الحالات حول السنيّة الحادة

مُقدّمة

❖ إن الحالات حول السنيّة الحادة هي الحالات التي تستدعي "**الصراخ**"، وبالتالي هي التي تتطلب تداخلاً إسعافياً من قِبل الطبيب، وهي نادرة في التهاب النسج حول السنيّة (لذا تعتبرُ أغلب أمراض النسج حول السنية أمراض صامتة)،

ولكن وبشكل عام تعتبر الحالات الحادة (Acute) هي الحالات المؤلمة، أما الحالات المزمنة (Chronic) فتكون غالباً غير مؤلمة حتى تصل إلى درجة تحتد فيها، وعندها تتسبب بالألم.

❖ ومن أشهر الحالات حول السنيّة الحادة التي سنناقشها في هذه المحاضرة:

1) الخراجات حول السنيّة أو خراجات الجهاز الداعم.
2) الأمراض حول السنيّة التموتيّة.
3) الأمراض اللثويّة فيروسيّة المنشأ.
4) التهاب الفم القلاعي.
5) الآفات الرضيّة.

ملاحظة: تحوي هذه المحاضرة أيضاً على باقي أسئلة الدورات التي تتوافر لدينا ولم نوردها بأي من المحاضرات السابقة.

أولاً: خراجات الجهاز الداعم

❖ **الخراج :** هو عبارة عن تجمّع قيحي يمكن أن يوجد في أي مكان في الجسم، يدعى في مراحله الأولى التهاب خلوي، وعندما يتطور ويتجمع فيه القيح يتحول لخراج.

وتُصنّف خراجات الجهاز الداعم لـ :

خراجات لثويّة ، خراجات حول سنّية ، خراجات حول التاج.

الخرّاج اللثوي:

- هو عبارة عن تجمّع قيحي محدود بـ **اللّثة الحفافيّة** أو **الحليمة بين السنيّة**، ولا يكون للّثة الملتصقة علاقةٌ بالخراج اللثوي.

السبب:

- انحشار جسم أجنبي في اللّثة الحفافيّة أو الحليميّة.

المظاهر السريريّة:

1) انتباج موضّع باللّثة الحفافيّة أو الحليمة بين السنيّة.
2) سطح الخراج أحمر، لامع، ومؤلم.
3) أهم ما يميزه وجود فتحة قيحيّة على سطح الخراج.
4) ولا يترافق الخراج اللثوي بوجود جيب حول سنّي، وبالتالي تكون النسج حول السنيّة سليمة.

المعالجة:

- **إزالة الجسم الأجنبي** لأنهُ السبب الرئيسي، وهو ما يعتبر معالجة أوليّة، ثم إجراء معالجات لاحقة **كتفجير الخراج**، وذلك كمعالجة ثانويّة.
- وتُعد **المعالجة السريريّة** (وليس الدوائية أو غيرها) هي الأساس في هكذا خراجات، وذلك بما تشملُ من تفجير أو تفريغ الخراج بالمسبر أو أداة تقليح، ثم متابعة المريض فيما بعد.
- أما الغاية من المراجعة ومتابعة المريض فهي **الناحية الجماليّة**، حيثُ يُمكن أن يتسبب تفجير الخراج بضخامة لثويّة بسيطة تضطرنا لإجراء قطع للّثة.

الخرّاج حول السنيّ:

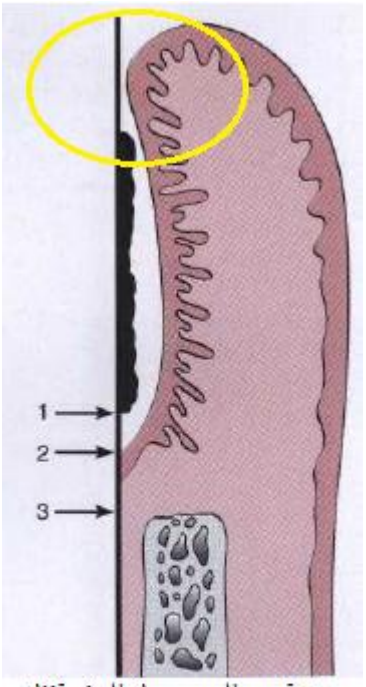
- هو عبارة عن تجمّع قيحي موضّع ضمن **جيب حول سنّي موجود سابقاً**، ولا تكون الإصابة حول السنيّة في هذه الحالة قد توقفت، وإنما هي ما تزال قائمة وفعالّة، وبشكل أدق نقول أن للمرض حول السني عادة طورين؛ ***فعالية*** و ***هدوء***، وتحدث هذه الخراجات غالباً في طور الفعالية من المرض حول السني.

- ويعتبر هذا الخراج شائع الحدوث، فهو يمثل 8 - 14 % من الحالات الإسعافيّة في العيادة السنيّة، علماً أنّ غالبيّة الحالات الإسعافيّة هي الحالات التي تصيب اللب السنّي بالدرجة الأولى، ثم تأتي بالدرجة الثانية الخراجات حول السنيّة.
- وتتألف الخراجات حول السنيّة من ***الجراثيم***، و***المنتجات الجرثوميّة***، و***الخلايا الالتهابيّة***، و***منتجات تخرب النسج*** (والتي تعتبر النتيجة الأخيرة للعملية الالتهابية).

مُلاحظة: إن الجراثيم المتواجدة في الخراج حول السني هي نفسها تلك المسببة للمرض حول السنّي ولا يوجد بينهما أي اختلاف.

الأسباب:

- جيوب حول سنيّة عميقة غير مُعالَجة؛ حيث يستمر تشكل الجيب وتزايد عمقه مع الوقت، مما يؤدي في النهاية لانغلاق فوهته الخارجية وتوقف التفريغ، الأمر الذي سيؤدي لتشكل الخراج.
- المعالجة غير الكافية للجيوب حول السنية، كما يحدث في بعض الحالات عندما يكون هناك جيب مُثار بعمق 9 ملم مثلاً، ولا يعالج الطبيب منه إلا 4 ملم فقط، مما يؤدي لانغلاق الجيب وتشكل الخراج.
- وكثيراً ما تشاهد خراجات مفترق الجذور عند المصابين **بداء السكري** بعد المعالجة حول السنيّة، والتي تعتبر في هذه الحالة فاشلة أيضاً.
- كما يؤدي استعمال الصادات الحيويّة دون إجراء معالجة ميكانيكيّة (معالجة سببيّة) إلى تشكل الخراجات في النهاية، فالصادات تُحسن من الحالة قليلاً ولكن لا تؤمّن شفاءها نهائياً.



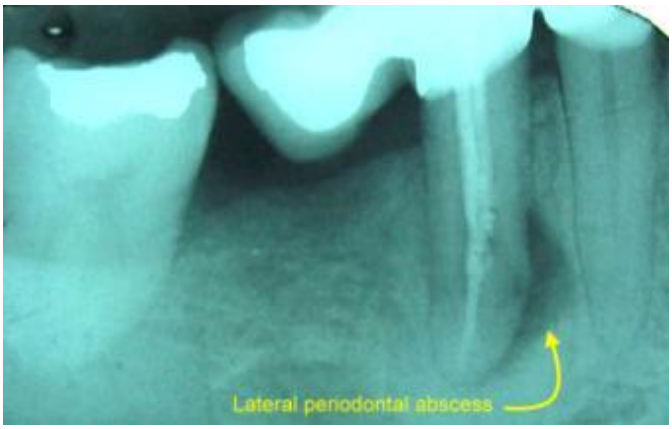
مع تقدم الجيب حول السني تنغلق فوهته مما يعيق عملية التصريف فيتشكل الخراج

المظاهر السريريّة:

1) انتباج أملس لمّاع، مؤلم وحساس باللمس،
وهو في هذا يُشبه الخراج اللثوي، ويكون الفرق في المنطقة المُصابة، حيثُ يشمل الخراج حول السنّي اللّثة الملتصقة كذلك.
2) النز القيحي العفوي أو المثار بالضغط من الخارج.
3) حساسيّة السن المصاب بالقرع الأفقي وليس العمودي غالباً.
4) ازدياد في حركة السن المصاب وخروج السن من سنخه، ويكون سبب خروجه هو توذّم المسافات الرباطيّة.
5) وجود جيب عميق في منطقة الإصابة يُلاحظ عند السبر.
6) وقد يترافق هذا الجيب أحياناً مع حمى، ودعث (قشعريرة وفتور وصداع)، واعتلال في العقد اللمفاويّة (حيث يمكن جسها في المنطقة تحت الذقنية)،
وذلك خاصة عندما تكون الجيوب عميقة وليس لها تفريغ، وفي المرحلة الأوليّة قبل تشكل القيح، حيث دائماً ما تخف الأعراض قليلاً عند تشكل القيح، لأنّ الجسم يكون بذلك قد حاصر الآفة.

المظاهر الشعاعيّة:

- تتراوح المظاهر الشعاعيّة بين **ازدياد في عرض الرباط** حول السنّي، و **ضياع عظمي واضح** قرب الجذر المصاب، إضافة لوجود امتصاص في قمة العظم السنخي،
وهنا غالباً سيكون شكل العيب العظمي **مائلاً** (شاقولي)، ويكون الجيب تحت عظمي، بالإضافة لوجود إصابة مفترق الجذور وهي الحالات الأكثر شيوعاً.



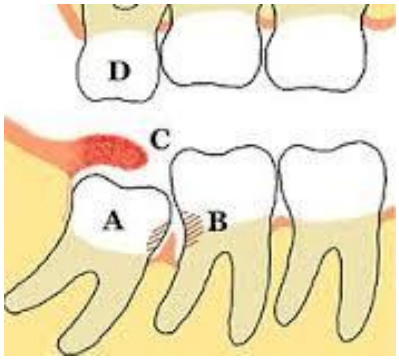
التشخيص التفريقي:

1. الانكسار الطولي للجذر؛ ويتم التمييز بينهما عن طريق وجود الجيب بالدرجة الأولى، بالإضافة للتشخيص الشعاعي.
2. الأمراض حول السنيّة؛ والفرق بينها وبين الخراج هو وجود النز القيحي غير الموجود في الأمراض حول السنيّة.
3. الأورام؛ ويتميز الورم كذلك بعدم خروج القيح منه.
4. خراجات الحفرة الفمويّة الأخرى وأهمها الخراج الذروي، حيثُ من الممكن جداً أن يتم الخلط بينهُ وبين الخراج حول السنّي.(*)

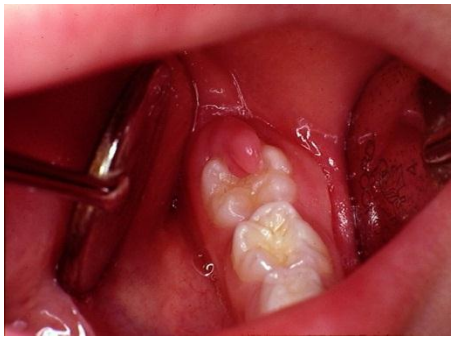
العلاج:

1. تفجير الخراج، أي تأمين فوهة لخروج القيح من داخل الجيب، وهو العمل الأساسي لمعالجة الخراجات حول السنيّة.
2. إجراء معالجة ميكانيكيّة من تقليح وتسويّة الجذور.
3. استخدام الصادات الحيويّة في الحالة الحادة، ونقصد بالحالة الحادة التي تترافق مع حالة عامة كالدعث والوهط والترفع الحروري وانتباج العقد اللمفاويّة.
4. وفي حالات التخرب العظمي الواسع الذي يكون فيه قد اُمتص أكثر من ثلثي العظم فالأفضل إجراء عمليّة القلع، وتكون هي المعالجة المناسبة للآفة الأصليّة والمتبقيّة.

الخرّاج حول التاج:



- وهو عبارة عن تجمّع قيحي موضّع بنسج السن المحيطة بتاج السن البازغ جزئياً، وهو أكثر الخراجات ألماً وأكثرها أعراضاً عامة، وخاصة المتعلق منها بالرحى الثالثة السفليّة، ويحدث نتيجة انحشار الطعام أسفل اللسينة اللثويّة المغطيّة لتلك السن البازغ جزئياً.



(*) راجع كتاب القسم العملي

الأعراض والعلامات:

1) وجود سن بازغة جزئيّاً مع نسج محيطة منتبجة محمرة، حساسة للمس مع نتحة قيحيّة أسفل اللسينة.

2) ألم عفوي شديد.
3) ضَزَز (أي فم مغلق لا ينفتح).
4) صعوبة في البلع.
5) اعتلال في العقد اللمفاويّة.
6) توعُك وحمى.

العلاج:

1. غسل مكان تجمّع الجراثيم، وإرواء المنطقة أسفل اللسينة اللثويّة، ويُمكن في ذلك استخدام مصل فزيولوجي أو كلور هيكسيدين.
2. استعمال الصادات الحيويّة؛ لأنّ المريض غالباً يشتكي من أعراض عامة، وفي هذه الحالة نكشف التاج أو نقلع السن وذلك حسب الحالة، إلا أن أغلب الحالات تنتهي بالقلع.

ثانياً: الأمراض حول السنيّة التموتيّة

- ولها نوعان:

I. **التهاب اللّثة التقرحي التموتي NUG** : وكان يسمى التهاب اللّثة التقرحي التموتي الحاد، ولكن حُذفت كلمة حاد لأنّهُ جميع الحالات تكون حادة، أما الحالة المزمنة فلا وجود لها أو أنها نادرة جداً.

II. **التهاب النسج حول السنيّة التموتيّ التقرحيّ NUP** : وكان يُدعى خناق فانسان، وبعدها سُمي بفم الخندق(*) وذلك في الحرب العالميّة الأولى والثانيّة حيثُ سمي بذلك لأنّ أغلب العساكر أُصيبوا به، حيثُ أنّهُ مجموعة من المشاكل المعقدة نتيجة الحالة النفسيّة والصحيّة والغذائيّة لدى المريض.

(*)ذكرنا في محاضرة سابقة – كمعلومة خارجية – أن "التهاب اللثة التقرحي التموتي" هو ما كان يدعى بـ "فم الخندق"، إلا أن الدكتور هنا قد أشار إلى أن هذا الاسم يعود للالتهاب النسج حول السنية التموتي التقرحي، ولعله يكون الأدق والأصح.

تطوّر المرض:

- يبدأ المرض أولاً **بالحليمات بين السنية** (اللّثة الحليمية)؛ حيثُ تنتبج لتعطي شكل مدور، خاصة من الجهة الدهليزيّة، في حين تكون الحليمة الطبيعيّة رقيقة، ثم وبعد الانتباج تتموت الحليمات، وتتشكل قرحة في مكانها.
- فيما بعد تنفصل الحليمة المتموتة، ويتشكل ما يشبه فوهة الخندق، ويمتد التموت **للّثة الحفافيّة**.

- ومن ثمّ تمتد الإصابة **للّثة الملتصقة**، **والعظم السنخي**.
- وإذا وصل التموت إلى الغشاء المخاطي أصبح اسمهُ التهاب الفم التقرحي التموتي.
- إلا أنّ التموّت هنا يحدث بشكل أفقي سواء بالفك السفلي أو العلوي، وبالتالي **لا يتشكل جيوب حول سنيّة في الالتهاب التقرحي التموتي**، لأنّ التموت يكون أفقي باللّثة والعظم المحيط بها.
- كما وتترافق هذه الأمراض غالباً مع صحة فمويّة سيئة.

إذاً .. يبدأ التموت باللّثة الحليميّة، ثم الحفافيّة، ثمّ اللّثة الملتصقة، ثمّ العظم السنخي (حول السنّي)، ثمّ التهاب الفم التقرحي التموتي،
وكما نعلم فإن البشرة لا تغطي نسيج متموت، فإذا كان العظم متموت تنكشف اللّثة عنهُ.

الأعراض والعلامات:

1. ألم لثوي حاد يُسبب صعوبة في تناول الطعام والبلع.
2. تموت الحليمات بين السنيّة وتشكل غشاء كاذب.
3. نزف لثوي عفوي.
4. توعك، وارتفاع متوسط لدرجة الحرارة، واعتلال العقد اللمفاويّة.
5. رائحة فمويّة كريهة مع عناية فمويّة سيئة.

➢ **<u>الجراثيم المسببة:</u>** المغزليات واللولبيات التي هي الأساس للإصابة.

العوامل المؤهبة:

- ونقصد بها العوامل المُساعدة على حدوث المرض، وهي:

1. مرض الإيدز HIV.
2. مرض ابيضاض الدم، وذلك لأنّ مناعة مرضى ابيضاض الدم تكون ضعيفة.
3. سوء التغذيّة.
4. عناية فمويّة سيئة.
5. عمر المريض.
6. العِرق.
7. التدخين واستهلاك الكحول.
8. الضغط النفسي والعاطفي وقلّة النوم.

العـــلاج:

- يُقسم العلاج إلى:
  - **العلاج في المرحلة الحادة**، ويقتصر على:
    - إزالة الألم والانزعاج العام، وإلغاء فعاليّة المرض.
    - يُمكن إجراء تقليح يدوي بسيط.
    - بالإضافة لاستعمال وسائل كيميائيّة تسيطر على اللويحة، مثل الكلورهيكسيدين.
    - استخدام الصادات الحيويّة جهازياً؛ والسبب في استخدامها هو وجود الجراثيم، حيث يُمكن إعطاء المريض الميترانيدازول.
  - **مرحلة المتابعة:**

وتكون بعد زوال الأعراض الحادة، حيثُ يُراجع المريض الطبيب حينها، ليقوم الطبيب بعدد من الإجراءات؛

- كالتقليح وتسوية الجذور.
- معالجة الترميمات السيئة.
- إعطاء المريض تدابير العناية الفمويّة.
- إصلاح جراحي للعيوب حول السنيّة؛ كإزالة القطع العظميّة المتموتة.
- بالإضافة لإلغاء أوتعديل العوامل المؤهبة مع المتابعة للمرض.

ثالثاً: الأمراض اللثويّة فيروسيّة المنشأ

- هُناك العديد من الفيروسات المُسببة للالتهابات اللثويّة اشهرُها **فيروس الحلأ** (Herpes).

الإصابة بفيروس الحلأ

المظاهر السريريّة:

1. تشكل حويصلات متعددة، تنفجر لتشكل قرحات مغطاة بالفبرين ومحاطة بهالة حمراء.
2. ألم شديد مع حُمى واعتلال عقد لمفاويّة.
3. يكون المرض منتشر بكافة أجزاء الفم.
4. يُشفى المرض خلال 1 - 14 يوم، ولكن يُمكن أن يعود الفيروس مرّة أُخرى فيما بعد.
5. يُمكن أن يتسبب المرض **بالموت** إن لم يكن المريض قادراً على تحمّل أعراض المرض، وهو يُعد أخطر من غيره، وأصبح يُشاهد في العيادات بكثرة.

مُلاحظة: يُمكن للمرض أن يُشفى عفويّاً لكن بشرط أن يكون المريض مقاوم للعقابيل التاليّة للمرض.

- **<u>العوامل المؤهبة:</u>** ليس لهذا المرض سبب رئيسي، ولكن من العوامل المؤهبة له *الرض، والحيض، والتعرض للأشعة فوق البنفسجيّة لفترة طويلة.*

العلاج:

1. إزالة حذرة، لأنّ الإصابة الفيروسيّة أخطر من الإصابة الجرثوميّة، ولكي لا يُصاب الطبيب أو يدخل الرذاذ بعينيه، كما أنّ تلوث القرحات الفيروسيّة بإنتان جرثومي يعقد المشكلة أكثر.
2. استعمال مضادات الفيروسات مثل الأسِكلوفير سواء موضعي أو على شكل حبوب.
3. خافضات حرارة بسبب حالة الحمى.
4. معالجة الألم، ويُستخدم لهذا المسكنات العامة مع مسكن موضعي (كالجيل المخدر الموضعي)
5. الاهتمام بتغذيّة المريض مع الراحة الكافيّة.

رابعاً: التهاب الفم القُلاعي

- هو عبارة عن قرحات تُصيب المخاطيّة الفمويّة **المتحركة**، تظهر فجأة بشكل متقطع وبنسبة شيوع 10 - 20 %، وهي مجهولة السبب.

➢ **العوامل المؤهبة:**

الرض، الضغط النفسي، عوز التغذيّة، والحساسيّة لبعض الأطعمة.

العــلاج:

بما أن السبب غير معروف فإن المعالجة مهدئة فقط، حيثُ:

1) يُمكن تطبيق مواد مُخدرة موضعيّة للتخفيف من الألم، ويُمكن إعطاء مضامض مهدئة.
2) استخدام الستيروئيدات موضعياً كالروبافليكس.
3) التغذيّة جيدة، وإعطاء السوائل.
4) وحديثاً ظهرت المعالجة بالليزر، كما يُمكن المعالجة بالطرق القديمة الكيميائيّة.

التشخيص التفريقي:

أولاً يتم التفريق بين الأمراض فيروسيّة المنشأ وبين الأمراض حول السنيّة التموتيّة من خلال الجدول التالي:

من حيث:	الأمراض فيروسيّة المنشأ	الأمراض حول السنيّة التموتيّة
العامل المُسبب:	فيروسي.	جراثيم، لولبيات.
العمر:	شائع عند الأطفال.	شائع عند اليافعين من 15 - 30.
موقع الإصابة:	المخاطيّة الفمويّة، لثة حرّة، ومُلتصقة.	وجود إصابة حليمات دوماً، ثم إصابة اللثة حفافية والملتصقة والعظم السنخي.
التخرب:	لا يحدث تخرب بعد المعالجة.	يحدث تخرب بعد المعالجة.
الحرارة:	حمى شديدة.	ترفع حروري معتدل.

ملاحظة: غالباً ما يكون هناك تعارض كبير بين الفيروس والجرثوم، فإنّ إعطاء مضاد جرثومي لإصابة فيروسية قج يضاعف سوء الحالة.

ثانياً بينما يتم التفريق بين الأمراض فيروسيّة المنشأ والقُلاع من خلال:

من حيث:	الأمراض فيروسيّة المنشأ	القُلاع
موقع الإصابة:	المخاطيّة الفمويّة، لثة حرّة، ومُلتصقة.	المخاطيّة المتحركة فقط، ولا تُصاب اللّثة المتقرنة.
شكل الإصابة:	حويصلات تنفجر وقرحات مُحاطة بحمامى.	قرحة مفردة أو اثنتين، ولكن ليس بشدة الإصابة الفيروسية، كما أنها لا تملك أعراض الإصابات فيروسيّة المنشأ.

خامساً: الآفات الرضيّة

- وهي إمّا أن تكون ذاتيّة أو طبيّة أو عرضيّة (أي تحدث بشكل عرضي).

تُصنّف لأذيات كيميائيّة، فيزيائيّة، حراريّة.

الأذيات الكيميائيّة:

- تظهر على شكل آفات تشبه الحزاز المنبسط أو الآفات القرحيّة أو التهاب اللّثة، وهي آفات عكوسة؛ أي أنها تُشفى بمجرد إزالة العامل المُسبب،

Aspirin Burn

- وتحدث هذه الآفات كرد فعل لتراكيز عاليّة من المواد المثيرة لحساسيّة النسج؛
  - كالأسبرين.
  - معاجين الأسنان أو المضامض الفمويّة.
  - بعض الأدويّة السنيّة؛ مثل البارافورم ألدهيد المستخدم للأطفال.
  - لبعض المرضى حساسية تجاه بعض مواد الترميم السنّي.
  - الأطعمة والمنكهات والمواد الحافظة.

الأذيات الفيزيائيّة:

- تظهر الأذيات الفيزيائيّة على شكل سحجات؛ أي إنكشاف النسيج الضام بعد انسلاخ المخاطيّة ويكون على شكل **سحجة**، وهي مؤلمة وتنجم غالباً عن أدوات أو إجراءات عناية فمويّة خاطئة؛ كالتفريش بشكل جائر أو بعض العادات السيئة.

الأذيات الحراريّة:

- إما أن تظهر على شكل **قرحات**، أو تتشكل **حويصلات** نتيجة حروق الدرجة الثانية، أو **مناطق مؤلمة ومُحمرة متقشرة**، تنفصل أحياناً عن البشرة، تنجم غالباً عن المأكولات والمشروبات الساخنة أو بعد إجراءات المعالجة السنيّة.

أسـئلة من الدورات السابقة

اختر الإجابة المميزة؛ الوحيدة الصواب أو الوحيدة الخطأ :

1	نستخدم في الكشف عن اللويحة :	2	أدوات غريسي لتنظيف سطوح الارحاء كافة هي :
A	A.الاريتروزين. B.الاريترومايسين. C.السيفالوسبورينات. D.السيكلوسبورينات.	C	A.(5-6) (7-8) B.(11-14) (12-13) C. (11-12) (9-10) (7-8) (13-14)
3	مريض لديه اضطراب بسيط في العظم وهو قيد المعالجة :	4	الخراجات حول السنية
B	A.معالجة سنية تقليدية. B.تعطى أنبولتين أدرينالين مع مقبض وعائي في معالجة تقليدية. C.لا يعالج. D.معالجات سنية اسعافية فقط.	B	A.لثوي – حول سني – ذروي B.حول التاج – لثوي – حول السني C.ذروي – حول التاج – لثوي
5	الدرجة الاولى من مشعر النزف :	6	الدرجة الثانية من مشعر النزف :
	A.نزف بعد 30 ثانية		B.نزف مباشر بعد السبر
7	تستخدم حركات الدفع مع :	8	العنق النهائي :
B	A.الفؤوس. B.الازاميل. C.المجارف. D.المناجل.	C	A.هو الجزء من العنق الذي يتصل مع النهاية العاملة B.هو الجزء النهائي من العنق الوظيفي الذي يتصل مع النهاية العاملة C.كل ما سبق صح D.كل ما سبق خطأ
9	الزاوية الداخلية للمناجل والمجارف	10	يستخدم في التجريف مجارف خاصة

	هي :		للسطوح الخلفية دهليزي لساني
	A. 70 – 80 %		A. (8-7) (10-9)
11	يشاهد في مقطع النتوء السنخي عدا:	12	المجارف الخاصة المستخدمة في السطوح الدهليزية واللسانية:
B	A. العظم الاسفنجي. B. عظم قاعدي. C. صفيحة دهليزية خارجية. D. صفيحة لسانية خارجية .	B	A. (8-7) B. (8-7) + (10-9) C. (10-9) D. (14-13)
13	الاداة التي تستخدم للقطع في المسافات بين السنية هي	14	في إصابة مفترق الجذور درجة ثانية:
	A. مشرط أوربان.		A. اندخال المسبر مسافة تزيد عن 3 ملم من الدهليزي وعدم خروجه من اللساني
15	مشعر الضخامة اللثوية الدرجة الاولى:	16	يمكن للصورة الشعاعية ان تكشف :
B	A. ضخامة لثوية معتدلة تصل حتى نصف التاج. B. ضخامة لثوية محدودة باللثة الحفافية C. تغطي 3\2 من التاج D. لا يوجد ضخامة لثوية	D	A. الجيوب حول السنية B. الجيوب العظمية على السطوح الدهليزية C. الفقد العظمي المبكر D. الجيوب العظمية على السطوح الملاصقة
17	قمة النتوء السنخي بالنسبة للملتقى الميناني الملاطي يبعد :	18	المستقبلات المسؤولة عن البرودة والموجودة ضمن الرباط السني السنخي هي:
	A. 1-2 mm	B	A. رافيني B. كراوس C. باشيني D. مايستر E. فينغر
19	في المجارف العامة:	20	يستخدم في التشخيص الجرثومي كل مما يلي عدا:
D	A. زاويتها الداخلية 70 . B. لها حد قاطع واحد.	C	A. تحليل DNA B. سلاسل البوليميراز

	C.لها انحناء جانبي. D.كل ما ذكر خاطئ.		C.الخزعة D.التألق المناعي المباشر
21	**العنق الوظيفي للأداة:**	22	**السبر حول السني الحراري:**
A	Functional Shank.A B.يستخدم أعناق طويلة مع الأسنان الخلفية C.الجزء النهائي للأداة المرتبط بالشفرة D.يختلف من أداة لأخرى		A.حساس لأقل درجات الحرارة وخاصة الدرجات المتقدمة للالتهاب B.يقيس أعشار درجات الحرارة C.مشابه لمسبر فلوريد D.1و2صحيح
23	**تبقى الصورة الشعاعية التقليدية عاجزة عن تمييز:**	24	**من العوامل الوهبة للقلاع:**
D	A.المنطقة المعالجة وغير المعالجة B.التهاب النسج الرخوة C.حركة الأسنان D.كل ما سبق صحيح	B	A.عوز التغذية B.الأشعة فوق البنفسجية C.الضغط النفسي D.الرض
25	**تتم المعالجة بخافضات الحرارة في حالات:**	26	**يكون الكسب في الارتباط في الجيوب العميقة أكثر من 7 ملم:**
B	A.التهاب النسج حول السنية التقرحي التموتي B.التهاب نسج فيروسي المنشأ C.القلاع D.1و2صحيح E.كل ما سبق صحيح	B	A.ربع المقدار الكسب في السبر B.ثلث المقدار الكسب في السبر C.ثلثي المقدار الكسب في السبر D.نصف المقدار الكسب في السبر E.كل ما سبق خاطئ
27	**تحدث إمالة الأسنان بلأتجاه الأنسي والطاحن مع التقدم بالعمر بسبب:**	28	**يتم استعمال الصادات الحيوية في:**
B	A.محصلة القوى الأطباقية الأنسية B.نمو الملاط C.تخرب الرباط D.كل ما سبق	C	A.معالجة الخراجات B.بعد تفجير الخراجات C.الأعراض العامة D.كل الحالات السابقة
29	**مريض لديه مسافة ضيقة بين الضواحك ما هي الوسيلة المستخدمة للتنظيف بين السني :**	30	**مسبر Nabers :**

C	A.فراشي بين سنية B.أوتاد التنظيف C.خيوط بين سنية	D	A.منحني B.مدرج كل 3 ملم C.يستخدم لسبر مفترق الجذور D.كل ما ذكر صحيح
31	مسبر Williams :	32	العنق الوظيفي :
A	A.تدريجاته تتناسب مع شدة الإصابة B.مقطعه دائري 0.5 ملم C.سهل الاستخدام	C	A.terminal shank B.يمتد من نهاية العنق إلى النهاية العاملة C.يختلف من أداة لأخرى
33	فوائد التشخيص الجرثومي :	34	البشرة الخارجية الفموية الخلايا الاغلب فيها هي :
A	A.اختبار الحساسية تجاه الصادات الحيوية B.جراثيم ميتة وحية	C	A.لثوية B.بشرية C.قرنية D.لانغهانس
35	الالياف المرنة في المخاطية الفمية واللثة الملتصقة :	36	تفكك ارتباط الخلايا البشروية عن سطح السن :
A	A.في المخاطية الفموية أكثر B.متساويتان C.في اللثة الملتصقة اكثر D.لا توجد في اللثة الملتصقة	A	A.غزو الخلايا الالتهابية لبشرة الارتباط B.تراكم اللويحة الجرثومية C.انتباج النسيج الضام
37	تفشل الاشعة في كل مما يلي ما عدا :		
B	A.الفقد العظمي المبكر B.الجيوب العظمية الانسية والوحشية C.الارتباط البشروي D.الجيوب العظمية الدهليزية واللسانية		

لاستفساراتكم و نقاشاتكم .. فريق الـ RBCs مستعد لاستقبالها إلكترونياً على مجموعتنا على FaceBook على الرابط المخصص ..

كما ويمكنكم تحميل محاضراتنا مجاناً من على الـ Mediafire أو الـ Dropbox وفق أحد الروابط

https://www.facebook.com/groups/RBCs.Dent.2016

http://www.mediafire.com/folder/28yss0s920iyq/1st_semester

https://www.dropbox.com/sh/e7m6wioqdhkdehm/kMXkM_jIYX