

دندانپزشکی کودکان

پاسخنامه آزمون ۱۴۰۳

گردآوری:

دکتر شیرین مرزوقی متخصص دندانپزشکی کودکان
دکتر رضا سالاری مقدم متخصص دندانپزشکی کودکان
دکتر سمیرا شادمان متخصص دندانپزشکی کودکان

- ۱۷۱- بهترین روش تصویربرداری در ارزیابی دیسک مفصلی تمپورومندیولر و شکستگی بدنه مندیبل و تورم کف دهان به ترتیب :
- الف) ام آر ای - پانورامیک - اولتراسوند
 ب) CBCT - پانورامیک - پانورامیک
 ج) پانورامیک - پانورامیک - اولتراسوند
 د) CBCT - پانورامیک - ام آر ای

پاسخ صحیح : گزینه الف ، جلد ۱ درسنامه دندانپزشکی کودکان آوید - ص ۴۶ و ۴۹

تصویربرداری (MRI) Magnetic Resonance Imaging

این تصویر برداری محتوای هیستروژن بافت را ارزیابی می کند و از میدان مغناطیسی برای افتراق بافت های مختلف استفاده می کند. از آنجایی که اتم هیدروژن بیشتری در بافت های نرم نسبت به استخوان کورتیکال وجود دارد، این روش به ویژه در بافت نرم مفید است.

موارد منع تجویز MRI عبارتند از ترس از فضای بسته (کلاستروفوبیا)، و وجود گیره یا اجسام خارجی فلزی.

شایع ترین اندیکاسیون دندانپزشکی MRI، تصویربرداری بافت نرم مفصل گیجگاهی فکی است.

تصویربرداری اولتراسوند

این روش برای بررسی بافت های نرم مانند کف دهان، غدد بزاقی، گره های لنفاوی ناحیه ی سر و گردن، هنگام آسپیراسیون با سوزن ظریف (FNA) نیز بسیار عالی هستند.
 از آنجا که در این روش لزومی به تابش اشعه یونیزان نیست، می توان آن را به تعداد دفعات مورد نیاز و بدون قرار دادن بیمار در معرض ریسک، تکرار کرد.

با این حال، اگر در خصوص شکستگی های ریشه تردید وجود داشته باشد، تصویربرداری CBCT با وضوح کافی (۲۰۰ میکرومتر) می تواند مفید باشد. احتمال ایجاد آرتیفکت ناشی از حرکت در تصویربرداری CBCT از کودکان، باید در زمان انتخاب تکنیک تصویربرداری مورد توجه قرار بگیرد.

هنگامی که شک در خصوص شکستگی مندیبل وجود داشته باشد، رادیوگرافی پانورامیک تکنیک انتخابی است. CBCT نیز ممکن است در این موارد در نظر گرفته شود.

- ۱۷۲- کودکی با تأخیر رویش دندان های شیری و هیچوپلازی حفره دار دندان ها مراجعه کرده است. کودک تمایل غیرطبیعی به خوردن گچ دارد. کدام گزینه در مورد او محتمل تر است ؟
- الف) حساسیت به نور ب) نقایص نورولوژیک ج) شرایط اقتصادی ضعیف د) بی اشتهایی

پاسخ صحیح : گزینه ج ، جلد ۱ درسنامه دندانپزشکی کودکان آوید - ص ۷۲

هیپوپلازی مرتبط با مسمومیت سرب (Plumbism)

دندان پزشکان درمان کننده ی کودکان مبتلا به **هیپوپلازی حفره دار بدون علت مشخص**، باید اکسپوزر قبلی به سرب را به عنوان بخشی از ارزیابی سلامتی در نظر بگیرند، مخصوصا اگر کودک از خانواده‌ای با وضعیت اقتصادی پایین است.

چنین مادر مبتلا به مسمومیت با سرب نیز می‌تواند تحت تاثیر قرار گیرد، چراکه در طی حاملگی سرب به راحتی از جفت عبور می‌کند. آنها تاخیری قابل توجه در تکامل و رویش دندان های شیری را در کودک چنین مادری مشاهده کردند. آنها همچنین **Pica** (بلع مواد غیرمعمول در جهت برآورده کردن میل غیرطبیعی) را به عنوان علامت شایع مسمومیت با سرب در کودکان ۱ تا ۶ ساله و همچنین مادرانشان ذکر کرده اند. یک مادر اعتراف کرد که در طی چندین ماه بارداری، از دیوارهای آپارتمان خود گچ می‌خورده است.

۱۷۳- هیپوپلازی مینایی به دنبال نقض در کدام مرحله از مراحل چرخه تکامل دندان ایجاد می‌شود؟

- الف) مرحله معدنی شدن
- ب) مرحله تکثیر سلولی
- ج) مرحله تمایز بافتی
- د) مرحله رسوب گذاری

پاسخ صحیح: گزینه د جلد ۱ در سننامه دندانپزشکی کودکان آوید - ص ۱۰۱

IV. مرحله رسوب (Apposition)

رشد رسوبی نتیجه ی رسوب لایه ای از ترشحات خارج سلولی غیرزنده به شکل ماتریکس بافتی است. این ماتریکس توسط **سلول های سازنده، آملوبلاست ها، و ادنتوبلاست ها**، که در مرحله ی تمایز مورفولوژیک در امتداد محل اتصال مینا-عاج و عاج - سمان آینده مرتب می‌شوند، رسوب می‌یابد. این سلول ها ماتریکس مینا و عاج را با **الگو و سرعت مشخصی** ترشح می‌کنند. به محض این که DEJ به عنوان الگو کامل شد، سلول های سازنده کار خود را در محل های خاصی به نام مراکز رشدی آغاز می‌کنند.

هرگونه اختلال سیستمیک یا ترومای موضعی که در طی تشکیل مینا به آملوبلاست ها آسیب بزند، باعث وقفه یا توقف رسوب ماتریکس و به دنبال آن هیپوپلازی مینا می‌گردد.

۱۷۴- کدام گزینه ترتیب اهمیت فاکتورهای مؤثر در اثربخشی مسواک زدن را از بیشترین به کمترین به درستی نشان می‌دهد؟ (از راست به چپ)

- الف) مدت زمان صرف شده - تعداد دفعات - تکنیک
- ب) مدت زمان صرف شده - تکنیک - تعداد دفعات
- ج) تکنیک - مدت زمان صرف شده - تعداد دفعات
- د) تکنیک - تعداد دفعات - مدت زمان صرف شده

پاسخ صحیح: گزینه الف جلد ۱ در سننامه دندانپزشکی کودکان آوید - ص ۱۲۲

ملاحظات زمانی

به گفته Loe برداشت کامل پلاک یک بار در روز یا یک روز در میان یا حتی سه روز یک بار در پیشگیری از بیماری های دندان با ارزش تر از مسواک زدن، به صورت نادرست به تعداد ۲ یا ۳ بار در روز است. Lang مشاهده کرد که تکمیل پروسه بهداشت دهان موثر در فواصل تا ۴۸ ساعت یک بار، با سلامت لثه همراه است. از لحاظ آماری، ۱ دقیقه مسواک زدن بیشترین تأثیر حذف پلاک را در بین تمام دوره های زمانی تست شده داشته است. در واقع Honkala به این نتیجه رسید که زمان صرف شده برای مسواک زدن اهمیت بیشتری نسبت به تعداد دفعات (فرکانس) این کار دارد.

۱۷۵- کمبود کدام ریز مغذی ها منجر به افزایش ریسک ابتلا به کاندیدیازیس می شود؟

الف) آهن و B۱۲

ب) Vit D – B۱۲

ج) روی – Vit D

د) آهن – روی

پاسخ صحیح: گزینه د جلد ۱ در سننامه دندانپزشکی کودکان آوید - ص ۱۳۵ و ۱۳۷

• علائم بالینی آنمی فقر آهن شامل ضعف، خستگی، رنگ پریدگی (pallor)، بی حسی و گزگز اندامهای انتهایی (extremities)، گلوستیت و شیارهای گوشه دهان (angular cheilitis)، آتروفی پاپیلاهای زبان با ظاهری صاف، براق و قرمز، رنگ پریدگی مخاط دهان یا لب ها، ریسک بالا برای عفونت های قارچی مانند کاندیدیازیس.

یکی از اولین تظاهرات کلینیکی کمبود شدید روی در کودکان، توقف رشد (stunted growth) است.

سایر علائم و نشانه ها عبارتند از پاسخ های ایمنی غیرطبیعی، کاهش تکامل و فانکشن سیستم تولید مثل و ابنورمالیته های اسکلتال، اختلال در ترمیم زخم، تغییر اپیتلیوم دهانی، خشکی دهان، تغییر یا کاهش حس چشایی یا بویایی، کاهش اشتها، ریسک بالاتر برای ابتلا به پوسیدگی های دندانی، افزایش ریسک عفونت های دهانی نظیر بیماری پرودنتال و کاندیدیازیس.

۱۷۶- در معاینه بالینی کودکی با کراس بایت خلفی که از پلاک اکسپنشن برای رفع کراس بایت استفاده می کند هیچ پوسیدگی و ترمیمی مشاهده نمی شود. توصیه شما برای مراجعات پیگیری و انجام رادیوگرافی بایت وینگ بعدی چه زمانی است؟

الف) ۶ ماه، ۱۲-۶ ماه

ب) ۶ ماه، ۶ ماه

ج) ۳ ماه، ۱۲-۶ ماه

د) ۳ ماه، ۶ ماه

پاسخ صحیح: گزینه الف جلد ۱ درسنامه دندانپزشکی کودکان آوید - ص ۱۶۲

جدول ۱-۱: فرم ارزیابی خطر پوسیدگی کودکان ۶ ساله و کوچکتر			
برای دندانپزشکان			
فاکتورها	ریسک پایین	ریسک متوسط	ریسک بالا
بیولوژیک			
وضعیت اجتماعی اقتصادی بیمار پایین است			بله
بیمار بیشتر از ۳ بار اسنک یا نوشیدنی حاوی قند در میان وعده مصرف میکند.			بله
بیمار نیازهای مراقبت سلامت ویژه دارد (SHCN)	بله		
بیمار اخیراً مهاجرت کرده است.	بله		
محافظتی			
بیمار آب اشامیدنی حاوی فلوراید اپتیمال دریافت میکند.	بله		
بیمار روزانه دندانهایش را با خمیردندان فلورایددار مسواک میزند.	بله		
بیمار توسط متخصصین سلامت فلوراید موضعی دریافت می کند.	بله		
بیمار روشهای اضافی در خانه دریافت میکند (مانند زایلیتول، Mipaste، مواد آنتی میکروبیال)	بله		
بیمار خانه دندانپزشکی / ویزیت‌های منظم دندانپزشکی دارد.	بله		
یافته‌های کلینیکی			
بیمار بیشتر از ۱ ضایعه اینترپروگزیمال دارد.			بله
بیمار ضایعات سفید فعال یا نقایص مینایی دارد.			بله
جریان بزاق بیمار کم است.			بله
بیمار ترمیم‌های معیوب دارد.	بله		
بیمار اپلاینس داخل دهانی دارد.	بله		

جدول ۱-۲: مثالی از دستور العمل کنترل پوسیدگی در کودکان ۶ ساله و بزرگتر					
مداخلات					
طبقه‌بندی ریسک	تشخیص	فلوراید	رژیم غذایی	سیلاننت	ترمیم
ریسک پایین	● Recall هر ۶ تا ۱۲ ماه ● رادیوگرافی هر ۱۲ تا ۲۴ ماه	● دو بار مسواک در روز با خمیردندان فلوراید دار ۱۱	خیر	بله	نظارت %
ریسک متوسط: با همکاری والد/ بیمار	● Recall هر ۶ ماه ● رادیوگرافی هر ۶ تا ۱۲ ماه	● دو بار مسواک در روز با خمیردندان فلورایددار ۱۱ ● مکمل فلوراید ● درمان موضعی حرفه‌ای هر ۶ ماه	مشاوره	بله	● نظارت فعال E ضایعات پوسیدگی اولیه ● ترمیم ضایعات حفره‌دار یا در حال گسترش
ریسک متوسط: بدون همکاری والد/بیمار	● Recall هر ۶ ماه ● رادیوگرافی هر ۶ تا ۱۲ ماه	● دو بار مسواک در روز با خمیردندان فلورایددار ۱۱ ● درمان موضعی حرفه‌ای هر ۶ ماه	مشاوره با انتظار محدود	بله	● نظارت فعال E ضایعات پوسیدگی اولیه ● ترمیم ضایعات حفره‌دار یا در حال گسترش
ریسک بالا: با همکاری والد/ بیمار	● Recall هر ۳ ماه ● رادیوگرافی هر ۶ ماه	● مسواک با فلوراید ۰/۵ درصد ● مکمل فلوراید ● درمان موضعی حرفه‌ای هر ۳ ماه	مشاوره زایلیتول	بله	● نظارت فعال E ضایعات پوسیدگی اولیه ● ترمیم ضایعات حفره‌دار یا در حال گسترش
ریسک بالا: بدون همکاری والد/ بیمار	● Recall هر ۳ ماه ● رادیوگرافی هر ۶ ماه	● مسواک با فلوراید ۰/۵ درصد ● درمان موضعی حرفه‌ای هر ۳ ماه	مشاوره با انتظارات محدود زایلیتول	بله	● ترمیم ضایعات پوسیدگی اولیه، حفره‌دار، یا در حال گسترش

- ۱۷۷- میزان گیر سیلانت ها در سطوح مختلف دندان های مؤثر چگونه است ؟
- الف) در همه سطوح برابر است .
- ب) در سطوح باکالی کمتر است .
- ج) در سطوح اکلوزال کمتر است .
- د) در سطوح باکال و پالاتال بیشتر است.

پاسخ صحیح : گزینه ب جلد ۱ درسنامه دندانپزشکی کودکان آوید - ص ۱۸۲

Feigal مشاهده کرد که استفاده از عوامل باندینگ عاجی، گیر سیلانت را حتی در صورت آلودگی با بزاق

افزایش می دهد.

- کاربرد عوامل باندینگ عاجی در شرایط بالینی که دستیابی به ایزولاسیون کامل مشکل است، توصیه می گردد.
- در سطح باکال مولرها که به طور معمول گیر پایین تری نسبت به سطح اکلوزال دارند نیز استفاده از عامل باندینگ عاجی سودمند است

178- در روش Me Evoy برای ترمیم های CI IV دندان های شیری گیر (Lock) در کدام ناحیه تراشیده می شود؟

الف) $\frac{1}{3}$ لتهای سطح لینگوال، تا $\frac{2}{3}$ سطح لینگوال

ب) $\frac{2}{3}$ لتهای سطح لینگوال، $\frac{1}{3}$ سطح لینگوال

ج) $\frac{2}{3}$ لتهای سطح لبیال، $\frac{1}{3}$ سطح لبیال

د) $\frac{1}{3}$ لتهای سطح لبیال تا $\frac{2}{3}$ سطح لبیال

پاسخ صحیح : گزینه د جلد ۱ درسنامه دندانپزشکی کودکان آوید - ص ۱۹۶

McEvoy روش مشابهی را برای تراش و ترمیم انسیزورهای شیری توصیف کرد، به جز اینکه lock جهت ایجاد گیر تنها بر روی $\frac{1}{3}$ لتهای سطح لبیال دندان ایجاد می شود. گسترش lock حداقل باید تا $\frac{2}{3}$ سطح لبیال باشد و حتی ممکن است برای در برگرفتن مینای دکلسیفیه در نواحی سرویکال بیشتر هم گسترش پیدا کند. همچنین بول مختصر مارژین های مینایی قبل از اچ کردن برای تقویت بیشتر باند مارژینال ترمیم توصیه می شود.

- ۱۷۹- کودک ۸ ساله‌ای با Missing دندان ۵ مراجعه کرده است. دندان E پوسیدگی وسیعی دارد. در نمای رادیوگرافیک، تحلیل خارجی ریشه و ضایعه مشاهده نمی‌شود ولی در یک‌سوم ابتدایی هر دو کانال، علائم تحلیل داخلی مشهود است. مناسب‌ترین روش درمانی کدام است؟
- الف) کشیدن دندان و ساخت لینگوال آر چ
- ب) کشیدن دندان و ساخت Band و loop
- ج) پالیکتومی و ترمیم دندان با SSC
- د) پالپوتومی دو جلسه‌ای و ترمیم دندان

پاسخ صحیح: گزینه ج، جلد ۱ درسنامه دندانپزشکی کودکان آوید - ص ۲۱۵

• اگر مولر دوم شیری پیش از رویش مولر اول دائمی از دست رفته است، دندانپزشک با مشکل دشوار ممانعت از دریافت مولر اول دائمی به مزمال طی رویش مواجه می‌شود. باید برای درمان و نگهداری مولر دوم شیری تلاش ویژه ای شود حتی اگر پالپ نکروتیک داشته باشد.

• بصورت مشابه، نگهداری طولانی تر از حد نرمال یک مولر دوم شیری ممکن است هنگامی که پرمولر دوم جایگزین بصورت مادرزادی غایب است، مطلوب باشد.

- ۱۸۰- کدام گزینه در مورد مواد پرکننده کانال ریشه دندان شیری صحیح است؟
- الف) ترکیب خمیر KRI شامل هیروکسید کلسیم و یدوفرم می‌باشد.
- ب) خمیر KRI نسبت به خمیر زینک اکساید اوژنول برای بافت‌های حمایت‌کننده تحریک‌کننده‌تر است.
- ج) خمیر KRI و Vitapex به یک اندازه در درمان موفق می‌باشند.
- د) خمیر KRI همانند خمیر زینک اکساید اوژنول همزمان باریشه‌های شیری تحلیل می‌رود.

پاسخ صحیح: گزینه ج، جلد ۱ درسنامه دندانپزشکی کودکان آوید - ص ۲۱۵ و ۲۱۶

اجزاء اصلی خمیر KRI، زینک اکسید و یدوفرم هستند.

مزیت اصلی خمیر KRI این است که خمیر KRI همزمان با ریشه‌های شیری تحلیل می‌رود و در صورتی که بصورت غیرعمدی overfill شود، برای بافت‌های حمایت‌کننده کمتر محرک است.

ماده پرکننده کانال ریشه محبوب دیگر برای دندان‌های شیری ویتاپکس است:

Vitapex محصولی که گزارش‌های مطلوب زیادی در مورد استفاده موفق در دندان‌های شیری عفونی داشته است. اجزاء اصلی ویتاپکس هیدروکسید کلسیم و یدوفرم هستند. ممکن است ویتاپکس حداقل به اندازه خمیر KRI موثر باشد.

- ۱۸۱- درمان ژنژیویت ناشی از بلوغ شامل کدامیک از موارد زیر است ؟
- الف) دهانشویه کلرهگزیدین، بهداشت مناسب دهان، ترمیم پوسیدگی‌ها
 ب) تنظیم هورمونی، بهداشت مناسب دهان، حذف محرک‌های موضعی
 ج) دهانشویه کلرهگزیدین، حذف محرک‌های موضعی، بهبود بهداشت دهان
 د) بهداشت دهان بهبودیافته، ترمیم دندان‌های پوسیده، بهبود رژیم غذایی

پاسخ صحیح : گزینه د ، جلد ۱ درسنامه دندانپزشکی کودکان آوید - ص ۲۳۹

ژنژیویت غیر اختصاصی مزمن (chronic nonspecific gingivitis)

یک نوع ژنژیویت که طی سال‌های پیش از نوجوانی و نوجوانی به صورت رایج مشاهده می‌شود، به عنوان ژنژیویت غیر اختصاصی مزمن نام برده می‌شود.

این التهاب لثه مزمن ممکن است به ناحیه قدامی محدود بوده یا جنرالیزه تر باشد. هر چند این وضعیت به ندرت دردناک است، امکان دارد برای دوره‌های طولانی بدون بهبود زیادی باقی بماند

یک ژنژیویت غیر معمول در سرخپوست‌های نوجوان در سنین بین ۱۲ تا ۱۸ سال مشاهده شد که در آن ضایعه لثه‌ای قرمز آتشین با پایلای بین‌دندانی لیال متسع همراه نبوده و با محرک‌های موضعی ارتباط نزدیک نداشت. ژنژیویت بعد از درمان پروفیلاکتیک بهبودی اندکی نشان داد. سن بیماران درگیر و شیوع بیماری در دختران، یک عدم توازن هورمونی را به عنوان فاکتوری احتمالی پیشنهاد کرد. بررسی هیستولوژیک مقاطع بافتی و استفاده از رنگ‌های خاص، وجود عفونت باکتریایی را رد می‌کند.

بهداشت دهان ناکافی، که اجازه فشرده شدن غذا و تجمع متریا آلبا و پلاک باکتریایی را می‌دهد، بدون شک دلیل عمده این نوع ژنژیویت مزمن است.

دلیل ژنژیویت مزمن، پیچیده بوده و وابسته به فاکتورهای موضعی و سیستمیک متعددی در نظر گرفته می‌شود. از آنجا که کمبودهای تغذیه‌ای معمولاً در گروه‌های نوجوان و پیش-نوجوان یافت می‌شوند، یک بررسی رژیم ۷-روزه می‌تواند کمک تشخیصی مهمی باشد. مقادیر ناکافی میسوه‌ها و سبزیجات در رژیم غذایی، منجر به کمبود ویتامین ساپ کلینیکال میشود که ممکن است یک فاکتور مستعد کننده مهم باشد. مصرف بهبود یافته ویتامین‌ها از راه تغذیه و استفاده از مکمل‌های مولتی ویتامین می‌تواند وضعیت لثه را در بسیاری از کودکان بهبود بخشد.

مسال اکلوژن که با فانکشن کافی تداخل میکند و دندان‌های نامرتب که مانع بهداشت دهان و برداشت پلاک مناسب می‌شود نیز فاکتورهای مستعد کننده مهمی در ژنژیویت هستند.

ضایعات پوسیدگی با لبه‌های تیز آزار دهنده و ترمیم‌های معیوب با مارژین‌های اورهنگ دار (که هر دو باعث تجمع غذا می‌شود)، نیز به نفع ایجاد نوع مزمن ژنژیویت هستند.

آزار به بافت لثه ای ایجاد شده توسط تنفس دهانی، اغلب مسئول ایجاد نوع هایپرپلاستیک مزمن ژنژیویت است، مخصوصاً در قوس ماگزایلا.

تمام این عوامل بایستی مرتبط با ژنژیویت غیر اختصاصی مزمن در نظر گرفته شده و باید برای درمان وضعیت، تصحیح شوند. اهمیت بهداشت دهان دقیق روزانه باید مکرراً به بیماران تاکید شود.

- ۱۸۲- کدامیک از روش‌های زیر می‌تواند برای درمان‌های روتین به‌عنوان روش بی‌حسی اصلی و مکمل (هر دو) استفاده شود؟
- الف) داخل استخوانی
 ب) بی‌حسی عصب لانگ باکال
 ج) بلاک عصب اینفرا اوربیتال
 د) بلاک عصب لینگوال

پاسخ صحیح: گزینه الف جلد ۲ درسنامه دندانپزشکی کودکان آوید - ص ۳۰ و ۳۱

تزریق داخل استخوانی، تزریق اینترسپتال، و تزریق داخل پالپی

تزریق داخل پالپی یک تکنیک بی‌حسی مکمل طراحی شده برای دستیابی به بی‌حسی پالپی عمیق طی درمان پالپی مستقیم در زمانی است که سایر اقدامات بی‌حسی موضعی شکست خورده اند.

تزریق داخل پالپی اغلب بی‌حسی مطلوب را ایجاد می‌کند اما این تکنیک دارای معایبی از قبیل **دردناک بودن در ابتدای امر** می‌باشد هرچند که شروع بی‌حسی معمولاً سریع است.

تکنیک‌های تزریق داخل استخوانی (که تزریق اینترسپتال نوعی از آن است) نیازمند ورود محلول بی‌حسی موضعی به استخوان آلوئولار متخلخل است.

تکنیک داخل استخوانی برای هر دو بی‌حسی اولیه و مکمل، زمانی که تزریق‌های موضعی دیگر در ایجاد بی‌حسی کافی شکست خورده اند، قابل استفاده است.

- ۱۸۳- کودکان خردسال و کودکان خجالتی به ترتیب از راست به چپ در کدام طبقه‌بندی Wright قرار می‌گیرند؟
- الف) Cooperative – lacking cooperative
 ب) Potentially cooperative – cooperative
 ج) Potentially cooperative – lacking cooperative
 د) Cooperative – potentially cooperative

پاسخ صحیح: گزینه ج، جلد ۲ درسنامه دندانپزشکی کودکان آوید - ص ۴۸

طبقه بندی رفتار همکارانه کودکان

طبقه بندی کلینیکی Wright:

- همکار (Cooperative)

- فاقد توانایی همکاری (Lacking in Cooperative ability)

- بالقوه همکار (Potentially cooperative)

در هنگام معاینه کودک، رفتار همکارانه او در نظر گرفته می شود چرا که کلید ارائه درمان محسوب می شود.

اکثر کودکان مطب دندانپزشکی همکارند.

کودکی که فاقد توانایی همکاری می باشد شامل کودکان خیلی کوچکی که نمی توان با آنها ارتباط برقرار کرد و از آنها انتظار درک مطلب داشت. این کودکان به علت سنشان، توانایی همکاری ندارند.

کودکان که فاقد توانایی همکاری هستند، کودکان با شرایط ناتوان کننده یا معلولیت های خاص می باشند.

اصطلاحی که برای کودک با پتانسیل همکاری به کار می رود مشکل رفتاری می باشد. این نوع رفتار با کودکانی که فاقد توانایی همکاری اند متفاوت است چرا که این کودکان توانایی رفتار همکارانه را دارند.

منابع دندانپزشکی مملو از توصیف بیماران بالقوه همکار است مانند کنترل نشده (uncontrolled)، جسور (defiant)، ترسو

(timid)، همکار عصبی و هیجان زده (tense-cooperative) و نالان (whining).

۱۸۴- در مطالعه landau در مقایسه سفالومتریک بین کودکان مبتلا به داون و کودکان سالم کدام مورد مشاهده شد؟

الف) هر دو فک در موقعیت خلفی تری در زیر کرانیال بیس قرار داشتند.

ب) ارتفاع فوقانی صورت بلندتر از حد طبیعی بود.

ج) قسمت میانی صورت هم در ابعاد عمومی و هم افقی کوچک تر بود.

د) زبان در حالت رتروژن و بزرگ تر از حد طبیعی بود.

پاسخ صحیح: گزینه ج جلد ۲ در سننامه دندانپزشکی کودکان آوید - ص ۷۳

تاخیر در رشد ماگزیلا و مندیبل - قرار گرفتن هر دو فک در موقعیت قدامی تری در زیر کرانیال بیس - کوتاه بودن

ارتفاع فوقانی صورت - کوچک بودن قسمت میانی صورت هم در ابعاد عمودی و هم افقی - پروتروژن و کراودینگ

دندانی - بزرگتر بودن زبان

بسیاری از کودکان سندرم داون، التهاب مزمن ملتحمه و تاریخچه‌ی عفونت مکرر دستگاه تنفسی دارند.

۱۸۵- شایع ترین اکلوزن اولیه مولر دایمی در سن ۵/۶ سالگی و اکلوزن نهایی در سن ۱۲ سالگی به ترتیب کدام است؟

الف) Class I.End-on

ب) Class I.Class II

ج) Flush.End-on

د) Class I.Class I

پاسخ صحیح: گزینه الف جلد ۲ در سننامه دندانپزشکی کودکان آوید - ص ۹۶

بروز روابط انتهایی مولری در سه مرحله از تکامل اکلوژن		
صفحات انتهایی دندان های شیری در سن ۵ سالگی	اکلوژن اولیه مولر اول دائمی در سن ۶/۵ سالگی	اکلوژن نهایی در حدود سن ۱۲ سالگی
۱٪ کلاس III	۳٪ کلاس III	
۲۷٪ کلاس I (ms)	۵۹٪ کلاس I	
۲۷٪ flush	۴۹٪ end-on	
۱۴٪ کلاس II (ds)	۲۳٪ کلاس II	۳۹٪ کلاس II

ds، دیستال استپ؛ ms، میزئال استپ.
 Arya BS, Savara BS, Thomas DR. Prediction of first molar occlusion. *Am J Orthod.* 1973;63(6):610-621.
 Carlsen DB, Meredith HV. Biologic variation in selected relationships of opposing posterior teeth. *Angle Orthod.* 1960;30(3):162-173.

۱۸۶- در صورت از دست رفتن مولر اول شیری در کدام حالت زیر استفاده از فضا نگهدارنده باید در نظر گرفته شود؟
 الف) فک بالا و رابطه کلاس یک مولرهای دائمی
 ب) فک پایین و رابطه end to end مولرهای دائمی
 ج) فک بالا و رابطه end to end مولرهای دائمی
 د) فک پایین و رابطه کلاس یک مولرهای دائمی

پاسخ صحیح: گزینه ج جلد ۲ در سننامه دندانپزشکی کودکان آوید - ص ۱۱۶

▪ اگر دندان های مولر اول دائمی رابطه end to end داشته باشند، این که در کدام قوس، دندان D از دست رفته، ممکن است فاکتوری جهت تنظیمات رابطه مولری باشد.

← در فک بالا باعث ایجاد رابطه مولری کلاس II شود، گذاشتن فضا نگهدار

← در فک پایین باعث ایجاد رابطه کلاس I می شود. نگهداری فضا احتمالا کمتر مورد نیاز است.

۱۸۷- در صورتی که کودک مبتلا به آسم برای درمان دندانپزشکی نیاز به آرام بخشی داشته باشد کدام داروها ارجح است؟
 الف) باربیتورات ها - N₂O
 ب) دیازپام - باربیتورات ها
 ج) دیازپام - N₂O
 د) هیدروکسی زین - نازکوتیک ها

پاسخ صحیح: گزینه ج جلد ۲ در سننامه دندانپزشکی کودکان آوید - ص ۱۸۰

- ✓ روش های رفتاری برای کاهش اضطراب استفاده شده و **بی دردی با نیتروس اکساید-اکسیژن**، ممکن است مفید باشد.
- ✓ **هیدروکسی زین هیدروکلراید (Vistaril) و دیازپام (Valium)** در کاهش اضطراب موفق بوده اند.
- ✓ **باربیتورات ها و نارکوتیک ها تجویز نمی شوند**، زیرا پتانسیل رهاسازی هیستامین دارند، که به برونکواسپاسم منجر می شود.
- ✓ **ترکیبات آسپرین و عوامل ضدالتهاب غیراستروئیدی عدم تجویز دارند**، زیرا حدود ۴% از بیماران متعاقب دریافت این داروها، wheezing را تجربه می کنند.
- ✓ **استامینوفن** توصیه می شود.
- ✓ قرار دادن یک کودک با نشانه های آسم خفیف در **یک وضعیت عمودی یا نیمه-عمودی** برای اعمال دندانپزشکی ممکن است مفید باشد.

۱۸۸- برای کودک مبتلا به لوسمی باو تعداد پلاکت ۳۰۰۰۰ چه ملاحظه درمانی دندانپزشکی را باید در نظر گرفت ؟
الف) نیاز به ملاحظه ای ند ارد.

ب) به تأخیر انداختن elective surgical procedure

ج) به تأخیر انداختن elective dental procedure

د) به تأخیر انداختن پروسه هایی که سبب باکتری می موقت می شود.

پاسخ صحیح: گزینه ب جلد ۲ درسنامه دندانپزشکی کودکان آوید - ص ۲۲۷

اهمیت بالینی شمارش پلاکتی*

اهمیت	شمارش (تعداد سلول در هر میلی متر مکعب)
نرمال	۴۰۰۰۰ تا ۱۵۰۰۰۰
زمان خونریزی افزایش می یابد، اما بیمار اغلب اقدامات روتین را تحمل خواهد کرد	۱۵۰۰۰۰ تا ۵۰۰۰۰
در معرض ریسک متوسط خونریزی؛ اقدامات جراحی الکتیو باید به تعویق بیفتند.	۵۰۰۰۰ تا ۲۰۰۰۰
در معرض ریسک قابل توجه خونریزی؛ اقدامات دندانپزشکی الکتیو باید به تعویق بیفتند.	کمتر از ۲۰۰۰۰

* یک اندیکاسیون مطلق تزریق پلاکت، خونریزی قابل توجه است. اگر تعداد کمتر از ۲۰۰۰۰ سلول بر میلی متر مکعب باشد، بیمار باید قبل از اقدامات دندانپزشکی، پلاکت پروفیلاکتیک تزریقی دریافت کند. استفاده ی بی رویه از پلاکت درمانی ممکن است منجر به تولید آنتی بادی های ضد پلاکت شود.

۱۸۹- دندان ۲۱ نوجوان ۱۴ ساله‌ای دچار ترومای اکستروژن به مقدار ۳mm شده است. تصمیم‌گیری در مورد نیاز به درمان اندودنتیک به چه صورت است؟

- الف) به تعویق انداختن درمان اندودنتیک تا زمان مشاهده علائم رادیوگرافیک
 ب) شروع درمان اندودنتیک یک هفته پس از ریپوزیشن کردن دندان
 ج) شروع درمان اندودنتیک ۲ تا ۳ هفته پس از ریپوزیشن کردن دندان
 د) به تعویق انداختن درمان اندودنتیک تا زمان مشاهده علائم کلینیکال

پاسخ صحیح: گزینه ج جلد ۲ در سننامه دندانپزشکی کودکان آوید - ص ۲۶۸

جابجایی از نوع اکستروژن دندان دائمی معمولاً باعث نکروز پالپ می‌شود.

درمان فوری شامل اصلاح دقیق موقعیت دندان و تثبیت آن است.

اگر دندان‌های بالغی که موقعیت آن‌ها اصلاح شده، در طول ۲ تا ۳ هفته بعد از اصلاح موقعیت، به تست‌های حیاتی پالپ پاسخ ندهند، درمان اندودنتیک باید قبل از ایجاد شواهد تحلیل ریشه رخ می‌دهد، انجام شود.

• نیاز به مداخله اندودنتیک در موارد اکستروژن قابل توجه (بیش از ۲ میلی متر) در دندان‌های بالغ تقریباً قطعی است.

• در دندان‌های نابالغ اکستروژن شده، کلینیسین باید وضعیت را به طور مکرر فالو کند.

۱۹۰- کودکی ۴ ساله (۱۶kg) با تورم گونه تا ناحیه زیر چشم در ناحیه راست‌بالا به شما مراجعه کرده است. در معاینه پوسیدگی شدید دندان ۵۴ و لنفادنوپاتی مشاهده می‌شود. کدامیک از درمان‌های زیر برای کودک مناسب‌تر است؟

الف) Penicillin VK (۲۵-۵۰mg/Kg/day)

ب) Penicillin VK (۲۵-۵۰ mg/Kg/day) همراه با Clindamycin (۱۰-۲۰ mg/Kg/day)

ج) Ampicillin-Sulbactam (unisynt) IV injection

د) Penicillin VK (۲۵-۵۰mg/kg/day) همراه با کشیدن فوری دندان عفونی

پاسخ صحیح: گزینه ج جلد ۲ در سننامه دندانپزشکی کودکان آوید - ص ۳۰۶

عفونت‌های ادنتوژنیک پلی میکروبیال هستند.

آنتی بیوتیک مناسب برای عفونت‌های ادنتوژنیک با شدت کمتر که به صورت سرپایی درمان می‌شوند:

✓ پنی سیلین VK (۲۵-۵۰ mg/kg در روز به صورت مصرف در هر ۶-۸ ساعت)

✓ یا کلیندامایسین (۲۰-۱۰ mg/kg در روز در دوز های مصرفی ۶ ساعته).

به دلیل افزایش ارگاناسم های تولید کننده ی بتا لاکتاماز خط اول آنتی بیوتیک ها برای عفونت های نیازمند بستری:

✓ آمپی سیلین-سولباکتام (Unasyn) داخل وریدی

✓ یا کلیندامایسین داخل وریدی