

۱- در پارادایم بافت نرم، کدام مورد زیر در مبحث "Function emphasis" مطرح می شود؟

Display of teeth (ب)

Equilibrium effects (الف)

TMJ (د)

Functional occlusion (ج)

پاسخنامه: صفحه ۳ درسنامه اصلی



موسسه آموزشی نوآوران دانش (ماهان)

جدول زیر سوال خیزترین بخش این فصل هست!

TABLE 1.1 Angle Versus Soft Tissue Paradigms: A New Way of Looking at Treatment Goals

Parameter	Angle Paradigm	Soft Tissue Paradigm
Primary treatment goal	Ideal dental occlusion	Normal soft tissue proportions and adaptations
Secondary goal	Ideal jaw relationships	Functional occlusion
Hard and soft tissue relationships	Ideal hard tissue proportions produce ideal soft tissues	Ideal soft tissue proportions define ideal hard tissues
Diagnostic emphasis	Dental casts, cephalometric radiographs	Clinical examination of intraoral and facial soft tissues
Treatment approach	Obtain ideal dental and skeletal relationships, assume the soft tissues will be all right	Plan ideal soft tissue relationships and then place teeth and jaws as needed to achieve this
Function emphasis	TMJ in relation to dental occlusion	Soft tissue movement in relation to display of teeth
Stability of result	Related primarily to dental occlusion	Related primarily to soft tissue pressure and equilibrium effects

1

۲- در هیدروسفالی، کدام استخوان جمجمه کمتر متأثر می شود؟

(د) اکسیپیتال

(ج) اسفنوئید

(ب) پارینتال

(الف) فرونتال

پاسخنامه: صفحه ۳۶ درسنامه اصلی



فصل دوم: پروفیت - مفاهیم رشد و نمو

در افراد میکروسفال با مغز کوچک □ جمجمه هم کوچک است. (این مورد بیشتر به دلیل عفونت با ویروس زیکا در زنان باردار رخ می دهد که با رشد عصبی در جنین تداخل می نماید)

در هیدروسفالی جلوی جذب مایع مغزی **خارجی گرفته شده** و **مایع تجمع می کند** و فشار آن بالا می رود و این فشار باعث رشد خارق العاده ای کاسه سر به ۲ تا ۳ برابر اندازه طبیعی می شود و استخوان های فرونتال به آکسی پیتال و پارینتال بزرگ می شود. (بهترین نمونه ی فانکشنال ماتریکس)

2

نکته: افراد هیدروسفال مغز کوچکی دارند و بزرگی جمجمه در آن ها بخاطر فشار زیاد مایع است نه مغز بزرگ.

نکته: جمجمه: قاع، با اسکافوسفال، مانر، است که در، مانر، جمجمه (د؛ مدیاسیتال)، و در، از موقع حوش، منحنی،

۳- عبارت زیر نشان دهنده کدامیک از مراحل رشد در مندیبل است؟

«در دوره ی نوزادی، راموس حدوداً در نقطه ای واقع شده که مولر اول شیری در آنجا رویش خواهد یافت.»

- الف) رسوب پریوستال استخوان
ب) جایگزینی استخوانی اندوکندرال
ج) تحلیل ناشی از مادلینگ
د) جابجایی ناشی از رشد قاعدهی کرانیوم

پاسخنامه : صفحه ۳۳ در سننامه اصلی



موسسه آموزشی نوآوران دانش (ماهان)

در دوران نوزادی راموس تقریباً در محلی قرار دارد که دندان مولر اول شیری خواهد روید. رفته رفته از لبه ی قدامی راموس استخوان برداشته شده (سطح تحلیلی) و به لبه خلفی اضافه می شود (سطح تشکیلی). این پدیده ناشی از مادلینگ است که در سطح پریوست رخ می دهد (مورد اول از عوامل رشدی دخیل در رشد مندیبل). با بروز این پدیده شاهد باز شدن فضا برای رویش دندانها هستیم. راموس بلندتر می شود. یعنی محلی که قبلاً سطح خلفی راموس بوده مدتی بعد به دلیل مادلینگ و ریما دلینگ پیشرونده م و سرانجام حتی تبدیل به قسمت قدامی راموس می شود.

رشد بافت نرم صورت: رشد آن به موازات بافت سخت نیست.

3

۴- بر اساس تقویم سن دندان، بین رویش کدام یک از دندان های دائمی زیر، فاصله زمانی بیشتری وجود دارد؟

- الف) سانترال مندیبل و لترال ماگزایلا
ب) لترال ماگزایلا و کانین مندیبل
ج) کانین مندیبل و پره مولر دوم ماگزایلا
د) کانین ماگزایلا و مولر دوم مندیبل

پاسخنامه : صفحه ۴۹ در سننامه اصلی

سن دندان ۸. رویش دندانهای لترال بالا

سن دندان ۹-۱۰. در این سن هیچ دندان دائمی رویش نمیکنند و تشخیص این دو مرحله بر اساس وضعیت ریشه گازیب و پرمولرهای دائمی و تحلیل شریبا میباشد.

الف) سن دندان ۹. یک سوم ریشه دندانهای ۴ بالا و پایین و ۳ پایین تشکیل شده و ریشه دندان ۳ بالا و ۳ پایین یا تشکیل نشده یا در مراحل آغاز تشکیل است. ریشه تانیاها و مولرهای اول تقریباً تکمیل است. ریشه تانیاها و مولرهای اول تقریباً تکمیل است.

ب) سن دندان ۱۰. حدوداً نصف ریشه دندانهای ۴ بالا و پایین و ۳ پایین تشکیل شده و ریشه دندانهای ۵ بالا و ۳ بالا کامل تر شده است.

دندانهای زمی در دهان ظاهر میشوند که سه چهارم ریشه آنها تشکیل شده باشد و بعد از رسیدن دندان به اکلوژن ۲ الی ۳ سال طول می کشد تا ریشه کامل شود (۲ تا ۳ سال بعد از رسیدن به اکلوژن. نه بعد از رویش)

۴۹

www.mahan-dental.com

فصل سوم: مراحل اولیه تکامل

۵- سن دندان ۱۱. رویش ۴های بالا و پایین و ۳پایین را داریم. معمولاً دندان کلنز زودتر از پرمولر درمی آید ولی مهم همگروهی آنها با هم است نه جزئیات ترتیب رویشی. در این مرحله ریشه تمام تانیاها و مولرهای اول دائمی بسته شده است.

۶- سن دندان ۱۲. رویش ۵ بالا و پایین و ۳ بالا و سپس رویش مولرهای دوم دائمی بالا و پایین. معمولاً ابتدا رویش دندانهای پرمولر و کانین تمام می شود و سپس مولرهای دائمی دوم نمایان می شوند. ممکن است در این سن شاهد شروع تکامل مولرهای سوم باشیم که در این صورت میترالیزه شدن ناچ این دندانها زودتر از سن طبیعی اکثر کودکان، آغاز شده است.

۷- سن دندان ۱۵. ریشه تمام دندانهای دائمی به جز مولر سوم بسته میشود و اگر دندان مولر سوم در حال تشکیل باشد...

۵- در بیماران با ارتفاع صورت قدامی بلند (بدون مشکل پاتولوژیک)، کدام نوع چرخش فکی ممکن است رخ دهد؟

الف) Internal rotation بیشتر از نرمال مندیبل

ب) چرخش عمدتاً اینتراماتریکس مندیبل

ج) Internal rotation مندیبل در جهت Backward

د) کاهش میزان External rotation مندیبل

پاسخنامه : صفحه ۶۶ در سننامه اصلی

5

الگوهای long face و short face به دلیل چرخش های فکی

ویژگی های افراد short face یا دارای صورت کوتاه:

کوتاه بودن ارتفاع صورت در نیمه تحتانی، چرخش رو به جلوی مندیبل به دلیل افزایش چرخش داخلی و کاهش چرخش خارجی، پلن یالاتال تقریباً افقی؛ کم بودن زاویه پلن فک پایین و زاویه گونیال بزرگ بروز دیپ بایت و کراودینگ

ویژگی های افراد long face یا افراد دارای صورت بلند:

ارتفاع قدامی تحتانی زیاد، پلن یالاتال با شیب منفی (یعنی خلف پلن یالاتال به طرف پایین چرخیده است) چرخش به عقب فک پایین و افزایش زاویه پلن مندیبل. تغییرات فک پایین ۲ علت دارد:

در درجه اول فقدان چرخش داخلی

در درجه دوم، چرخش داخلی به سمت عقب

۶- Microphthalmia در اثر تمام تراژوژنهای زیر ایجاد می شود، بجز:

د) Toxoplasma

ج) Rubella Virus

ب) Zika Virus

الف) Cytomegalo Virus

پاسخنامه : صفحه ۷۲ در سننامه اصلی

فصل پنجم: اتیولوژی در ارتودنسی

TABLE 5.1 Teratogens Affecting Dentofacial Development

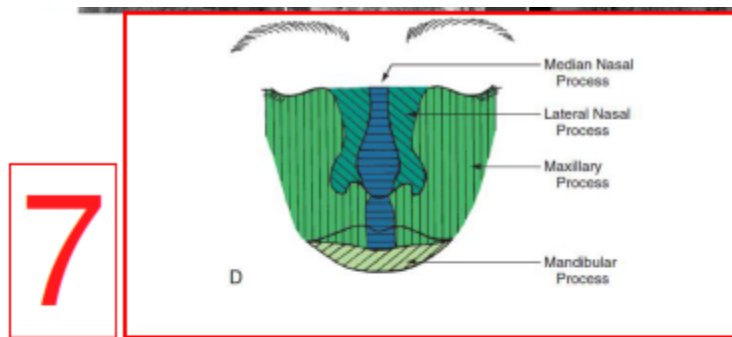
Teratogens	Effect
Aminopterin	Anencephaly
Aspirin	Cleft lip and palate
Cigarette smoke (hypoxia)	Cleft lip and palate
Cytomegalovirus	Microcephaly, hydrocephaly, microphthalmia
Dilantin	Cleft lip and palate
Ethyl alcohol	Central midface deficiency
6-Mercaptopurine	Cleft palate
13-cis Retinoic acid (Accutane)	Similar to craniofacial microsomia and Treacher Collins syndrome
Rubella virus	Microphthalmia, cataracts, deafness
Thalidomide	Malformations similar to craniofacial microsomia, Treacher Collins syndrome
Toxoplasma	Microcephaly, hydrocephaly, microphthalmia
X-radiation	Microcephaly
Valium	Similar to craniofacial microsomia and Treacher Collins syndrome
Vitamin D excess	Premature suture closure
Zika virus	Microcephaly, brain damage

۷- Bulk of upper lip توسط کدام زائده جنینی شکل می گیرد؟

الف) Median nasal process (ب) Lateral nasal process

ج) Maxillary process (د) Mandibular process

پاسخنامه : صفحه ۷۷ در سنانه اصلی



نکات شکل:

۱) در هفته چهارم جوانه‌های بویایی (بیضی‌های نقطه چین) بر روی بافت پوشاننده پیشانی و برجستگی فرونتونازال قابل مشاهده هستند.

۲) در هفته چهارم و ششم کاملاً دقت کنید که کدام اجزا قابل مشاهده هستند و تفاوت هاشون رو بدونید. مثلاً تو هفته ششم برجستگی‌های بینی معلوم ولی تو هفته چهارم نه.

۳) قسمت مرکزی بینی و فیلتروم لب بالا از برجستگی مدیال بینی بوجود میاد. قسمت بیرونی بینی از برجستگی لترال بینی بوجود میاد و لب بالا و گونه از زائده ماگزیلاری ایجاد میشه.

سایر شکاف‌ها:

۷) نقص در اتصال برجستگی‌های مندیبولار و ماگزیلاری به دلیل کمبود رشد در یک یا هر دوی این مراکز رشدی باعث می‌شود

۸- در یک لبخند زیبا کدامیک از موارد زیر از قدام به خلف به تدریج افزایش می یابد؟

الف) مقدار دیده شدن دندان های قدامی (ب) طول کانکتورها

ج) اندازه امبراژور انسیزالی (د) ارتفاع تاج کلینیکی

پاسخنامه : صفحه ۱۰۹ و ۱۱۰ در سنانه اصلی

۱-۱-۱- نسبت‌های دندانی:

الف) نسبت عرض دندان‌ها به هم: به دلیل انحنای قوس پهنای ظاهری دندان‌ها با پهنای حقیقی مزیدیستال آنها، متفاوت است. بهترین حالت زمانی است که عرض ظاهری لترال ۶۲٪ سانترال، نیش ۶۲٪ لترال و پرمولر اول ۶۲٪ نیش باشد. از این نسبت‌ها در ترمیم لترال کوچک (که بیش از لترال بزرگ رخ می‌دهد) و یا جانشینی دندان نیش به جای لترال استفاده می‌شود. بهترین راه تعیین


با حرکت به طرف خلف، کانکتور کوچک‌تر و به سمت آپیکال جا به جا می‌شود.

۹- در بیماری با مشخصات سفالومتریکی زیر، احتمال اختلال در تلفظ کدامیک از حروف زیر بیشتر است؟

SNB : 81 degree / ANB :-6 degree / Wits:-5mm / U1 to NA :25 degree & 6 mm / Overbite:3 mm

الف) T, D ب) S , Z ج) TH , SH د) F , V

پاسخنامه : صفحه ۹۹ در سننامه اصلی



موسسه آموزشی فوق تخصص دندانپزشکی (ماهان)

TABLE 6.1 Speech Difficulties Related to Malocclusion

Speech Sound	Problem	Related Malocclusion
/s/, /z/ (sibilants)	Lisp	Anterior open bite, large gap between incisors
/t/, /d/ (linguopalatal stops)	Difficulty in production	Irregular incisors, especially lingual position of maxillary incisors
/f/, /v/ (labiodental fricatives)	Distortion	Skeletal Class III
th, sh, ch (linguodental fricatives [voiced or voiceless])	Distortion	Anterior open bite

۱۰- چنانچه در یک بیمار با لب های **Incompetent** ، مقدار کراودینگ در قوس دندانی بالا ۵ میلی متر بوده و نیاز به ۳ میلی متر رترکشن انسیزورهای بالا جهت رفع پروتروژن داشته باشیم؛ چه مقدار فضا در قوس بالا لازم داریم؟ و در انتهای درمان، لب بالا به چه میزان رترکت می شود؟ (به ترتیب از راست به چپ)

الف) ۸ میلی متر - ۳ میلی متر ب) ۱۱ میلی متر - ۲ میلی متر

ج) ۸ میلی متر - ۲ میلی متر د) ۱۱ میلی متر - ۳ میلی متر

پاسخنامه : صفحه ۱۴۴ در سننامه اصلی

در مواردیکه کراودینگ با بیرون زدگی دندانها همراه است شرایط پیچیده تر می شود چرا که دیسکریپسی طول قوس شدیدتر بوده و به فضای بیشتری احتیاج خواهیم داشت. به طوریکه برای هر یک میلی متر عقب بردن انسیزور سانترال به دو میلی متر فضا (یک میلی متر در هر سمت) احتیاج داریم. در نتیجه اگر فردی ۶ میلی متر فضا برای رفع کراودینگ لازم داشته باشد و در عین حال بخواهیم انسیزورهای او را ۳ میلی متر هم عقب ببریم، در مجموع به ۱۲ میلی متر فضا احتیاج خواهیم داشت.

همچنین به عنوان یک قانون کلی لبها دو سوم مسافتی که نایاها عقب برده شوند، حرکت می کنند (مثلا اگر نایاها ۳ میلی متر عقب بروند، لب دو میلی متر عقب می رود). البته اختلافات فردی زیاد است چرا که بعد از به هم سیدن لبهای بیرون زده در حالت استراحت، عقب رفتن آنها متوقف می شود. به همین دلیل حداکثر دو تا سه میلی متر عقب رفتن لب در موارد کشیدن دندان در مال اکلوژن کلاسی I دیده می شود و حتی اگر نایاها بیشتر هم عقب بروند تاثیر چشمگیری بعد از این مقدار روی لب دیده نمی شود.

۱۱- درباره بیماران دارای شکاف لب و کام، کدام مورد صحیح است؟

الف) در دوره late adolescence ، همواره جراحی ارتوگناتیک برای اصلاح روابط فکی نیاز است.

ب) در صورت نیاز به lip/nose revision ، در دوره adolescence انجام می شود.

ج) مرتب کردن ثنایای بالا در سن ۱۱-۱۲ سالگی انجام می شود.

د) بستن کام در ۱۸-۲۴ ماهگی انجام می شود.

پاسخنامه : صفحه ۱۵۸ درسنامه اصلی

TABLE
7.2

Sequence of Treatment for Cleft Palate Patients

2-4 weeks	Lip closure (infant orthopedics?)
12-18 months	Palate closure
7-8 years	Alignment of maxillary incisors
7-9 years	Alveolar bone graft (<i>before eruption of lateral incisor, if present, or canine</i>)
Adolescence	Comprehensive orthodontics Lip/nose revision?
Late adolescence	Orthognathic surgery?

۱۲- میزان نیروی بهینه برای حرکت دندان **Rotation** مشابه کدامیک از موارد زیر است؟

د) Intrusion

ج) Root uprighting

ب) Extrusion

الف) Bodily movement

پاسخنامه : صفحه ۱۷۰ درسنامه اصلی

TABLE
8.3

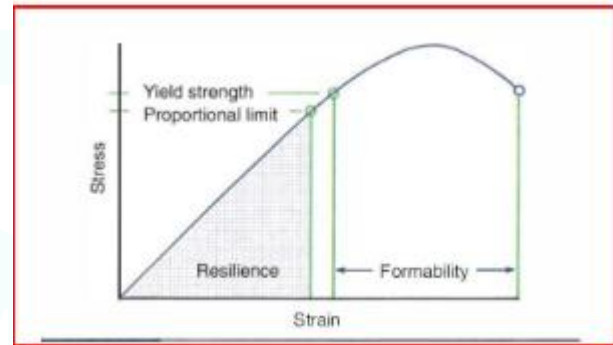
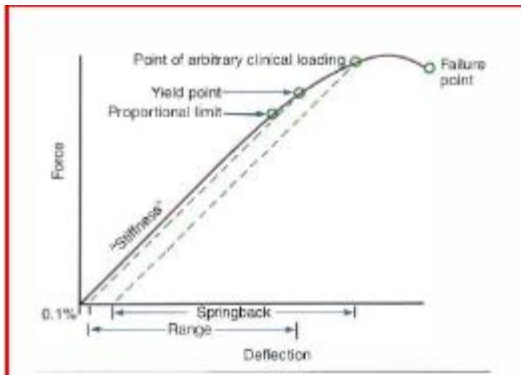
Optimum Forces for Orthodontic
Tooth Movement

Type of Movement	Force ^a (gm)
Tipping	35-60
Bodily movement (translation)	70-120
Root uprighting	50-100
Rotation	35-60
Extrusion	35-60
Intrusion	10-20

۱۳- در صورت **Stiffness** مشابه در دو نوع ماده الاستیک، **Proportional limit** بیشتر در یکی، موجب کدام مورد زیر در آن می‌شود؟

الف) Range بیشتر ب) Springiness بیشتر ج) Resilience کمتر د) Strength کمتر

پاسخنامه: صفحه ۱۹۹ و ۲۰۰ در سننامه اصلی



۱۴- کدامیک از موارد زیر در فرایند تریاژ، جزو مشکلات متوسط (**Moderate problem**) قرار می‌گیرد؟

الف) Deep overbite ب) Ankylosed permanent teeth

ج) Transposition د) Skeletal class II

پاسخنامه: صفحه ۲۲۱ و ۲۲۲ در سننامه اصلی - موارد زیر مشکل متوسط محسوب می‌شوند. موارد ستاره دار درمان زودرس می‌خواهند (اورژانس).

الف) دندان اضافی تکی و در مکان uncomplicated *

اغلب خودبخود می‌رویند و باعث کراودینگ می‌شوند. درمان زودرس در آنها می‌تواند کافی باشد.



فصل یازدهم: مشکلات دندانی متوسط در کودکان

ب) دندان شیری آنکلیوز یا بیش از حد باقی مانده:

درمان اورژانس نمی‌خواهد ولی اگر باعث ازدست رفتن فضا به دلیل تپ شدن دندان‌های دائمی مجاور بشود یا سطح ورتیکالی در حال وقوع است باید آن را بکشیم.

ج) رویش نابه جای دندانی (رویش اکتوپیک) یا ترانسپوزیشن *

با توجه به تحلیل و موقعیت دندان ممکن است Space Regain, ext یا اعمال نیرو جهت اصلاح موقعیت دندان

۱۵- در صورت از دست رفتن مولرهای اول شیری راست و چپ پایین در کودکی که لترال های پایین هنوز رویش نیافته است، کدام فضا نگهدار ارجح است؟

(ب) بند و لوپ دو طرفه

(الف) لینگوال آرچ بر روی مولرهای دوم شیری

(د) دیستال شو

(ج) پلاک متحرک

پاسخنامه : صفحه ۲۴۸ درسنامه اصلی

صورت وجود خطر دکلسیفیکاسیون اطراف بندها). اگر قبل از رویش ثنایاهای دائمی یکی از مولرهای شیری به صورت ۲ طرفه از دست رفته باشد؛ باید از ۲ نگهدارنده‌ی بند و لوپ استفاده کرد (هرطرف یک بند و لوپ). زمانی لینگوال آرچ به جای بند و لوپ می‌گذاریم که

۱۶- در فرایند Autotransplantation بهتر است چه میزان از ریشه دندان مورد نظر تشکیل شده باشد؟

(ب) یک دوم تا دو سوم

(الف) یک سوم تا یک دوم

(د) سه چهارم تا تشکیل کامل ریشه

(ج) دو سوم تا سه چهارم

پاسخنامه : صفحه ۲۷۰ درسنامه اصلی

اتوترانسپلنتیشن

مخصوص بیماران با دندان غایب در یک سمت و کراودینگ در سمت دیگر

در صورتی که دو سوم تا سه چهارم ریشه دندان تکمیل شده باشد می‌توان آن را با جراحی از محل منتقل کرد. پس زمان تصمیم‌گیری برای آن در دوره مختلط دندانی است.

۱۷- در دختری ۸ ساله، برای رفع لینگوال کراس بایت دو طرفه خلفی ماگزایلا، از پلاک متحرک شکافدار حاوی جک اسکرو برای گسترش عرض قوس دندانی فک بالا استفاده شده است. افزایش سرعت فعال کردن پلاک و باز کردن سریع آن، موجب کدام مورد زیر خواهد شد؟

(ب) اختلال در گیر پلاک

(الف) Hump بینی

(د) تحریک بافت نرم و زخم مخاط پالاتال

(ج) درد و لقی بیش از حد دندان ها

پاسخنامه : صفحه ۲۱۰ درسنامه اصلی

نکته: برای گسترش قوس اگر سرعت با این دستگاه پایین باشد می‌توان از این سیستم نیرو استفاده کرد ولی نه برای حرکت انفرادی دندان‌ها. فعال کردن زودهنگام پیچ، به فاصله گرفتن تدریجی دستگاه از دندان منجر شده و باعث می‌شود که قوس آن طور که دلخواه است گسترش نیابد.

۱۸- در اصلاح مشکل اسکلتی کلاس دو، با دستگاه فانکشنال، تمام موارد زیر از اثرات درمان است، بجز:

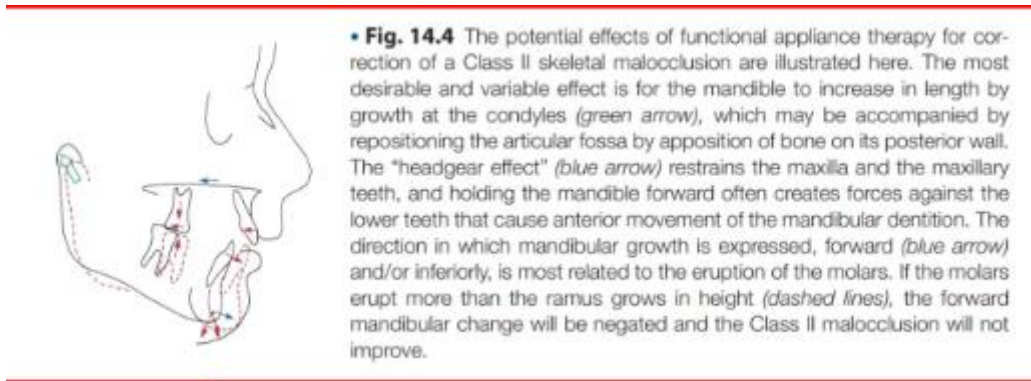
(الف) رسوب استخوان در ارتیکولار فوسا

(ب) رسوب استخوان در ناحیه چانه

(ج) ممانعت رشدی ماگزایلا

(د) حرکت قدامی دندان های مندیبل

پاسخنامه : صفحه ۳۰۷ در سنانه اصلی



۱۹- کدام جمله در مورد نحوه مدیریت ترومای کندیل در دوران کودکی صحیح است؟

(الف) در اکثر موارد نیاز به جراحی فوری جهت جلوگیری از انکیلوز مفصل وجود دارد.

(ب) برای اصلاح اسیمتری، بایت بلاک در سمت مبتلا تعبیه می شود.

(ج) بلافاصله پس از تروما، دستگاه انتخابی فانکشنال هیبرید می باشد.

(د) مهمترین اصل در پیشگیری از مشکلات رشدی، حفظ translation کندیل است.

پاسخنامه : صفحه ۳۲۷ در سنانه اصلی

هنگامی که شکستن کندیل در کودکی تشخیص داده می شود، حفظ فانکشن کلید اصلی رشد نرمال است. فانکشن صرفاً به معنای حرکات لولایی باز و بسته کردن نمی باشد بلکه باید شامل جا به جایی کندیل های مندیبل هم باشد. جا به جایی برای رزرناسیون و

۲۰- نقطه ضعف ریتینر **Vaccum-formed** در مقایسه با ریتینر **Hawley** در کدام زمینه است؟

(الف) پذیرش بیمار (ب) حفظ نظم و ترتیب دندان های قدامی (ج) حفظ اوربایت (د) برقراری اکلوژن خلفی در درازمدت

پاسخنامه : صفحه ۳۳۹ در سنانه اصلی

۲) نظم ثنایا با این نگهدارنده حفظ میشود ولی مثل هالی نمی تواند بایت را کنترل کند و از عمیق شدن بایت جلوگیری نمی کند.

۳) بعد ۶ تا ۹ ماه ممکن است تغییر رنگ بدهد یا ترک بخورد و نیاز به تعویض داشته باشد.