌تر و در دمای بالاتر انجام می‌شود.
ب) این پروسه با حذف لاینر و در دمای بالاتر انجام می‌شود.
ج) این پروسه با قرار دادن لاینر ضخیم‌تر و در دمای پایین‌تر انجام می‌شود.
د) این پروسه با حذف لاینر و در دمای پایین‌تر انجام می‌شود.

۵- جهت چسباندن پست و کور، کدامیک از گزینه‌های زیر ترتیب صحیحی از بابت کاهش گیر سمان را نشان می‌دهد؟

الف) سمان‌های رزینی چسبنده < گلاس ایونومر < پلی کربوکسیلات و کامپوزیت رزین
ب) سمان‌های رزینی چسبنده < کامپوزیت رزین < گلاس ایونومر و زینک فسفات

۲۶- گزینه د، فصل ۶، تصویر ۶-۴

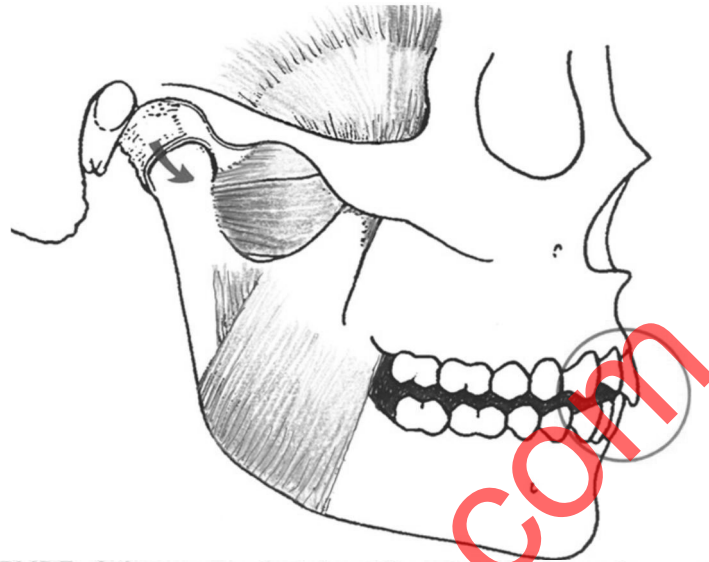


FIGURE 6-4 Posterior disclusion: When the posterior teeth are separated in all eccentric jaw movements by the combination of anterior guidance in the front and condylar guidance in the back, more than two-thirds of the elevator muscle force is shut off.

۲۷- گزینه الف، فصل ۷، شکل ۷-۱۷

• موقعیت midmost

موقعیت braced نشان داده شده در شکل همیشه همزمان با موقعیت upper most است. استاپ قطب مدیال همچنین از حرکت افقی دندان های خلفی پایین به سمت خط وسط جلوگیری می کند، یک طراحی آناتومیک ضروری که منحنی نرمال اکلوزن را ممکن می سازد. همچنین توضیح می دهد که چرا باید شیفت فوری از موقعیت کاملاً نشسته کندیل ها در رابطه مرکزی امکان پذیر نیست.

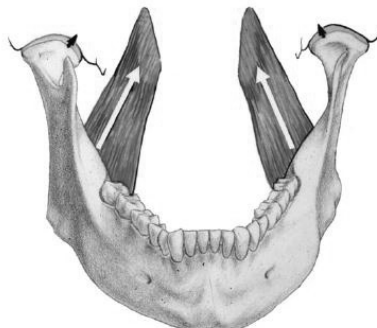


FIGURE 7-17 Medial pole bracing in line with internal pterygoid muscle contraction establishes the midmost position at centric relation.

Misch 2015

۴۱- گزینه ج، فصل ۲۳

هرگاه در آینده بیمار بتواند هزینه ایمپلنت‌های اضافی بر A,C,E را بپردازد محل‌های بعدی ایمپلنت در صورت نبود استخوان مناسب در خلف فورامن منتال B,D خواهد بود و اگر استخوان مناسب باشد دو ایمپلنت جدید یکی در ناحیه مولر و دیگری در محل B,D سمت مقابل قرار می‌گیرد سپس یک بار اوردنچر و پروتز جدید اجازه ساخت RP4 یا پروتز ثابت را می‌دهد.

۴۲- گزینه ب، فصل ۷

فاز اول: تصویربرداری ایمپلنت قبل از جراحی و شامل تمام معاینات رادیولوژی قبلی و جدیدی است که به تیم ایمپلنت در طرح درمان نهایی کمک می‌کند.
فاز دوم: تصویربرداری حین جراحی با تمرکز بر کمک به مرحله جراحی و مداخله پروتزی شامل ارزیابی ۱-نواحی کاشت حین و بلافاصله بعد از جراحی ۲-ارزیابی مرحله بهبود و اینترگریشن ایمپلنت ۳-اطمینان از موقعیت اباتمنت و ساخت صحیح پروتز.
فاز سوم: تصویربرداری بعد از پروتز ۱-درست بعد از قراردادی پروتز انجام می‌شود و از آن به بعد ادامه می‌یابد، ۲-پایه ارزیابی آینده تطابق قطعات، ۳-سطح استخوان مارژینال، ۴-بررسی وجود سمان

۴۳- گزینه ب، فصل ۲۲

روش ساب آنترال ۳ (SA3) پیوند سینوس همراه با قراردادی همزمان یا تاخیری ایمپلنت: این روش هنگامی استفاده می‌شود که ارتفاع استخوان موجود بین ۵ تا ۱۰ میلی‌متر و پهنای کافی بین کف سینوس و کرسر ریج باقیمانده در ناحیه مورد نظر وجود دارد. اگر پهنای ریج بیشتر از ۶ میلی‌متر باشد می‌توان در همین جلسه ایمپلنت را قرار داد. برای قراردادی همزمان باید ارتفاع استخوانی بیش از ۵ میلی‌متر و استخوان D3 یا بهتر باشد، عرض استخوان بیش از ۶ میلی‌متر بوده و پارافانکشن یا پارگی ممبران وجود نداشته باشد.
در صورتی که موارد زیر وجود داشته باشد ایمپلنت همزمان تجویز نمی‌شود: ارتفاع استخوان بیش از ۵ میلی‌متر و D4 یا عرض کمتر از ۶ میلی‌متر یا پاتولوژی سینوس درمان نشده و تاریخچه سینیوزیت یا کنتراندیکاسیون‌های نسبی مثل سیگار کشیدن؛ دیابت؛ بیماری پریودنتال؛ پارافانکشن بر روی RPD موقت و یا پارگی غشای سینوس

BOX 22-2 Implant Placement (SA-3I)

When the endosteal implants are inserted at the same time as the sinus graft, several conditions are suggested:

1. >5 mm bone height (D3 or better)
2. >6 mm bone width
3. No sinus pathology
4. No history of sinusitis
5. No relative contraindications
6. No parafunction on RPD transitional
7. No sinus membrane perforation

RPD, Removable partial denture; SA, subantral.

دندان‌های بالا هنگام ادای اصوات با لیبیال لب پایین تماس دارد، قدامی‌های بالا جلوتر چیده شده یا قدامی‌های پایین عقب‌تر چیده شده (هنگام ادای اصوات لب پایین از دندان‌های قدامی پایین دور می‌شود drop away) و اگر دندان‌های قدامی بالا حین ادای اصوات با لینگوال لب پایین تماس دارند قدامی‌های بالا عقب‌تر چیده شده یا قدامی‌های پایین را جلوتر چیده‌ایم (که اثر آن تمایل لب پایین و جابجایی دنچر از جای خود است و اثر قدامی‌های پایین روی مخاط لب پایین می‌ماند).

۶۸- گزینه ب، فصل ۷

علت اولیه ایجاد زخم در بیماران استفاده کننده از دنچر قطع یا کاهش جریان خون عروق کوچک می‌باشد.

۶۹- گزینه ج، فصل ۳

- تغییرات پوست در اثر افزایش سن: کاهش سلول‌های لانگرهانس که سبب پاسخ نامطلوب ایمنی است/ لکه‌های پوستی (mottling) که باعث محافظت طبیعی در برابر نور خورشید می‌شوند/ رشد اپیدرم با ملانوسیت‌های بزرگ که باعث ضخیم شدن اپیدرم و نمای چرمی می‌شود.
- تغییرات ظاهری شامل: کاهش تفرع لب بالا و فیلتروم صاف/ عمیق شدن شیار نازولبیال و گودی عمیق گونه در پی آتروفی چربی زیرجلدی و باکال پد/ از دست رفتن ساپورت پد چربی ناحیه presymphisial که باعث افتادگی لب بالا (cheiloptosis) می‌شود.

۷۰- گزینه الف، فصل ۱۱

تلفظ حرف S اوربایت و اورجت موقعیت زبان را نشان می‌دهد. همچنین نشان دهنده موقعیت قدامی‌های بالا نسبت به ریح و ارتفاع مناسب قدامی‌های بالا و پایین است. اگر S نا واضح باشد دندان‌های قدامی بالا خیلی کوتاه هستند یا خیلی بالا چیده شده‌اند.

۷۱- گزینه د، فصل ۸

Stewart 2008

۷۲- گزینه الف، فصل ۵

۷۳- گزینه ب، فصل ۲

اتصال دهنده فرعی که بیس پروتز را به اتصال دهنده اصلی متصل می‌کند شامل سه نوع است: ۱- با ساختار باز (open construction) ۲- ساختار مشبک (mesh construction) ۳- اجزایی به شکل مهره سیم یا سر میخ روی بیس فلزی
این اتصال دهنده اصلی باید محکم و سخت باشد تا کمترین تداخل را با چیدن دندان‌ها داشته باشد. در فک بالا بیس انتهای آزاد تمام طول ریح را تا انتهای توبرزیته بپوشاند و تا تریگوماگزیلاری ناچ ادامه یابد. در فک پایین باید ترومولارپد را بپوشاند و تا دو سوم ریح بی‌دندانی گسترش یابد.

استفاده از FPD مجاز نمی‌باشد. در این بیماران ساخت پروتز اینتریم ضمن بازگشت فانکشن جویدن مشکل حفظ فضا را حل می‌کند.

اندیکاسیون‌های پروتز پارسیل انتقالی (transitional): هنگامی که همه یا برخی دندان‌های باقیمانده غیر قابل ترمیم است اما به دلیل جسمی یا روانی امکان کشیدن آن وجود ندارد، بیماران مسن یا مبتلا به بیماری ناتوان کننده که کشیدن دندان سبب تشدید بیماری زمینه‌ای شود، بیمارانی که از نظر روحی و روانی نمی‌توانند کشیدن دندان‌های خود را تحمل کنند.

اندیکاسیون‌های پروتز پارسیل درمانی (treatment): در اکثر موارد برای حمل تیشو کاندیشنر

۸۶- گزینه ج، فصل ۱۸

حساس‌ترین مرحله ریلاین حفظ رابطه دندان‌ها به اسکلت فلزی در حین قالب‌گیری است.

۸۷- گزینه ب، فصل ۲

مزایای پوشش کامل کامی:

- هنگامی که تمام دندان‌های خلفی را جایگزین می‌کنیم.
- هنگامی که دندان‌های باقی مانده پروگنوز خوبی ندارند.
- توزیع مناسب نیرو بر روی دندان و بافت
- امکان تامین ثبات اضافه هنگامی که ارتفاع استخوان حداقل است.
- پخش نیروی نامطلوب لترالی و افقی با تماس نزدیک بین اتصال دهنده و بافت نرم

۸۸- گزینه ج، فصل ۱۴

جایگاه رست انسیزال در مینا به دلایل زیر نامطلوب‌ترین است:

- ۱- نازیب بودن ۲- تداخل با اکلوزن ۳- دور بودن مرکز چرخش دندان پایه که مهمترین است.
- در صورت قراردعی مناسب و تراش کافی می‌تواند با موفقیت استفاده شود. معمولاً روی کانین مندیبل به کار می‌رود. جایگاه رست انسیزال روی دندان انسیزور به دلیل مسائل زیبایی و مکانیکی آخرین راه حل است و فقط روی سطوح مینایی باید استفاده شود.
- گسترش به سمت لینگوال جهت جلوگیری از جابجایی فیشیالی دندان پایه و ایجاد کانال کوچک در سطح لینگوال جهت مخفی کردن ضخامت اتصال دهنده فرعی مربوطه باید انجام شود.

Taylor 2000

۸۹- گزینه الف، فصل ۲

تجربه نشان داده است که متخصصین رادیوتراپی عموماً با خارج کردن ایمپلنت‌ها در مناطق تحت درمان موافقت می‌کنند.

۹۰- گزینه ب، فصل ۲

بدترین و پایدارترین عارضه در رادیاسیون سر و گردن، خشکی دهان (Xerostomia) است.