

مجموعه
سوالات

اکسپرس

کار ۲۰۲۴

بورد، ارتقا و دستیاری ۱۴۰۴ - ۱۳۹۰

تألیف و گردآوری

دکتر علی زارعیان جهرمی

دستیار تخصصی پرودانتیکس

به نذر آن که جانش در تجلی است

همه عالم کتاب حق تعالی است

در ایام گردآوری این اثر، مردم ایران جان‌های شیرین خود را زیر بمباران‌های ظالمانه از دست می‌دادند؛ تا در سوگ جانکاهشان پرده از چهره سیاه جهان به ظاهر متمدن برداشته شود. هدفمند بودن حملات به دانشگاه‌ها، آزمایشگاه‌ها و مراکز پژوهشی، و قتل دانشمندان هسته‌ای و هوش مصنوعی گواهی است بر این واقعیت که «علم»، نقطه قدرت ایران و کانون نگرانی دشمنان است. این مهم انکارناشدنی است که باید تمامی توان خود را برای اعتلای این سرزمین مادری به کار گیریم و لحظه‌ای را برای ارتقای علمی این مرز و بوم و خدمت به این مردم از دست ندهیم. از ارکان اصلی این پیشرفت، جوانانی هستند که با انگیزه‌ی ساختن کشور خود و خدمت به هموطنان خود، عمر گرانمایه خود را در این مسیر وقف می‌کنند. در راستای همراهی با این عزیزان و با هدف صرفه‌جویی در زمان آنان، تالیف پیش رو رقم خورد. در این کتاب، تلاش شده است تا مجموعه‌ای جامع از پرسش‌های آزمون‌های پورد، ارتقا و دستیاری که با آخرین ویرایش کتاب مرجع Periodontology & Implantology Newman & Carranza, 2024 مطابقت دارند در بازه‌ی ۱۵ سال اخیر (۱۳۹۰ تا ۱۴۰۴) گردآوری شود؛ در این میان، برخی از سوالات سایر آزمون‌ها، سوالات سال‌های پیش از بازه مذکور و همچنین سوالات تالیفی نیز جهت جامعیت بیشتر به این کتاب افزوده شده است. امید است که پایبندی به متن کتاب مرجع و رعایت ترتیب سوالات بر اساس آن، خوانندگان را در تسریع روند مطالعه یاری کند. شایان ذکر است که جرقه اولیه نگارش این اثر، از حسن ظن خوانندگان به کتاب دکتر مرتضی قادری احسان‌پور و نیاز به تکمیل و تطبیق آن ناشی شده بود. جهت جلوگیری از تکرار پاسخ تشریحی مشابه سوالات متفاوت، آن پاسخ در انتهای آخرین سوال آورده شده است. علی‌رغم دقت، پیگیری و صرف وقت بسیار برای جستجوی پاسخ‌ها در منابع جدید و ویرایش آن‌ها، بعید نیست که این مجموعه از خطای احتمالی مبرا نباشد. لذا از همکاران و دانشجویان گرامی کمال سپاس را خواهم داشت اگر موارد احتمالی را جهت اصلاح و تکمیل در چاپ‌های آتی به نشانی ایمیل zali13723@gmail.com ارسال نمایند.

به یاد کودکان لامرد

علی زارعیان جهرمی

تیر ۱۴۰۵

سؤالات فصل ۱: پرودنتولوژی و ایمپلنتولوژی بالینی در عصر پزشکی دقیق.....	۷
سؤالات فصل ۲: تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد.....	۹
سؤالات فصل ۳: تفکر انتقادی: ارزیابی شواهد.....	۱۲
سؤالات فصل ۴: آناتومی، ساختار و عملکرد پرودنشیوم.....	۱۵
سؤالات فصل ۵: طبقه‌بندی بیماری‌ها و شرایط تأثیرگذار بر پرودنشیوم.....	۳۷
سؤالات فصل ۶: مبانی در روش‌های اپیدمیولوژی بیماری‌های پرودنتال.....	۴۴
سؤالات فصل ۷: اطلس بیماری‌های پرودنتال.....	۴۹
سؤالات فصل ۸: پاتوژن‌های بیماری‌های پرودنتال.....	۵۳
سؤالات فصل ۹: دندانپزشکی دقیق: ژنتیک و اپی‌ژنتیک در پرودنتیت.....	۶۵
سؤالات فصل ۱۰: بیوفیلم و میکروبیولوژی پرودنتال.....	۶۸
سؤالات فصل ۱۱: تقابل میکروب و میزبان و پاسخ التهابی.....	۷۳
سؤالات فصل ۱۲: رفع التهاب.....	۷۶
سؤالات فصل ۱۳: افزایش سن و پرودنشیوم.....	۷۸
سؤالات فصل ۱۴: مکانیسم‌های دفاعی لثه.....	۸۱
سؤالات فصل ۱۵: ژن‌یویت ناشی از بیوفیلم دندان‌ها و مدیریت آن.....	۸۶
سؤالات فصل ۱۶: بیماری‌های سیستمیک و موضعی درگیرکننده لثه.....	۹۵
سؤالات فصل ۱۷: عفونت حاد لثه‌ای و درمان.....	۹۹
سؤالات فصل ۱۸: Desquamative Gingivitis.....	۱۰۹
سؤالات فصل ۱۹: افزایش حجم لثه و مدیریت آن.....	۱۱۷
سؤالات فصل ۲۰: سلامت و بیماری پرودنتال در کودکان و نوجوانان.....	۱۲۳
سؤالات فصل ۲۱: پرودنتیت.....	۱۲۹
سؤالات فصل ۲۲: تشکیل پاکت پرودنتال و الگوهای از دست رفتن استخوان.....	۱۳۵
سؤالات فصل ۲۳: عوامل خطر بیماری پرودنتال (سیگار).....	۱۴۵
سؤالات فصل ۲۴: نقش جرم دندان‌ها و سایر عوامل مستعدکننده موضعی.....	۱۴۹
سؤالات فصل ۲۵: تأثیر شرایط سیستمیک بر پرودنشیوم.....	۱۵۵
سؤالات فصل ۲۶: تأثیر عفونت پرودنتال بر سلامت سیستمیک.....	۱۶۳
سؤالات فصل ۲۷: آسیب‌شناسی و مدیریت پرودنتال مشکلات مرتبط با عفونت ویروسی، از جمله HIV، COVID و.....	۱۶۸
سؤالات فصل ۲۸: درمان پرودنتال در بیماران زن.....	۱۷۱
سؤالات فصل ۲۹: سالمندی و سلامت پرودنتال: یک رابطه بلندمدت.....	۱۷۸
سؤالات فصل ۳۰: عفونت‌های حاد پرودنتال و مدیریت آن.....	۱۷۹
سؤالات فصل ۳۱: هالیتوزیس (تنفس بد بو).....	۱۸۳
سؤالات فصل ۳۲: پاسخ بافت‌های پرودنتال به نیروهای خارجی.....	۱۹۱

سؤالات فصل ۳۳: اختلالات تنفسی مرتبط با خواب	۱۹۵
سؤالات فصل ۳۴: اختلالات سیستم عضلات جونده که بر پرودنتیوم تأثیر می‌گذارد	۱۹۶
سؤالات فصل ۳۵: نقش اکلوژن و TMD در مدیریت بیماری‌های پرودنتال	۲۰۱
سؤالات فصل ۳۶: سطوح اهمیت بالینی	۲۰۲
سؤالات فصل ۳۷: پرونده الکترونیکی دندانپزشکی و نقش فناوری اطلاعات سلامت در دندانپزشکی	۲۰۶
سؤالات فصل ۳۸: معاینه پرودنتال	۲۰۷
سؤالات فصل ۳۹: کمک‌های رادیوگرافی در تشخیص بیماری پرودنتال	۲۱۳
سؤالات فصل ۴۰: ارزیابی ریسک پرودنتال	۲۱۹
سؤالات فصل ۴۱: تعیین پیش‌آگهی	۲۲۵
سؤالات فصل ۴۲: طرح درمان پرودنتال	۲۳۴
سؤالات فصل ۴۳: مرحله نان‌سرجیکال درمان پرودنتال	۲۳۷
سؤالات فصل ۴۴: دستورالعمل‌های بالینی برای درمان پرودنتیت	۲۴۰
سؤالات فصل ۴۵: ارتباط متقابل رستوریتو	۲۴۲
سؤالات فصل ۴۶: رویکردهای چند رشته‌ای در مقابل رویکردهای بین رشته‌ای در درمان مشکلات دندانی و پرودنتال	۲۴۷
سؤالات فصل ۴۷: ارجاع پرودنتال	۲۴۸
سؤالات فصل ۴۸: ارتودنسی در درمان پرودنتال	۲۵۱
سؤالات فصل ۴۹: ضایعات اندو پرئو، پاتوژن، تشخیص و ملاحظات درمان	۲۵۷
سؤالات فصل ۵۰: کنترل بیوفیلم پلاک برای بیمار پرودنتال	۲۶۳
سؤالات فصل ۵۱: Scaling و اینسترومنتیشن ریشه (Root planing)	۲۶۹
سؤالات فصل ۵۲: تجهیزات و شستشو سونیک و اولتراسونیک	۲۷۹
سؤالات فصل ۵۳: درمان دارویی: استفاده از آنتی‌بیوتیک‌های سیستمیک	۲۸۲
سؤالات فصل ۵۴: مواد آنتی‌میکروبیال موضعی با رهش کنترل شده	۲۸۹
سؤالات فصل ۵۵: مدولاسیون میزبان	۲۹۲
سؤالات فصل ۵۶: فاز جراحی درمان پرودنتال	۲۹۵
سؤالات فصل ۵۷: آموزش و فناوری جراحی	۲۹۹
سؤالات فصل ۵۸: آرمبکشی در پرودنتیکس و جراحی ایمپلنت	۳۰۱
سؤالات فصل ۵۹: آناتومی جراحی پرودنتال و پریایمپلنت	۳۰۷
سؤالات فصل ۶۰: اصول کلی جراحی پرودنتال	۳۱۲
سؤالات فصل ۶۱: درمان جراحی پرودنتال	۳۱۹
سؤالات فصل ۶۲: درمان کاهش پاکت - رویکرد رزکتیو	۳۲۹
سؤالات فصل ۶۳: جراحی بازسازی استخوان	۳۳۵
سؤالات فصل ۶۴: لیزر در درمان‌های پرودنتال و اطراف ایمپلنت	۳۳۹
سؤالات فصل ۶۵: جراحی پلاستیک و زیبایی پرودنتال	۳۴۳
سؤالات فصل ۶۶: آماده‌سازی پرودنشیوم برای دندانپزشکی رستوریتو	۳۵۲
سؤالات فصل ۶۷: درمان پرودنتال بیماران با شرایط پیچیده پزشکی	۳۵۴
سؤالات فصل ۶۸: میکروسرجری پرودنتال	۳۶۸
سؤالات فصل ۶۹: تشخیص و درمان آبسه‌های پرودنتال	۳۷۱
سؤالات فصل ۷۰: درمان حمایتی	۳۷۵
سؤالات فصل ۷۱: نتایج درمان پرودنتال	۳۸۳
سؤالات فصل ۷۲: اینتگریشن ایمپلنت با درمان پرودنتال	۳۸۵
سؤالات فصل ۷۳: آناتومی، بیولوژی و فانکشن بافت‌های پیرامون ایمپلنت ((Peri-Implant))	۳۸۷
سؤالات فصل ۷۴: ارزیابی بالینی بیمار ایمپلنت	۳۹۷
سؤالات فصل ۷۵: تصویربرداری تشخیصی برای بیمار ایمپلنت	۴۰۵

سؤالات فصل ۷۶: ملاحظات پروتزی: بیدندانی پارسیل.....	۴۰۹
سؤالات فصل ۷۷: ملاحظات پروتزی: بیماران کامل بی دندان.....	۴۱۳
سؤالات فصل ۷۸: اقدامات پایه‌ای جراحی ایمپلنت.....	۴۱۷
سؤالات فصل ۷۹: اعمال جراحی پیشرفته ایمپلنت: آگمنتاسیون عمودی و افقی.....	۴۱۹
سؤالات فصل ۸۰: پروسیجرهای پیشرفته جراحی ایمپلنت: آگمنتاسیون سینوس ماگزیلاری.....	۴۲۴
سؤالات فصل ۸۱: اعمال جراحی پیشرفته: قراردعی هم زمان ایمپلنت و آگمنتاسیون بافت در ناحیه زیبایی.....	۴۲۹
سؤالات فصل ۸۲: میکروسرجری ایمپلنت دندان: قرار دادن فوری.....	۴۳۳
سؤالات فصل ۸۳: جراحی پیزو الکتریک استخوان.....	۴۳۴
سؤالات فصل ۸۴: جراحی کاشت ایمپلنت با کمک تکنولوژی دیجیتال.....	۴۳۹
سؤالات فصل ۸۵: از کاشت ایمپلنت تا رستوریشن موقت.....	۴۴۰
سؤالات فصل ۸۶: عوارض مرتبط با ایمپلنت‌های دندانی.....	۴۴۱
سؤالات فصل ۸۷: درمان حمایتی ایمپلنت.....	۴۵۰
سؤالات فصل ۸۸: نتایج درمان ایمپلنت.....	۴۵۴

تعداد سوالات ۱۵ سال اخیر	فصل	تعداد سوالات ۱۵ سال اخیر	فصل	تعداد سوالات ۱۵ سال اخیر	فصل	تعداد سوالات ۱۵ سال اخیر	فصل
بورد، ارتقا و دستیاری		بورد، ارتقا و دستیاری		بورد، ارتقا و دستیاری		بورد، ارتقا و دستیاری	
فصل ۱	۰	فصل ۲۳	۱۳	فصل ۴۵	۱۴	فصل ۶۷	۲۷
فصل ۲	۱۰	فصل ۲۴	۲۳	فصل ۴۶	۰	فصل ۶۸	۶
فصل ۳	۲	فصل ۲۵	۲۹	فصل ۴۷	۲	فصل ۶۹	۱۴
فصل ۴	۸۱	فصل ۲۶	۲۱	فصل ۴۸	۱۲	فصل ۷۰	۳۰
فصل ۵	۲۷	فصل ۲۷	۷	فصل ۴۹	۱۴	فصل ۷۱	۲
فصل ۶	۱۴	فصل ۲۸	۲۲	فصل ۵۰	۱۸	فصل ۷۲	۰
فصل ۷	۱۰	فصل ۲۹	۲	فصل ۵۱	۲۶	فصل ۷۳	۳۱
فصل ۸	۲۹	فصل ۳۰	۶	فصل ۵۲	۱۲	فصل ۷۴	۲۱
فصل ۹	۷	فصل ۳۱	۲۵	فصل ۵۳	۲۹	فصل ۷۵	۷
فصل ۱۰	۱۲	فصل ۳۲	۱۲	فصل ۵۴	۴	فصل ۷۶	۱۱
فصل ۱۱	۳	فصل ۳۳	۰	فصل ۵۵	۱۰	فصل ۷۷	۱۰
فصل ۱۲	۲	فصل ۳۴	۱۱	فصل ۵۶	۱۲	فصل ۷۸	۶
فصل ۱۳	۱۰	فصل ۳۵	۳	فصل ۵۷	۱	فصل ۷۹	۱۴
فصل ۱۴	۲۱	فصل ۳۶	۱۱	فصل ۵۸	۱۴	فصل ۸۰	۱۸
فصل ۱۵	۴۸	فصل ۳۷	۱	فصل ۵۹	۱۵	فصل ۸۱	۷
فصل ۱۶	۶	فصل ۳۸	۲۰	فصل ۶۰	۱۵	فصل ۸۲	۲
فصل ۱۷	۳۴	فصل ۳۹	۱۹	فصل ۶۱	۳۰	فصل ۸۳	۱۶
فصل ۱۸	۲۴	فصل ۴۰	۲۲	فصل ۶۲	۲۱	فصل ۸۴	۲
فصل ۱۹	۲۳	فصل ۴۱	۳۰	فصل ۶۳	۹	فصل ۸۵	۰
فصل ۲۰	۲۳	فصل ۴۲	۸	فصل ۶۴	۱۲	فصل ۸۶	۲۴
فصل ۲۱	۱۹	فصل ۴۳	۱۳	فصل ۶۵	۲۲	فصل ۸۷	۱۰
فصل ۲۲	۳۶	فصل ۴۴	۱	فصل ۶۶	۵	فصل ۸۸	۲

سؤالات فصل ۱

پریودنتولوژی و ایمپلنتولوژی بالینی در عصر پزشکی دقیق

۱- کدام گزینه در مورد پریودنتیت صحیح نیست؟

(تألیف)

- الف) پاکت و افزایش لقی از علائم آن هستند.
ب) درد، ناراحتی، بوی بد دهان و خونریزی هنگام مسواک زدن یا لقی از نشانه‌های معمول آن است.
ج) یک نوع NCCC است.
د) پریودنتیت جزو بیماری‌های کمتر شایع جهان است.

◀ گزینه د

پریودنتیت یکی از شایع‌ترین بیماری‌های جهان است. علائم بالینی: تشکیل پاکت و افزایش لقی دندان می‌باشد. نشانه‌های رایج: درد یا ناراحتی، بوی بد دهان، خونریزی در زمان مسواک زدن و دندان یا دندان‌های لق می‌شود. باید به خاطر داشته باشیم که پریودنتیت یک بیماری مزمن غیر واگیر (noncommunicable chronic condition) است.

۲- کدام گزینه از نظر تعریف بیماری WHO پیامد نامطلوب سلامتی نمی‌باشد؟

(تألیف)

- الف) آسیب جسمی و روانی
ب) محدودیت فعالیت
ج) محدودیت حرفه‌ای و ایفای نقش
د) همه موارد می‌باشد.

◀ گزینه د

WHO بیماری را به عنوان پیامدهای نامطلوب سلامتی شامل آسیب جسمی یا روانی، محدودیت در فعالیت و محدودیت در ایفای نقش تعریف می‌کند. در مجموع

بیماری به صورت عینی (objectively) هر گونه انحرافی از حالت نرمال را نشان داده و ناخشنودی نحوه احساس بیمار از وضعیت غیرطبیعی سلامت بوده و از این رو حالتی ذهنی (subjective) می‌باشد.

۳- کدام گزینه در مورد پزشکی دقیق (precision

(تألیف)

medicine) صحیح است؟

- الف) شامل پزشکی شخصی‌سازی شده و اطلاعات بالینی و بیولوژیکی می‌باشد.
ب) زیرشاخه‌ای از پزشکی شخصی‌سازی شده و اطلاعات بالینی و بیولوژی می‌باشد.
ج) diagnostic بودن پایه آن است.
د) الف و ج

◀ گزینه الف

پزشکی دقیق، پزشکی شخصی‌سازی شده را در بر گرفته و از اطلاعات بالینی و بیولوژیک برای طبقه‌بندی منحصر به فرد بیماران و هدایت تصمیم‌گیری بالینی استفاده می‌کند.

پروتکل بالینی معاصر که از نتایج جایگزین پریودنتیت مانند عمق پروبینگ استفاده می‌کند، محدود به تشخیص بیماری‌های پریودنتالی است که ایجاد شده‌اند و از این رو هیچ راهنمایی در جهت استراتژی‌های پیشگیری ارائه نمی‌کند. الگوی جایگزین مراقبت این امکان را فراهم می‌کند که مراقبت قابل پیش‌بینی، پیشگیرانه، شخصی‌سازی شده و مشارکتی باشد. پایه‌های «مراقبت بهداشتی دقیق» شامل 4P (predictive, preventive, personalized, participatory) می‌شود.

۴- کدام گزینه در مورد فناوری transcriptomics

صحیح است؟

(تألیف)

الف) تجزیه و تحلیل تعداد محدودی مولکول بیولوژیک

ب) مقرون به صرفه

ج) توان عملیاتی پایین

د) متمرکز بر یک رونوشت RNA

گزینه ب

تکنولوژی‌های Omics به آنالیز خصوصیات تعداد زیادی از مولکول‌های بیولوژیک در نمونه‌ها به شیوه‌ای مقرون به صرفه و با توان بالا کمک می‌کند. بسته به نوع مولکول‌های بیولوژیک آنالیز شده، این تکنولوژی‌ها با افزودن پسوند "omics" نامگذاری شده‌اند. به عنوان مثال، ژنومیکس (genomics) بر مطالعه ژن‌ها و عملکرد آنها و ترانسکریپتومیکس بر مطالعه ترانسکریپتوم ارگانسیم (مجموع تمام رونوشت‌های RNA) تمرکز دارد.

۵- کدام روش مطالعه برای تشخیص dynamic

treatment regimens (DTRs) مناسب است؟

(تألیف)

الف) SMART

ب) RCT

ج) Cohort

د) case report

گزینه الف

بر اساس پاسخ به مداخله قبلی و خصوصیات بیمار در هر نقطه معین در درمان، تصمیم بعدی در توالی درمان گرفته می‌شود و این اصلی است که مفهوم رژیم‌های درمانی پویا (DTRs) بر پایه آن شکل گرفته است. کارآزمایی‌های بالینی به شیوه قدیمی در پرودانتیکس این امکان را برای محققان فراهم نمی‌کند تا DTRها را شناسایی کنند یا مداخلاتی را به نام "مداخلات تطبیقی" را که باید بر اساس پاسخ‌های بیمار سازگار شوند را بسنجند. کارآزمایی‌های بالینی تصادفی چندگانه مرحله‌ای (SMART) با کمک تکنیک‌های آماری پیشرفته به محققان اجازه می‌دهد تا DTRها و مداخلات درمانی انطباقی را در یک جمعیت بیمار مشخص شناسایی کنند. در نظر گرفتن چند مرحله از مراحل کلیدی تصمیم‌گیری بالینی همراه با خروجی‌های خاص در طرح‌های SMART، آن را به طراحی ایده آلی برای شناسایی و ارزیابی DTRها تبدیل می‌کند.

۶ سال رخ می‌دهد، اما در نوجوانان و بزرگسالان نیز دیده می‌شود. در بیماران زن و مرد با فراوانی یکسان رخ می‌دهد. هرچند که در بیشتر افراد، عفونت اولیه بدون علامت است. ویروس به عنوان بخشی از عفونت اولیه، از طریق اعصاب حسی و اتونوم بالا می‌رود، در گانگلیون‌های عصبی که محل را عصبدهی می‌کنند، به عنوان HSV نهفته باقی می‌ماند. تقریباً در یک سوم جمعیت جهان، تظاهرات ثانویه یا دوره‌های عود هرپس رخ می‌دهد. این ظهور دوره‌های عود ممکن است با درمان دندانپزشکی، عفونت تنفسی، قرار گرفتن در معرض نور خورشید، تب، تروما، قرار گرفتن در معرض مواد شیمیایی یا استرس عاطفی در افراد با سابقه عفونت ویروس تبخال تسریع شود. تظاهرات ثانویه عبارتند از هرپس لبیاليس، هرپتیت استوماتیت، تبخال تناسلی، تبخال چشمی و آنسفالیت هرپس. در کام، روی لته یا روی مخاط در نتیجه درمان دندانپزشکی که باعث آسیب یا تحریک ویروس نهفته در گانگلیون عصب دهنده به ناحیه، استوماتیت هرپتیت ثانویه می‌تواند رخ دهد. ممکن است ۲ تا ۴ روز بعد به صورت درد دور از محل درمان ظاهر شود. بررسی دقیق برای ویکول-های تیپیک می‌تواند تشخیصی باشد.

دوره بیماری به ۷ تا ۱۰ روز محدود می‌شود. اریتم و ادم منتشر لته که در اوایل دوره بیماری ظاهر می‌شود تا چند روز پس از بهبود ضایعات اولسراتیو باقی می‌ماند. زخم‌های بهبود یافته اسکار ایجاد نمی‌کنند.

۲۸- در هیستوپاتولوژی هرپس دهانی کدام واقعه رخ می‌دهد؟
(دستیاری ۹۴)

- الف) دژنراسیون هیدروپیک در اپی‌تلیوم
- ب) دژنراسیون بالونی در اپی‌تلیوم
- ج) فیبرینولیز در بافت همبندی
- د) دژنراسیون بالونی در فیبروبلاست‌ها

گزینه ب

این ویروس سلول‌های اپیتلیال به نام سلول‌های Tzanck را مورد هدف قرار می‌دهد که دژنراسیون بالونی را نشان می‌دهد که شامل آکانتولیز، پاکسازی هسته‌ای و بزرگ

۲۵- پسر بچه ۷ ساله با درد شدید در ناحیه دهان مراجعه کرده است. تب بالا و لنفادنوپاتی دوطرفه گردن دیده می‌شود و زخم‌های متعدد بر روی لته مارژینال و مخاط و کام نرم وجود دارد. در تاریخچه سابقه الرژی ذکر نمی‌شود. تشخیص افتراقی برای این پسر بچه چیست؟
(بورد ۱۱۴۰۱)

- الف) زخم‌های هرپتی فرم
- ب) هرپانژینا
- ج) مونونوکلئوز عفونی
- د) ژنژیو استوماتیت هرپسی اولیه

گزینه د

۲۶- همه گزینه‌های زیر در ارتباط با Primary Herpetic Gingivostomatitis صحیح است به جز؟
(دستیاری ۹۷)

- الف) دوره بیماری هفت تا ده روز است.
- ب) سلول هدف در این ضایعه سلول‌های اپی‌تلیای هستند.
- ج) شیوع آن در مورد و زن یکسان است.
- د) عامل ایجاد کننده این بیماری HSV-2 است.

گزینه د

۲۷- کودکی ۱۸ ماهه با لکه قرمز رنگ و عفونت منتشر در لته چسبنده، زبان، ناحیه پالاتال و لب‌ها مراجعه نموده است. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟
(مایابی ۹۴)

- الف) Prepubertal gingivitis
- ب) Acute herpetic gingivostomatitis
- ج) اسکواموس سل کارسینوما
- د) سندرم پوتز جگرز

گزینه ب

ژنژیو استوماتیت هرپتیت اولیه یک عفونت حفره دهان است که توسط ویروس هرپس سیمپلکس (HSV) نوع ۱ ایجاد می‌شود. این عفونت اغلب در نوزادان و کودکان زیر

پراکنده دیده می‌شوند. لنفادنوپاتی نیز واضح است.
پروتکل درمانی وی چگونه است؟ (بورد ۹۵)

(الف) تجویز دهانشویه و سوپرا جینیوال دیریدمان
(ب) درمان تسکین‌دهنده شامل دهانشویه و بی‌حس‌کننده و ضد تب

(ج) تجویز آسیکلوویر ۱۰۰ میلی‌گرم ۵ بار در روز و درمان تسکینی

(د) تجویز مترونیدازول ۲۰۰ میلی‌گرم ۲ بار در روز به مدت ۷ روز و تجویز دهانشویه

◀ گزینه ج

در یک مطالعه تصادفی، دوسوکور و کنترل شده با دارونما، امیر و همکارانش نشان دادند که درمان ضد ویروسی با ۱۵ میلی‌گرم/کیلوگرم سوسپانسیون آسیکلوویر که ۵ بار در روز به مدت ۷ روز داده می‌شد، به طور قابل توجهی روند بیماری را بدون عوارض جانبی قابل توجه تغییر داد. به طور خلاصه، اگر ژنژیووستوماتیت اولیه هرپسی در عرض ۳ روز از شروع آن تشخیص داده شود، سوسپانسیون آسیکلوویر باید تجویز شود: ۱۵ mg/kg، پنج بار در روز به مدت ۷ روز. اگر تشخیص بیش از ۳ روز از شروع در یک بیمار دارای ایمنی مناسب رخ دهد، درمان با آسیکلوویر ممکن است اثر محدودی داشته باشد. همه بیماران، از جمله بیمارانی که بیش از ۳ روز پس از شروع بیماری مراجعه می‌کنند، ممکن است مراقبت‌های تسکینی از جمله حذف بیوفیلیم و دبری دریافت کنند. یک NSAID (به عنوان مثال، ایبوپروفن) می‌تواند به صورت سیستمیک برای کاهش تب و درد تجویز شود. در مراحل اولیه ژنژیووستوماتیت هرپسی حاد، ممکن است بیماران، قبل از غذا، مکمل‌های غذایی مصرف کنند یا از بی‌حسی‌های موضعی (مثلاً لیدوکائین استفاده کنند تا به تغذیه مناسب آن‌ها کمک شود. درمان پریدنتال باید تا رفع علائم حاد به تعویق بیفتد تا از احتمال تشدید جلوگیری شود.

شدن هسته است. سلول‌های آلوده به هم می‌پیوندند و سلول‌های چند هسته‌ای را تشکیل می‌دهند و ادم اینترسلولار منجر به تشکیل وزیکول‌های داخل اپیتلیالی می‌شود که پاره می‌شوند و یک پاسخ التهابی ثانویه با ترشح چرکی ایجاد می‌کنند.

۲۹- بیماری ۶ ساله به وزن ۲۰ کیلوگرم چهار روز بعد از ظهور ضایعات وزیکوله منتشر در مخاط دهان که همراه با درد و تب بوده است مراجعه نموده است. کدام یک از درمان‌های دارویی پیشنهادی ارزش بیشتری دارد؟ (ارتقا ۱۳۹۸)

(الف) ۳۰۰ میلی‌گرم محلول آسیکلوویر ۵ بار در روز تا هفت روز

(ب) ۳۰۰ میلی‌گرم محلول آسیکلوویر ۳ بار در روز تا پنج روز

(ج) ۲۵۰ میلی‌گرم محلول آسیکلوویر ۵ بار در روز تا هفت روز

(د) فقط داروهای گروه NSAID تا هفت روز

◀ گزینه د

۳۰- در صورتی که ژنژیووستوماتیت هرپتیک اولیه در طی سه روز اول تشخیص داده شود؛ درمان با آسیکلوویر با دوز روزی به مدت روز می‌تواند به بهبود علائم کمک کند. (دستیاری ۹۳)

(الف) ۱۵ mg/kg-۵ بار ۵-

(ب) ۱۵ mg/kg-۵ بار ۷-

(ج) ۲۰ mg/kg-۵ بار ۷-

(د) ۲۰ mg/kg-۵ بار ۵-

◀ گزینه ب

۳۱- پسر ده ساله‌ای است که با تب مراجعه نموده است. والدین وی از ضعف شدید کودک و ناتوانی وی در و آشامیدن شاکی هستند که از ۲-۳ روز قبل آغاز شده است. بیمار ۳۴ کیلو وزن دارد. در معاینه بالینی لثه‌ها قرمز آتشین بوده و زخم‌های کوچکی به طور

گزینه الف

عوامل خطر برای بیماری پرودنتال:

(۱) سیگار کشیدن

سیگار کشیدن تنباکو یک عامل خطر ثابت برای پرودنتیت است. این ارتباط مستقل از سایر عوامل مانند بهداشت دهان یا سن است. مطالعاتی که پاسخ به درمان پرودنتال را در افراد سیگاری، سیگاری‌های سابق و غیرسیگاری‌ها مقایسه می‌کنند، نشان داده‌اند که سیگار تأثیر منفی بر پاسخ به درمان دارد. با این حال، سیگاری‌های سابق نسبت به غیرسیگاری‌ها پاسخ مشابهی به درمان می‌دهند. این مطالعات تأثیر درمانی ترک سیگار را بر بیماران سیگاری نشان می‌دهند.

(۲) دیابت

دیابت یک عامل خطر واضح برای پرودنتیت است. داده‌های اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد که شیوع و شدت پرودنتیت در بیماران مبتلا

(۳) باکتری‌های بیماری‌زا و رسوبات بیوفیلم

مطالعات رابطه علت و معلولی بین تجمع پلاک باکتریایی و التهاب لثه را نشان می‌دهند. با این حال، اثبات رابطه علت بین تجمع پلاک و پرودنتیت دشوارتر بوده است. ما با سناریوهای بالینی مواجه می‌شویم که در آن بیماران با از دست دادن چسبندگی شدید سطح کمی از پلاک باکتریایی روی دندان‌های آسیب دیده دارند که نشان می‌دهد مقدار پلاک در روند بیماری اهمیت زیادی ندارد. با این حال، اگرچه کمیت ممکن است نشان دهنده خطر نباشد، شواهدی وجود دارد که ترکیب یا کیفیت پیچیده بیولوژیک پلاک مهم است.

از نظر کیفیت پلاک، سه باکتری خاص به عنوان عوامل ایجاد کننده پرودنتیت شناسایی شده‌اند:

Aggregatibacter Aggregatibacter
actinomycetemcomitans
Porphyromonas gingivalis
Tannerella forsythia

عوامل تعیین کننده خطر و ویژگی‌های زمینه برای بیماری پرودنتال:

عوامل ژنتیکی

همچنین تجمع خانوادگی که در پرودنتیت مهاجم موضعی و ژنرالیزه مشاهده می‌شود (پرودنتیت با پیشرفت سریع در بیماران نسبتاً جوان‌تر) نشان دهنده نقش ژنتیکی در این بیماران است.

Kornman و همکاران ۲۶ نشان دادند که تغییرات (پلی‌مورفیسم‌ها) در ژن‌های خاص کدکننده‌ی سیتوکین‌های التهابی مانند $IL-1\alpha$ (interleukin-1 α) و $IL-1\beta$ (interleukin-1 β) با پرودنتیت شدید در افراد غیرسیگاری مرتبط است.

مطالعات دیگر ارتباط محدودی را بین این ژن‌های تغییر یافته و وجود پرودنتیت نشان داده‌اند. به طور کلی، به نظر می‌رسد که تغییرات در ژن $IL-1$ ممکن است تنها یکی از چندین تغییر ژنتیکی باشد که در افزایش خطر پرودنتیت دخیل است.

تغییرات ایمنولوژیک (Immunologic alterations)، مانند ناهنجاری‌های نوتروفیل، واکنش بیش از حد مونوسیتیک به تحریک لیپوپلی ساکراید در بیماران مبتلا به الگوی مولار-اسیزوز پرودنتیت (که قبلاً پرودنتیت مهاجم موضعی نامیده می‌شد) و تغییرات در گیرنده‌های مونوسیت/ماکروفاژ برای قسمت $FC\gamma R$ آنتی‌بادی، به نظر می‌رسد تحت کنترل ژنتیکی باشند. علاوه بر این، ژنتیک در تنظیم تیترا پاسخ آنتی‌بادی ایمنوگلوبولین محافظ $G2$ (IgG2) به *actinomycetemcomitans* A. در بیماران مبتلا به پرودنتیت مهاجم نقش دارد.

سن

هم شیوع و هم شدت بیماری پرودنتال با افزایش سن افزایش می‌یابد. با این حال، همچنین ممکن است که از دست دادن چسبندگی و استخوان که در افراد مسن دیده می‌شود، نتیجه قرار گرفتن طولانی مدت در معرض عوامل خطر دیگر در طول زندگی فرد باشد، که در طول زمان یک اثر تجمعی ایجاد می‌کند.

جنسیت

۱۱ - osteoporosis جزو کدامیک از risk element

(بورد ۹۷)

می باشد؟

الف) risk factor

ب) risk determinant

ج) risk indicator

د) risk marker

◀ گزینه ج

۱۲ - مراجعات نامنظم دندان پزشکی و وجود BOP

برای بیماری پریدونتال به ترتیب از راست به چپ

(ارتقا ۹۳)

می باشد.

الف) Risk factor و Risk indicator

ب) Risk indicator و Risk predictor

ج) Risk predictor, Risk indicator

د) Risk determinant , Risk predictor

◀ گزینه ج

۱۳ - کدام یک جز Risk indicator بیماری

(ارتقا ۹۲)

پریدونتال می باشد؟

الف) ملاقات های دندانپزشکی نامنظم

ب) BOP

ج) مسابقه بیماری قبلی پریدونتال

د) سن

◀ گزینه الف

۱۴ - کدام یک از عوامل زیر در ارزیابی خطر

بیماری های پریدونتال جزء عوامل Risk indicator

(بورد ۹۲)

محسوب می شود؟

الف) سن

ب) استئوپروز

ج) دیابت

د) خونریزی پر اثر پروب کردن

◀ گزینه ب

جنسیت در بیماری پریدونتال نقش دارد. بررسی هایی که از سال ۱۹۶۰ در ایالات متحده انجام شده است نشان می دهد که مردان نسبت به زنان از دست دادن چسبندگی بیشتری دارند.

وضعیت اجتماعی-اقتصادی

ژنئوپیت و بهداشت نامناسب دهان و دندان می تواند با وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین تر (SES) مرتبط باشد. این به احتمال زیاد می تواند به کاهش آگاهی دندانپزشکی و کاهش دفعات ملاقات دندانپزشکی در مقایسه با افراد تحصیل کرده تر با SES بالاتر نسبت داده شود. شواهد جدید حاکی از آن است که میزان تحصیلات پایین یک عامل مهم مرتبط با پریدونتیت است.

استرس

بروز التهاب لثه اولسراتیو نکرروزان در طول دوره های استرس عاطفی و فیزیولوژیک افزایش می یابد که نشان دهنده ارتباط بین این دو است. استرس عاطفی ممکن است با عملکرد طبیعی سیستم ایمنی تداخل داشته باشد و ممکن است منجر به افزایش سطح هورمون های در گردش شود که می تواند بر پریدونتیتوم تأثیر بگذارد. به طور خاص، مشخص شده است که استرس سیستم ایمنی را از طریق محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال یا از طریق محور مدولاری سمپاتیک-آدرنال تنظیم می کند. نشان داده شده است که افزایش کورتیزول و اپی نفرین / نوراپی نفرین به ترتیب باعث افزایش قند خون، تأثیر بر سیستم ایمنی بدن و همچنین تأثیر بر روند بهبود زخم می شوند.

۱۰ - کدام مورد جزو risk indicators بیماری

(دستیاری ۱۴۰۴) (بورد ۹۶)

پریدونتال، نیست؟

الف) دیابت

ب) ابتلا به HIV

ج) استئوپروز

د) ملاقات های دندانپزشکی نامنظم

◀ گزینه الف

به تحلیل رفتن لثه و اختلال در زیبایی شود. در سایت هایی با نیازهای زیبایی بالا، درمان قطعی پری ایمپلنتیت می تواند شامل برداشتن ایمپلنت، پیوند محل و قرار دادن ایمپلنت های دیگر باشد.

۱۰- بیمار خانم ۵۳ ساله سیگاری با بیماری افزایش فشار خون کنترل شده، برای بررسی سالانه وضعیت ایمپلنت ها مراجعه کرده است. در ناحیه ایمپلنت مولر دوم حدود ۳ میلی متر تحلیل بافت نرم، اکسپوز شدن یک thread در سمت باکال، عمق پروبینگ ۵ میلی-متری و خونریزی موقع پروبینگ مشاهده می شود. محتمل ترین تشخیص کدام است؟ (۱۴۰۴ (ب))



الف) پری ایمپلنتیت

ب) پری ایمپلنت موکوریت

ج) سلامت

د) دهایسنس به دلیل کمبود بافت کراتینیزه

گزینه الف

نیست. مقادیر مطلق RFA از یک طرح ایمپلنت به طرح دیگر و از یک محل به محل دیگر متفاوت است. ارزش RFA با اندازه گیری های مکرر همان ایمپلنت در طول زمان ارزیابی می شود زیرا به تغییرات در محل رابط استخوان و ایمپلنت بسیار حساس است. تغییرات کوچک در حمایت از بافت می تواند با استفاده از این روش تشخیص داده شود.

۹- بیمار خانم ۲۳ ساله با سابقه درمان ایمپلنت در ناحیه سانترال بالا با شکایت از تحلیل لثه و نمای فلزی روکش حین لبخند مراجعه کرده است. در معاینه بالینی BOP و تحلیل استخوان مارچینال مشهود است. در صورتی که سطح ایمپلنت از نوع TPS باشد، گزینه درمانی با نتایج قابل پیش بینی کدام است؟ (بورد ۱۳۹۹)

الف) دبریدمان ناحیه و پیوند بافت نرم

ب) دبریدمان ناحیه، ایمپلنت پلاستی و پیوند بافت نرم

ج) دبریدمان ناحیه، پیوند بافت سخت و نرم

د) خارج کردن ایمپلنت

گزینه د

ضد عفونی کردن سطح ایمپلنت، به ویژه برای ایمپلنت هایی با سطوح زبر، چالش برانگیز است. برای برخی روش های درمانی، عود پری ایمپلنتیت بالا نظر می رسد و درمان مجدد ممکن است لازم باشد. به نظر می رسد دسترسی به جراحی برای جلوگیری از تحلیل استخوان اطراف ایمپلنت ضروری است. درمان جراحی می تواند منجر

سناریوی بالینی ۸۷-۱

بیمار: خانمی ۷۳ ساله

شکایت اصلی: بیمار هر زمان که مسواک می زند، درد و خونریزی را در قسمت بالا سمت چپ گزارش می کند. اطلاعات پس زمینه: بیمار مبتلا به فشار خون بالا، کم کاری تیروئید، افسردگی و اضطراب است. او از ۱۷ سالگی روزانه نصف تا سه چهارم یک بسته سیگار می کشد. داروها شامل لیزینوپریل، لووتیروکسین و دولوکستین هستند. او ده سال پیش یک پروتز دندانی داشت. او هیچ دردی یا ناراحتی مرتبط با ایمپلنت را گزارش نمی کند. یافته های فعلی: ایمپلنت شماره ۱۴ یک ایمپلنت در سطح بافت است که قطر آن ۴٫۸ میلی متر است. بیمار دارای ریتم و ادم خفیف تا متوسط است. بافت کراتینه باکال وجود ندارد و ۳ میلی متر تحلیل باکال وجود دارد. مخاط