

**Grile orientative pentru Examenul de Licență sesiunea 2020,
specializarea Medicină Dentară**

1. Design-ul intermediarilor dintr-o proteză fixă depinde de:

- A. Forma crestei edentate;
- B. Lungimea, lățimea și înălțimea spațiului edentat;
- C. Doleanțele estetice ale pacientului;
- D. Starea țesuturilor moi ce acoperă creasta edentată;
- E. Toate variantele de mai sus.

E (7, pag. 451)

2. Condițiile pe care trebuie să le îndeplinească intermediarii protezelor fixe sunt următoarele, cu excepția:

- A. Să respecte aliniamentul coletelor șirului dentar;
- B. Să fie estetici;
- C. Să modifice raporturile cu antagoniștii;
- D. Să permită accesul pentru igienizare;
- E. Să păstreze raporturi ocluzale favorabile cu antagoniștii.

C (7, pag. 452)

3. Condițiile pe care trebuie să le îndeplinească intermediarii protezelor fixe după Irving-Glicman sunt următoarele, cu excepția:

- A. Să dea impresia că dințele “iese din gingie”;
- B. Să permită accesul pentru igienizare;
- C. Să modifice aliniamentul coletelor șirului dentar;
- D. Să înlocuiască funcțiile dinților pe care îi substituie;
- E. Să fie estetici.

C (7, pag. 452)

4. Despre intermediarii ovoidali (situați intramucos) ai punților dentare sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. Se utilizează frecvent în zonele unde estetica este principalul obiectiv;
- B. Se pot igieniza ușor cu mătasea dentară;
- C. Se adaptează bine la crestele foarte înguste;
- D. Concavitatea de la nivelul crestei se poate obține imediat postextractional;
- E. Se adaptează bine la crestele late.

C (7, pag. 463)

5. Despre intermediarii ovoidali (situați intramucos) ai punților dentare sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. Porțiunea din corpul de punte care face contact cu țesuturile moi este rotunjită, fiind inclavată într-o concavitate a crestei;

- B. Se adaptează bine la crestele late;
 - C. Porțiunea din corpul de punte care face contact cu țesuturile moi este foarte ascuțită, fiind inclavată într-o concavitate a crestei;
 - D. Concavitatea de la nivelul crestei se poate obține imediat postextractional;
 - E. Se utilizează în zonele unde estetica este principalul obiectiv.
- C (7, pag. 463)

6. Despre intermediarii cu raport tangent linear ai punților dentare la maxilar sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. Au fețele mucozale reduse;
 - B. Fața orală va fi înclinată într-un unghi de 40-50°, fiind orientată vestibulo-oral, de sus în jos;
 - C. Se indică în zona de sprijin la maxilar, când crestele edentate sunt de lățime medie sau mai înguste;
 - D. Se indică în zona de sprijin la maxilar, când crestele edentate sunt late și spațiul protetic este mic;
 - E. Indicația depinde de distanța dintre creasta edentată și planul de ocluzie.
- D (7, pag. 459-460)

7. Despre intermediarii cu raport tangent linear ai punților dentare la maxilar sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. Contactual cu mucoasa se face pe versantul vestibular al crestei sub formă lineară, la nivelul coletului intermediarului;
 - B. Se indică în zona de sprijin la maxilar, când crestele edentate sunt de lățime medie sau mai înguste;
 - C. Indicația nu depinde de distanța dintre creasta edentată și planul de ocluzie;
 - D. Au fețele mucozale reduse;
 - E. Fața orală va fi înclinată într-un unghi de 40-50°, fiind orientată vestibulo-oral, de sus în jos.
- C (7, pag. 459)

8. Despre intermediarii la distanță de creasta edentată (suspendați) sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. Se utilizează în zone cu importanță fizionomică minoră, în special pentru înlocuirea primilor molari inferiori;
 - B. Indicația majoră este în zona de sprijin mandibulară;
 - C. Spațiul protetic trebuie să fie de minim 6 mm (vertical);
 - D. Spațiul protetic în sens mezio-distal să fie de cel puțin 10 mm;
 - E. Indicația majoră este în zona de sprijin maxilară.
- E (7, pag. 461-462)

9. Despre intermediarii la distanță de creasta edentată (suspendați) sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. Spațiul protetic în sens mezio- distal să fie de cel puțin 10 mm;
- B. Indicația majoră este în zona de sprijin mandibulară;
- C. Spațiul protetic trebuie să fie de minim 6 mm (vertical);

- D. Se indică atunci când între vârful crestei și intermediarii suspențați rămâne un spațiu de 0,5 - 1mm;
 - E. Se utilizează în zone cu importanță fizionomică minoră, în special pentru înlocuirea primilor molari inferiori;
- D (7, pag. 461-462)

10. Despre intermediarii punților dentare cu contacte punctiforme cu creasta edentată sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. Se indică în zone cu vizibilitate redusă și pe creste înguste;
 - B. La aceste corpuri de punte fiecare intermediar realizează câte un contact punctiform cu mijlocul crestei edentate;
 - C. Fețele vestibulare și orale converg spre zona cervicală;
 - D. Fețele vestibulare și orale sunt divergente spre zona cervicală;
 - E. Pe secțiune acești intermediari au formă conică.
- D (7, pag. 460)

11. Despre intermediarii punților dentare cu contacte punctiforme cu creasta edentată sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. La aceste corpuri de punte fiecare intermediar realizează câte un contact punctiform cu mijlocul crestei edentate;
 - B. Datorită aspectului se mai numesc “corpuri de punte conice”;
 - C. Dacă sunt aplicate pe creste late prezintă ambrazuri prea mari care retenționează alimente;
 - D. Fețele vestibulare și orale converg spre zona cervicală;
 - E. Se indică în zone cu vizibilitate mare și creste foarte late.
- E (7, pag. 460)

12. Despre intermediarii punților dentare cu contacte punctiforme cu creasta edentată sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. Datorită aspectului se mai numesc “corpuri de punte conice”;
 - B. Fețele vestibulare și orale converg spre zona cervicală;
 - C. Fețele vestibulare și orale sunt divergente spre zona cervicală;
 - D. Se indică în zone cu vizibilitate redusă și pe creste înguste ;
 - E. La aceste corpuri de punte fiecare intermediar realizează câte un contact punctiform cu mijlocul crestei edentate.
- C (7, pag. 460)

13. Despre intermediarii în șa (ridge lap pontic) ai punților dentare sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. Au un design foarte asemănător cu cel al dinților naturali;
 - B. Realizează un contact larg cu creasta edentată, obliterând ambrazurile vestibulare, linguale și proximale;
 - C. Se igienizează foarte ușor;
 - D. Produc reacții inflamatorii tisulare;
 - E. Sunt imposibil de igienizat la nivelul suprafeței mucozale.
- C (7, pag. 457-458)

14. Următoarele afirmații despre intermediarii în șa (ridge lap pontic) ai punților dentare sunt adevărate, cu excepția:

- A. Acoperă versantul vestibular al crestei și zona de contact se extinde lingual, depășind doar vârful crestei edentate;
 - B. Au un design foarte asemănător cu cel al dinților naturali;
 - C. Sunt imposibil de igienizat la nivelul suprafeței mucozale;
 - D. Produc reacții inflamatorii tisulare;
 - E. Se igienizează foarte ușor de către pacient.
- E (7, pag. 457-458)

15. Următoarele afirmații despre intermediarii în șa (ridge lap pontic) ai punților dentare sunt adevărate, cu excepția:

- A. Sunt confortabili pentru pacient, dar confortul este de scurtă durată;
 - B. Nu produc niciodată reacții inflamatorii tisulare;
 - C. Sunt imposibil de igienizat la nivelul suprafeței mucozale;
 - D. Au un design foarte asemănător cu cel al dinților naturali;
 - E. Acoperă versantul vestibular al crestei și zona de contact se extinde lingual, depășind doar vârful crestei edentate.
- B (7, pag. 457-458)

16. Următoarele afirmații despre intermediarii în semișa ai punților dentare sunt adevărate, cu excepția:

- A. Acoperă versantul vestibular al crestei edentate până la coama (vârful) acesteia;
 - B. Se utilizează frecvent în zonele de vizibilitate maximă la maxilar și la mandibulă;
 - C. Zonele de contact cu creasta vor fi realizate din ceramică sau din metal;
 - D. Față de intermediarii în șa, retenționează mai puține resturi alimentare;
 - E. Datorită aspectului, se mai numesc “corpuri de punte conice”.
- E (7, pag. 458-459)

17. Următoarele afirmații despre intermediarii în semișa ai punților dentare sunt adevărate, cu excepția:

- A. Prezintă dimensiuni mai reduse decât intermediarii în șa;
 - B. Constituie un compromis între restaurarea fizionomiei, fonației și posibilitățile de întreținere a unei igiene mai bune;
 - C. Contururile orale sunt mai reduse față de intermediarii în șa, pentru facilitarea igienei;
 - D. Se utilizează frecvent în zonele de vizibilitate maximă la maxilar și la mandibulă;
 - E. Contururile orale sunt mai voluminoase față de intermediarii în șa.
- E (7, pag. 458)

18. Următoarele afirmații despre intermediarii în semișa ai punților dentare sunt adevărate, cu excepția:

- A. Priviți dinspre vestibular conferă iluzia unor dinți naturali;
- B. Contururile orale sunt mai voluminoase față de intermediarii în șa și se întind pe versantul lingual al crestei;

- C. Se utilizează frecvent în zonele de vizibilitate maximă la maxilar și la mandibulă;
 - D. Constituie un compromis între restaurarea fizionomiei, fonației și posibilitățile de întreținere a unei igiene mai bune;
 - E. Față de intermediarii în șa, retenționează mai puține resturi alimentare.
- B (7, pag. 458-459)

19. Următoarele afirmații despre intermediarii în semișă ai punților dentare sunt adevărate, cu excepția:

- A. Constituie un compromis între restaurarea fizionomiei, fonației și posibilitățile de întreținere a unei igiene mai bune;
 - B. Față de intermediarii în șa, retenționează mai puține resturi alimentare;
 - C. Zonele de contact cu creasta vor fi realizate din ceramică sau din metal;
 - D. Se utilizează frecvent în zonele de vizibilitate minimă la mandibulă;
 - E. Prezintă dimensiuni mai reduse decât intermediarii în șa.
- D (7, pag. 458)

20. Printre condițiile pe care trebuie să le îndeplinească intermediarii protezelor fixe sunt următoarele, cu excepția:

- A. Să fie concepuți pentru a nu reține resturi alimentare și placă dentară;
 - B. Să înlocuiască funcțiile dinților pe care îi înlocuiesc;
 - C. Să modifice raporturile cu antagoniștii;
 - D. Să dea impresia că dintele “ iese din gingie”
 - E. Să permită accesul pentru igienizare.
- C (7, pag. 452)

21. Conectorul principal metalic sub formă de bară are următoarele caracteristici, cu excepția:

- A. Are o lățime de 6-7 mm și o grosime de 3 mm;
 - B. Cea mai utilizată este bara semiovalară;
 - C. Barele palatine pot fi verticale și sagitale;
 - D. Restrânge design-ul protezei scheletate la o suprafață redusă;
 - E. Este poziționat la distanță de mucoasă în funcție de reziliența acesteia.
- C (8, pag. 116)

22. Conectorul principal metalic sub formă de bară are următoarele caracteristici, cu excepția:

- A. Pe secțiune are formă ovalară, rotundă sau semiovalară;
 - B. Este poziționat la distanță de mucoasă în funcție de reziliența acesteia;
 - C. Are dezavantajul grosimii crescute ce modifică esențial relieful bolții palatine;
 - D. Cea mai utilizată este bara rotundă;
 - E. Conexiunea sub formă de bară este cel mai vechi sistem utilizat.
- D (8, pag. 116)

23. Conectorul principal metalic sub formă de bară are următoarele caracteristici, cu excepția:

- A. Conexiunea sub formă de bară este cel mai vechi sistem utilizat;
 - B. Barele palatine pot fi transversale și sagitale;
 - C. Are dezavantajul grosimii crescute ce modifică esențial relieful bolții palatine;
 - D. Restrânge design-ul protezei scheletate la o suprafață redusă;
 - E. Are avantajul grosimii crescute ce modifică esențial relieful bolții palatine.
- E (8, pag. 116)

24. Despre timpii analizei modelului de studiu la paralelograf sunt corecte următoarele afirmații, cu excepția:

- A. Se stabilește cea mai acceptabilă axă de inserție și dezinserție a protezei;
 - B. Se trasează ecuatorul protetic;
 - C. Se trasează ecuatorul anatomic;
 - D. Se stabilește locul unde se plasează vârful porțiunii flexibile a brațului retentiv al croșetului;
 - E. Se fixează poziția modelului față de paralelograf (tripodarea).
- C (8, pag. 127)

25. Despre timpii analizei modelului de studiu la paralelograf sunt corecte următoarele afirmații, cu excepția:

- A. Se stabilește cea mai acceptabilă axă de inserție și dezinserție a protezei;
 - B. Se trasează ecuatorul protetic;
 - C. Se stabilește locul unde se plasează vârful porțiunii flexibile a brațului opozant al croșetului;
 - D. Se stabilește locul unde se plasează vârful porțiunii flexibile a brațului retentiv al croșetului;
 - E. Se fixează poziția modelului față de paralelograf (tripodarea).
- C (8, pag. 127)

26. Dintre funcțiile croșetelor dentare turnate se pot enumera următoarele, cu excepția:

- A. Menținere;
 - B. Sprijn;
 - C. Adeziune;
 - D. Reciprocitate;
 - E. Stabilizare
- C (8, pag. 129-130)

27. Despre funcția de stabilizare a croșetelor dentare turnate sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. Elementele rigide ale croșetului trebuie plasate bilateral;
 - B. Este funcția prin care croșetul se opune deplasărilor orizontale;
 - C. Prelungirea brațelor opozante rigide pe mai mulți dinți mărește stabilizarea;
 - D. Solidarizarea prin microproteze a dinților stâlpi mărește rezistența la mișcările orizontale ale protezei;
 - E. Este funcția prin care croșetul se opune deplasărilor verticale.
- E (8, pag. 130)

28. Despre funcția de stabilizare a croșetelor dentare turnate sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. Solidarizarea prin microproteze a dinților stâlpi mărește rezistența la mișcările orizontale ale protezei;
 - B. Prelungirea brațelor opozante rigide pe mai mulți dinți scade stabilitatea;
 - C. Este funcția prin care croșetul se opune deplasărilor orizontale;
 - D. Elementele rigide ale croșetului trebuie plasate bilateral;
 - E. Prelungirea brațelor opozante rigide pe mai mulți dinți mărește stabilizarea.
- B (8, pag. 130)

29. Despre funcția de sprijin a croșetelor dentare turnate sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. Elementul care asigură sprijinul parodontal este pintenul;
 - B. Orice pinten trebuie întărit cu un conector secundar;
 - C. Este funcția prin care croșetul se opune deplasărilor orizontale;
 - D. Pintenii interni vor fi plasați pe dinți acoperiți cu microproteze;
 - E. Pintenii externi pot fi aplicați pe dinți neacoperiți.
- C (8, pag. 130)

30. Despre funcția de sprijin a croșetelor dentare turnate sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. Este funcția prin care croșetul se opune deplasărilor verticale în direcție mucozală;
 - B. Pintenii interni vor fi plasați mereu pe dinți neacoperiți cu microproteze;
 - C. Elementul care asigură sprijinul parodontal este pintenul;
 - D. Pintenii externi pot fi aplicați pe dinți neacoperiți;
 - E. Orice pinten trebuie întărit cu un conector secundar.
- B (8, pag. 130)

31. Despre funcția de reciprocitate a croșetelor dentare turnate sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. Este funcția prin care se neutralizează efectul porțiunii flexibile a brațului retentiv;
 - B. Se poate asigura prin utilizarea unui croșet numit R.P.I.;
 - C. Poate necesita șlefuirea feței pe care se aplică brațul opozant;
 - D. Este funcția prin care croșetul se opune deplasărilor verticale în direcție mucozală;
 - E. Se poate obține prin aplicarea de microproteze al căror perete oral este paralel cu axa de inserție.
- D (8, pag. 130)

32. Despre funcția de menținere a croșetelor dentare turnate sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. Se datorează brațului retentiv al croșetului;
 - B. Este funcția prin care croșetul împiedică desprinderea involuntară a protezei de pe câmpul protetic;
 - C. Depinde de gradul de retentivitate al dintelui stâlp;
 - D. Este funcția prin care croșetul se opune deplasărilor orizontale;
 - E. Necesită stabilirea ecuatorului protetic al dintelui cu ajutorul paralelografului.
- D (8, pag. 129-130)

33. Despre funcția de menținere a croșetelor dentare turnate sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. Depinde de gradul de retentivitate al dintelui stâlp;
- B. Se datorează brațului opozant al croșetului;
- C. Necesită stabilirea ecuatorului protetic al dintelui cu ajutorul paralelografului;
- D. Este funcția prin care croșetul împiedică desprinderea involuntară a protezei de pe câmpul protetic;
- E. Se datorează brațului retentiv al croșetului.

B (8, pag. 130)

34. Croșetul circular Ackers prezintă următoarele caracteristici, cu excepția:

- A. Este denumit croșet cu trei brațe;
- B. Are sprijin și stabilizare bune;
- C. Reciprocitatea este foarte bună;
- D. Prezintă un corp susținut de un conector secundar situat proximal;
- E. Se aplică pe premolarii și molarii cu retentivități vestibulare și orale favorabile.

C (8, pag. 146)

35. Croșetul circular Ackers prezintă următoarele caracteristici, cu excepția:

- A. Sprijinul este asigurat de porțiunile rigide, supraecuatoriale și de pintenul ocluzal;
- B. Este denumit croșet cu trei brațe;
- C. Se aplică pe caninii cu retentivități vestibulare favorabile;
- D. Are sprijin și stabilizare bune;
- E. Prezintă un corp susținut de un conector secundar situat proximal.

C (8, pag. 146)

36. Croșetul circular Ackers prezintă următoarele caracteristici, cu excepția:

- A. Prezintă un corp susținut de un conector secundar situat proximal;
- B. Se aplică pe premolarii și molarii cu retentivități vestibulare și orale favorabile;
- C. Sprijinul este asigurat de porțiunile elastice ale brațelor;
- D. Este denumit croșet cu trei brațe;
- E. Are sprijin și stabilizare bune.

C (8, pag. 146)

37. Despre bara linguală sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. Se plasează între limbă, dinți și parodonțiu, planșeul bucal și versantul oral al crestei alveolare;
- B. Distanța dintre parodonțiul marginal și bară va fi de cel puțin 3 mm;
- C. Lățimea barei va fi de 4-5 mm;
- D. Înălțimea versantului lingual al crestei alveolare trebuie să depășească 9-10 mm;
- E. Aplicarea barei linguale nu depinde de înălțimea și înclinarea versantului lingual al crestei alveolare.

E (8, pag. 118)

38. Despre bara linguală sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. Aplicarea barei linguale depinde de înălțimea și înclinarea versantului lingual al crestei alveolare;
 - B. Distanța dintre parodonțiul marginal și bară va fi de cel puțin 3 mm;
 - C. Înălțimea versantului lingual al crestei alveolare trebuie să depășească 9-10 mm;
 - D. Grosimea barei va fi mai mare de 4 mm;
 - E. Lățimea barei va fi de 4-5 mm.
- D (8, pag. 118)

39. Despre bara linguală sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. Poate fi însoțită de un croșet continuu cu rol antibasculant;
 - B. Aplicarea barei linguale depinde de înălțimea și înclinarea versantului lingual al crestei alveolare;
 - C. Înălțimea versantului lingual al crestei alveolare trebuie să fie mai mică de 4-5 mm;
 - D. Lățimea barei va fi de 4-5 mm;
 - E. Înălțimea versantului lingual al crestei alveolare trebuie să depășească 9-10 mm.
- C (8, pag. 118)

40. Despre bara linguală sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. Aplicarea barei linguale depinde de înălțimea și înclinarea versantului lingual al crestei alveolare;
 - B. Înălțimea versantului lingual al crestei alveolare trebuie să depășească 9-10 mm;
 - C. Nu poate fi însoțită de un croșet continuu cu rol antibasculant;
 - D. Lățimea barei va fi de 4-5 mm;
 - E. Distanța dintre parodonțiul marginal și bară va fi de cel puțin 3 mm.
- C (8, pag. 118)

41. Următoarele afirmații despre orientarea planului de ocluzie la nivelul machetelor de ocluzie sunt adevărate, cu excepția:

- A. Se face diferențiat la nivel frontal și la nivel lateral;
 - B. În zona frontală, planul de ocluzie are o orientare paralelă cu linia bipupilară;
 - C. În zonele laterale, orientarea se realizează raportându-se la planul lui Camper;
 - D. Pentru determinare se poate utiliza plăcuța Fox;
 - E. În zona frontală, planul de ocluzie are o orientare convergentă cu linia bipupilară.
- E (8, pag. 551)

42. Despre orientarea planului de ocluzie la nivelul machetelor de ocluzie sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. În zona frontală, planul de ocluzie are o orientare paralelă cu linia bipupilară;
 - B. La bolnavii care au avut ocluzie clasa a II -a Angle, planul de ocluzie în zonele laterale va fi convergent cu planul lui Camper;
 - C. Pentru determinare se poate utiliza plăcuța Fox;
 - D. În zona frontală, planul de ocluzie are o orientare paralelă cu planul lui Camper;
 - E. La bolnavii care au avut ocluzie clasa a III -a Angle, planul de ocluzie în zonele laterale va fi divergent față de planul lui Camper.
- D (8, pag. 551-552)

43. Metoda “homotropismului lingo-mandibular”, ca metodă de determinare a relației centrice, prezintă următoarele caracteristici, cu excepția:

- A. Se bazează pe reflexul homotropismului lingo-mandibular;
- B. Se plasează o bobîță de ceară pe bolta palatină a bazei machetei de ocluzie, cât mai posterior, pe linia mediană;
- C. Bolnavul va închide gura cu vârful limbii pe bobîță;
- D. Se plasează o bobîță de ceară pe bolta palatină a bazei machetei de ocluzie, cât mai anterior, pe linia mediană;
- E. Mandibula va urma limba și va căpăta o poziție apropiată de relația centrică.

D (8, pag. 558)

44. Printre metodele simple de determinare a relației centrice la edentatul total se numără următoarele, cu excepția:

- A. Metoda “ homotropismului lingo-mandibular”;
- B. Metoda deglutiției;
- C. Metoda masticăției;
- D. Metoda compresiunii pe menton;
- E. Stimularea reflexului de ocluzie molară.

C (8, pag. 558- 559)

45. Printre metodele simple de determinare a relației centrice la edentatul total se numără următoarele, cu excepția:

- A. Utilizarea centrocordului Optow;
- B. Metoda deglutiției;
- C. Metoda flexiei forțate a capului;
- D. Metoda compresiunii pe menton;
- E. Metoda extensiei forțate a capului.

A (8, pag. 558- 561)

46. La edentatul total, printre metodele funcționale de determinare a dimensiunii verticale în relație centrică se numără următoarele procedee, cu excepția:

- A. Metoda electromiografică;
- B. Metoda Wild - utilizează teste fonetice ce conțin fonema “me”;
- C. Metoda Silvermann - utilizează teste fonetice ce conțin fonema “esse”;
- D. Metoda deglutiției;
- E. Metoda Robinson - utilizează teste fonetice ce conțin “fe”, “ve” la sfârșitul cuvintelor.

D (8, pag. 556- 557)

47. Printre metodele funcționale de determinare a dimensiunii verticale în relație centrică la edentatul total se numără următoarele procedee, cu excepția:

- A. Preluarea dimensiunii verticale a etajului inferior din fișa bolnavului;
- B. Metoda Wild - utilizează teste fonetice ce conțin fonema “me”;
- C. Metoda Robinson- utilizează teste fonetice ce conțin “fe”, “ve”, la sfârșitul cuvintelor;
- D. Metoda Silverman- utilizează teste fonetice ce conțin fonema “esse”;

E. Metoda electromiografică.

A (8, pag. 556)

48. La edentatul total, printre metodele antropometrice cu repere preextractionale de determinare a dimensiunii verticale a etajului inferior se numără următoarele procedee, cu excepția:

- A. Preluarea dimensiunii verticale a etajului inferior din fișa bolnavului completată în perioada dentată;
- B. Utilizarea profilometrului Sears;
- C. Măsurarea etajului inferior pe radiografiile cefalometrice realizate în perioada dentată;
- D. Metoda Silverman- utilizează teste fonetice ce conțin fonema “esse”;
- E. Metoda Wright ce utilizează fotografiile din perioada dentată.

D (8, pag. 554)

49. La edentatul total, printre metodele antropometrice cu repere preextractionale de determinare a dimensiunii verticale a etajului inferior se numără următoarele procedee, cu excepția:

- A. Metoda tatuării în perioada dentată la nivelul unor repere fixe, pe mucoasa fixă și notarea dimensiunilor în fișă;
- B. Metoda Wright ce utilizează fotografiile din perioada dentată;
- C. Utilizarea profilometrului Sears;
- D. Metoda Robinson- utilizează teste fonetice ce conțin “fe”, “ve”, la sfârșitul cuvintelor;
- E. Măsurarea etajului inferior pe o sârmă de contur, înainte de instalarea edentației totale.

D (8, pag. 554)

50. La edentatul total, printre metodele antropometrice cu repere preextractionale de determinare a dimensiunii verticale a etajului inferior se numără următoarele procedee, cu excepția:

- A. Metoda Wright ce utilizează fotografiile din perioada dentată;
- B. Măsurarea etajului inferior pe o sârmă de contur, înainte de instalarea edentației totale.
- C. Metoda Robinson- utilizează teste fonetice ce conțin “fe”, “ve”, la sfârșitul cuvintelor;
- D. Utilizarea profilometrului Sears;
- E. Metoda tatuării în perioada dentată la nivelul unor repere fixe, pe mucoasa fixă și notarea dimensiunilor în fișă.

C (8, pag. 554)

51. La edentatul total, printre metodele antropometrice fără repere preextractionale de determinare a dimensiunii verticale a etajului inferior se numără următoarele procedee, cu excepția:

- A. Metoda Leonardo Da Vinci: compară dimensiunea etalon măsurată între nasion-subnazale cu distanța modificată subnazale- gnation;
- B. Metoda planului de la Frankfurt: segmentul măsurat din vertex la planul lui Frankfurt să fie egal cu segmentul măsurat de la planul lui Frankfurt la planul bazilar mandibular;
- C. Metoda tatuării în perioada dentată la nivelul unor repere fixe, pe mucoasa fixă și notarea dimensiunilor în fișă;

- D. Metoda “compasului de aur”: dimensiunea etajului inferior va fi 3/5 din distanța subnazale-gnation, măsurată când pacientul ține gura deschisă;
 - E. Metoda Willis: distanța între fanta labial și unghiul extern al ochiului să fie egală cu distanța gnation-subnazale.
- C (8, pag. 555)

52. La edentatul total, printre metodele antropometrice fără repere preextractionale de determinare a dimensiunii verticale a etajului inferior se numără următoarele procedee, cu excepția:

- A. Metoda Willis: distanța între fanta labial și unghiul extern al ochiului să fie egală cu distanța gnation-subnazale;
- B. Metoda “compasului de aur”: dimensiunea etajului inferior va fi 3/5 din distanța subnazale-gnation, măsurată când pacientul ține gura deschisă;
- C. Măsurarea etajului inferior pe o sârmă de contur, înainte de instalarea edentației totale;
- D. Metoda Leonardo Da Vinci: între distanța nasion-subnazale și distanța subnazale-gnation să existe egalitate perfectă;
- E. Metoda planului de la Frankfurt: segmentul măsurat din vertex la planul lui Frankfurt să fie egal cu segmentul măsurat de la planul lui Frankfurt la planul bazilar mandibular.

C (8, pag. 554- 555)

53. Despre metoda de determinare a relației centrice utilizând autoocluzorul Lende sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. Metoda este foarte precisă;
- B. Dispozitivul de înregistrare este format din 2 plăcuțe și un dispozitiv vertical cu poziție retroincisivă;
- C. Machetele de ocluzie servesc doar la nivelarea planului de ocluzie;
- D. Metoda are dezavantajul că nu poate transmite laboratorului linia mediană, linia surâsului, linia caninului;
- E. Se consideră că orice obstacol așezat pe traiectoria de închidere mandibulară, nu modifică glisarea mandibulei.

E (8, pag. 560- 561)

54. Printre metodele simple de determinare a relației centrice la edentatul total se numără următoarele procedee, cu excepția:

- A. Manevra temporală Green;
- B. Metoda deglutiției;
- C. Manevra maseterină Gysi;
- D. Metoda autoocluzorului Lende;
- E. Metoda homotropismului lingo-mandibular.

D (8, pag. 558- 559)

55. Despre nivelul planului de ocluzie la nivelul machetelor de ocluzie sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. Determinarea nivelului planului de ocluzie se face diferențiat pentru zona frontală și pentru zonele laterale;

- B. Pentru zona frontală va fi situat la 1,5-2 mm sub marginea inferioară a buzei superioare;
- C. Pentru zonele laterale se va fixa la mijlocul distanței dintre cele două creste edentate;
- D. Pentru zona frontală va fi situat la 2-3 mm sub marginea inferioară a buzei inferioare;
- E. În resorbția exagerată a unui maxilar, planul de ocluzie se va apropia de câmpul protetic deficitar.

D (8, pag. 550- 551)

56. Despre nivelul planului de ocluzie la nivelul machetelor de ocluzie sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. Pentru zona frontală va fi situat la 1,5-2 mm sub marginea inferioară a buzei superioare;
- B. Determinarea nivelului planului de ocluzie se face diferențiat pentru zona frontală și pentru zonele laterale;
- C. În resorbția exagerată a unui maxilar, planul de ocluzie se va apropia de câmpul protetic deficitar;
- D. Pentru zonele laterale se va fixa la mijlocul distanței dintre cele două creste edentate;
- E. În resorbția exagerată a unui maxilar, planul de ocluzie se va apropia de câmpul protetic cu resorbția mai redusă.

E (8, pag. 550- 551)

57. Despre orientarea planului de ocluzie la nivelul machetelor de ocluzie sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. La pacienții cu profil drept, planul de ocluzie în zonele laterale va fi paralel cu planul lui Camper;
- B. La bolnavii care au avut ocluzie clasa a II -a Angle, planul de ocluzie în zonele laterale va fi convergent cu planul lui Camper;
- C. Se poate utiliza plăcuța Fox pentru ușurința în determinare;
- D. În zona frontală, planul de ocluzie are o orientare paralelă cu planul lui Camper;
- E. În zona frontală, planul de ocluzie are o orientare paralelă cu linia bipupilară.

D (8, pag. 550- 552)

58. Despre orientarea planului de ocluzie la nivelul machetelor de ocluzie sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. În zona frontală, planul de ocluzie are o orientare paralelă cu linia bipupilară;
- B. La pacienții cu profil drept, planul de ocluzie în zonele laterale va fi paralel cu planul lui Camper;
- C. La bolnavii care au avut ocluzie clasa a III -a Angle, planul de ocluzie în zonele laterale va fi divergent față de planul lui Camper;
- D. Se face diferențiat la nivel frontal și la nivel lateral;
- E. La pacienții cu profil drept, planul de ocluzie în zonele laterale va fi divergent față de planul lui Camper.

E (8, pag. 550- 552)

59. Printre metodele simple de determinare a relației centrice la edentatul total se numără următoarele procedee, cu excepția:

- A. Stimularea reflexului de ocluzie molară;

- B. Metoda deglutiției;
 - C. Metoda compresiunii pe menton;
 - D. Metoda autoocluzorului Lende;
 - E. Metoda homotropismului linguo-mandibular.
- D (8, pag. 558-559)

60. Printre metodele simple de determinare a relației centrice la edentatul total se numără următoarele procedee, cu excepția:

- A. Metoda masticației;
 - B. Metoda deglutiției;
 - C. Metoda flexiei forțate a capului;
 - D. Metoda compresiunii pe menton;
 - E. Metoda extensiei forțate a capului.
- A (8, pag. 558-559)

61. Accidentele și complicațiile extracției dentare pot fi reduse la minim:

- A. Printr-o anamneză generală completă a pacientului;
 - B. Printr-o evaluare corectă clinică și radiologică preextractională;
 - C. Prin evitarea lezării unor vase de sânge;
 - D. Prin utilizarea unei cantități reduse de substanță anestezică;
 - E. Toate variantele sunt corecte.
- B (1, pag.92)

62. În cursul extracției dentare, factorii de risc implicați în producerea fracturii radiculare a dintelui extras pot fi:

- A. Rădăcini groase, scurte;
 - B. Distrucții mari corono-radiculare;
 - C. Rădăcini curbe, cudate, în "baionetă";
 - D. Luxația ATM;
 - E. Sept interradicular subțire.
- C (1, pag.92)

63. Fractura coronară a dintelui vecin este un accident relativ frecvent în cursul extracției dentare, care poate apărea în următoarele situații, cu excepția:

- A. Aplicarea incorectă a cleștelui de extracție, în afara axului dintelui;
 - B. Aplicarea incorectă a cleștelui de extracție, fără adaptarea la conturul dintelui;
 - C. Aplicarea defectoasă a elevatorului, cu punct de sprijin pe dintele vecin;
 - D. Deraparea instrumentului de extracție;
 - E. Aplicarea unor forțe de tracțiune orizontală controlată asupra cleștelui de extracție.
- E (1, pag.93)

64. Fractura corticalei alveolare este un accident al extracției dentare, frecvent la nivelul:

- A. Tuberozității maxilare;
- B. Corticalei linguale de la nivelul grupului frontal inferior;
- C. Corticalei vestibulare de la nivelul grupului frontal superior;

- D. Corticalei vestibulare de la nivelul molarilor inferiori;
- E. Niciuneia dintre zonele enumerate mai sus.

A (1, pag. 94)

65. Fractura tuberozității maxilare, ca și accident survenit în timpul extracției unui molar de minte superior, poate produce:

- A. Lezarea plexului venos perituberozitar, cu apariția unei hemoragii importante sau a unui hematom;
- B. Lezarea nervului nazo-palatin;
- C. Incluzia profundă a molarului de minte superior;
- D. Lezarea nervului mentonier;
- E. Hematom disecant al planșeului oral.

A (1, pag. 95)

66. Care dintre următoarele afirmații legate de fractura mandibulei, în cadrul accidentelor și complicațiilor extracției dentare, este adevărată:

- A. Fractura mandibulei este un accident frecvent;
- B. Pentru a reduce riscul de fractură de mandibulă se indică elevatorul Lecluse în extracția unui molar de minte inferior cu rădăcini drepte;
- C. Chistul folicular poate favoriza producerea unei fracturi în os patologic;
- D. Dacă se produce fractura mandibulei, pacientul este trimis a doua zi într-o clinică de chirurgie maxilo-facială;
- E. Toate variantele sunt corecte.

C (1, pag. 95-96)

67. Hemoragia postextracțională se clasifică în funcție de momentul apariției în:

- A. Hemoragie acută;
- B. Hemoragie cronică;
- C. Hemoragie capilară;
- D. Hemoragie tardivă;
- E. Hemoragie venoasă.

D (1, pag.98)

68. Care din următoarele afirmații legate de hemoragia postextracțională, în cadrul complicațiilor extracției dentare, este falsă?

- A. Limitează confortul operator;
- B. Hemoragia precoce apare la 24 de ore de la extracție;
- C. Poate avea consecințe grave;
- D. Este un factor ce trebuie avut în vedere;
- E. În mod normal, sângerarea plăgii postextracționale se oprește după 15-20 minute, prin formarea cheagului sangvin.

B (1, pag.98)

69. Factorii locali implicați în hemoragiile postextracționale sunt:

- A. Fractura procesului alveolar;

- B. Hipertensiunea arterială;
 - C. Vasculopatiile;
 - D. Vasodilatația primară;
 - E. Utilizarea intempestivă a instrumentului rotativ.
- A (1, pag.99)

70. Printre factorii generali care determină tulburări în mecanismul hemostazei plăgii postextractionale se numără:

- A. Persistența țesutului de granulație în alveolă;
 - B. Perioada menstruației;
 - C. Lezarea unor vase;
 - D. Vasodilatația secundară în cazul anesteziilor plexale în care se folosește vasoconstrictor;
 - E. Nerespectarea de către pacient a instrucțiunilor privind îngrijirile postextractionale.
- B (1, pag.99)

71. Apariția alveolitei postextractionale nu este favorizată de:

- A. Activitate fibrinolică scăzută;
 - B. Extracții laborioase;
 - C. Tulburări vasomotorii regionale;
 - D. Infecții acute preexistente;
 - E. Aplicarea intraalveolar a unor substanțe cu rol antiseptic.
- A (1, pag.100)

72. Alveolita este:

- A. O formă de osteită locală;
 - B. Complicație nespecifică a extracției dentare;
 - C. Reacție inflamatorie osoasă localizată;
 - D. Denumită și operculită;
 - E. Toate răspunsurile sunt corecte.
- A (1, pag.100)

73. În alveolita uscată:

- A. Adenita este prezentă;
 - B. Pereții osoși ai alveolei au tendința crescută la sângerare;
 - C. În alveolă se observă prezența unui țesut de granulație în exces;
 - D. Fenomenele dureroase apar imediat postextractional;
 - E. Lipsesc semnele generale de infecție sistemică.
- E (1, pag.100)

74. Alveolita uscată prezintă următoarele semne clinice:

- A. Gingivomucoasa este atonă;
- B. Gingivomucoasa este inflamată;
- C. Cheag murdar, fetid;
- D. Pereți osoși moi, osteitici;
- E. Sângerare abundentă.

A (1, pag.100)

75. Alveolita umedă prezintă următoarele semne clinice, cu excepția:

- A. Prezența unui cheag murdar, fetid;
- B. Acumulare de țesut de granulație în exces la nivelul alveolei postextractionale;
- C. Eritem;
- D. Margini osoase neregulate;
- E. La palpate pereții osoși sunt moi, osteitici.

C (1, pag.101)

76. Factorii care influențează vindecarea întârziată a plăgii postextractionale sunt:

- A. Folosirea anestezicelor cu vasoconstrictor;
- B. Malnutriția;
- C. Badijonajul intraoral cu soluție antiseptică de clorhexidină;
- D. Sutura plăgii cu fire neresorbabile;
- E. Supradozarea antialgicelor.

B (1, pag.101)

77. Medicamentele ce pot întârzia vindecarea plăgii postextractionale sunt:

- A. Vitamina A;
- B. Hormonii de creștere;
- C. Vitamina E;
- D. Anticoagulantele;
- E. Vitamina C.

D (1, pag.101)

78. Modificările acute ale mucoasei orale la pacienții cu radioterapie cuprind:

- A. Vasculita obliterantă;
- B. Dehiscenta plăgii;
- C. Mucozita;
- D. Fibroza;
- E. Răspuns imun diminuat.

C (1, pag.102)

79. Factorii care îngreunează odontectomia molarului de minte inferior cuprind:

- A. Rădăcini conice sau fuzionate;
- B. Poziția mezio-angulară;
- C. Poziția disto-angulară;
- D. Spațiul parodontal larg;
- E. Incluzia de țesut moale.

C (1, pag.141)

80. Infecția sacului pericoronar al molarului inferior inclus se poate face:

- A. Printr-un traumatism care nu deschide sacul pericoronar;
- B. Pe cale limfatică;

- C. Prin complicații tumorale;
 - D. Prin deschiderea canalului mandibular
 - E. De la o gangrenă complicată a dinților vecini.
- E (1, pag.141)

81. Din punct de vedere microbiologic, germenii care determină pericoronarita congestivă sunt:

- A. Coci anaerobi grampozitivi;
- B. Coci anaerobi gramnegativi;
- C. Coci anaerobi neutri;
- D. Cocobacili anaerobi;
- E. Coci aerobi neutri.

B (1, pag.141)

82. Complicațiile septice la distanță asociate incluziei/ erupției molarului de minte inferior pot fi:

- A. Pulmonare;
- B. Supurații hepato-renale;
- C. Osteite;
- D. Meningite;
- E. Infecții ale spațiilor faciale.

A (1, pag.142)

83. În pericoronarita supurată:

- A. Apare jenă în deglutiție și trismus;
- B. La presiune pe capușonul mucos apare o secreție sero-sangvioletă;
- C. Bolnavul are o stare generală bună;
- D. Apar fracturi de unghi mandibular;
- E. Apar paralizii faciale.

A (1, pag.143)

84. În complicațiile osoase asociate pericoronaritei, procesul septic se poate propaga la os pe cale:

- A. Sanguină în cursul bolilor infecțioase;
- B. Traumatică;
- C. Periostală;
- D. Ganglionară;
- E. Toate căile de mai sus.

C (1, pag.143)

85. În pericoronarita molarului trei inferior, ganglionii implicați sunt:

- A. Parotidieni;
- B. Submentonieri;
- C. Submandibulari;
- D. Cervicali;

E. Preauriculari.

C (1, pag.143)

86. Tulburări senzitive care pot să apară în cazul erupției dificile a molarului de minte inferior sunt:

- A. Nevralgii dentare;
- B. Sialoree;
- C. Contracturi musculare ale mușchilor feței;
- D. Trismus;
- E. Paralizii faciale.

A (1, pag.144)

87. Complicațiile tumorale asociate incluziei molarului trei inferior pot provoca:

- A. Ulcerarea tumorii prin traumatism produs de dinții antagoniști;
- B. Contracturi musculare ale mușchilor feței;
- C. Nevralgii dentare;
- D. Paralizii faciale;
- E. Otagii.

A (1, pag.145)

88. Pentru odontectomia molarilor de minte inferiori se vor respecta următoarele principii, cu excepția:

- A. Separația corono-radiculară, dacă este cazul;
- B. Sutura într-un plan;
- C. Utilizarea elevatorului Lecluse;
- D. Ostectomia;
- E. Expunerea optimă a ariei dintelui inclus.

C (1, pag.147)

89. Pentru odontectomia molarului de minte inferior se practică incizia:

- A. Trapezoidală;
- B. Luebke-Ochsenbeim;
- C. Cu decolarea unui lambou "cu trei laturi";
- D. Romboidală;
- E. În "T".

C (1, pag.148)

90. În incluzia mezio-angulară a molarului de minte inferior se indică:

- A. Separarea coroanei de rădăcină;
- B. Efectuarea unui orificiu în blocul radicular;
- C. Separare intraradiculară;
- D. Secționarea porțiunii distale a coroanei;
- E. Ostectomie extinsă spre distal.

D (1, pag.149)

91. Accidentele intraoperatorii în odontectomia molarului de minte inferior sunt următoarele, cu excepția:

- A. Fractura rădăcinilor molarului de minte;
- B. Deschiderea canalului mandibular;
- C. Fractura tablei osoase linguale;
- D. Fractura mandibulei;
- E. Supurație.

E (1, pag.151)

92. Complicațiile postoperatorii ce pot apărea la odontectomia molarului de minte inferior sunt următoarele, cu excepția:

- A. Deschiderea canalului mandibular;
- B. Durere postoperatorie;
- C. Edem;
- D. Dehiscenta plăgii;
- E. Hemoragia postextracțională.

A (1, pag.151)

93. Lamboul semilunar folosit în rezecții apicale prezintă avantajul:

- A. Incizia și decolarea se efectuează cu greutate;
- B. Dacă incizia interesează și mucoasa mobilă, evoluția și vindecarea postoperatorie sunt mai favorabile;
- C. Nu se intervine asupra marginii gingivale libere;
- D. Pacientul nu poate menține o bună igienă orală;
- E. Necesită o anestezie locală extinsă.

C (1, pag.177)

94. În cazul lamboului semilunar folosit în rezecția apicală, reprezintă un dezavantaj:

- A. Accesul maxim oferit de dimensiunile limitate ale lamboului;
- B. Nu există un punct de referință pentru repoziționarea lamboului;
- C. Interesarea festonului gingival;
- D. Tensiunea asupra lamboului de mucoasă fixă este excesivă;
- E. Pacientul poate menține o bună igienă orală.

B (1, pag.177)

95. Lamboul Ochsenbein-Luebke:

- A. Este un lambou semilunar;
- B. Inciziile verticale converg spre festonul gingival;
- C. Se practică intrasulcular;
- D. Prezintă două incizii orizontale și una verticală;
- E. Niciuna din variantele de mai sus.

B (1, pag.177)

96. Avantajele lamboului în "L" sunt următoarele, cu excepția:

- A. Irigația lamboului este maximă;

- B. Riscul de intersectare a leziunii este eliminat;
 - C. Oferă un acces favorabil pentru chirurgia parodontală;
 - D. Este indicat pentru dinții cu rădăcini lungi;
 - E. Repoziționarea lamboului nu ridică probleme.
- D (1, pag.178)

97. Care dintre următoarele afirmații constituie un avantaj al lamboului intrasulcular trapezoidal pentru rezecția apicală:

- A. Este indicat atât pentru dinți cu rădăcini lungi, cât și pentru cele scurte;
 - B. Rădăcinile dentare nu sunt vizibile în totalitate;
 - C. Accesul chirurgical nu este foarte bun;
 - D. Tensiunea în lambou este maximă;
 - E. Repoziționarea lamboului ridică probleme.
- A (1, pag.179)

98. Constituie avantaj al lamboului "în plic":

- A. Interesarea festonului gingival este completă;
 - B. Se poate modifica inserția gingivală după necesități;
 - C. Cu cât rădăcina dintelui interesat este mai lungă, cu atât lamboul este mai extins;
 - D. Tensiunea asupra lamboului poate fi uneori excesivă;
 - E. Accesul chirurgical este foarte bun.
- B (1, pag.179)

99. În rezecția apicală, incizia pentru realizarea lambourilor trebuie să se realizeze după următoarele principii, cu excepția:

- A. Să nu fie practică în concavitățile dintre eminențele radiculare;
 - B. Să se execute printr-o mișcare fermă și continuă;
 - C. Să nu intersecteze o cavitate osoasă;
 - D. Să protejeze structurile anatomice de vecinătate;
 - E. Să fie adaptată situației clinice date de edentațiile protezate conjunct.
- A (1, pag.180-181)

100. Printre principiile generale privind incizia și crearea lambourilor în rezecția apicală regăsim:

- A. Inciziile verticale se extind totdeauna 1-2 mm în mucoasa mobilă;
 - B. Inciziile verticale trebuie practicate pe convecitatea maximă a eminențelor radiculare;
 - C. Incizia nu trebuie să intereseze o cavitate osoasă deja existentă sau care urmează a fi creată intraoperator;
 - D. Inciziile de descărcare vor fi convergente față de incizia orizontală;
 - E. Inciziile să intersecteze frenurile labiale, pentru facilitarea suturii.
- C (1, pag.180-181)

101. În vestibuloplastia la mandibulă descrisă de Kazanjian:

- A. Incizia se realizează la limita dintre mucoasa fixă și mobilă;
- B. Incizia se realizează la nivelul mucoasei pe linia mediană;

- C. Porțiunea de buză rămasă neacoperită este acoperită cu grefe de piele (cu grosime despicată) recoltate de pe coapse sau din alte zone;
- D. Se indică efectuarea acestei tehnici sub anestezie generală;
- E. Acest tip de vestibuloplastie nu se poate realiza când înălțimea mandibulei este de 10-15 mm și fundul de sac este larg.

A (1, pag.208)

102. Următoarele afirmații despre tehnica de vestibuloplastie mandibulară Kazanjian sunt false, cu excepția:

- A. Se realizează lambouri parțiale vestibular și lingual;
- B. Nu este necesară sutura;
- C. Incizia mucoasei se face pe coama crestei;
- D. Incizia se realizează la limita dintre mucoasa fixă și cea mobilă;
- E. Cu forfecuța de disecție se crează două tuneluri.

D (1, pag.208)

103. Indicați principalul dezavantaj al tehnicilor de vestibuloplastie la mandibulă:

- A. Ameliorează vindecarea per secundam;
- B. Desinsertia mușchilor geniogloși afectează funcțional mișcările limbii;
- C. Modificarea postoperatorie a adâncimii șanțului vestibular din cauza bridelor cicatriceale și stimularea atrofiei osoase la nivelul crestei alveolare;
- D. Necesită aplicarea unui fir de suspensie circummandibular;
- E. Se realizează prin abord extraoral.

C (1, pag.208)

104. Care din afirmațiile de mai jos despre plastia șanțului pelvilingual este falsă:

- A. Se dezinseră fibrele mușchiului milohiodian de periost;
- B. Utilizează lambouri totale labiale și jugale;
- C. Suprafața de periost expusă se acoperă cu grefe de piele;
- D. Utilizează lambouri parțiale labiale și jugale;
- E. A fost descrisă de Trauner în 1952.

B (1, pag.209)

105. Care dintre următoarele afirmații despre vestibuloplastia la maxilar, descrisă de Obwegesser, este adevărată:

- A. Este indicată la pacienții cu atrofie severă și șanț vestibular neutru;
- B. Este indicată în extracția a doi sau mai mulți dinți;
- C. O condiție clinică obligatorie pentru efectuarea ei este ca lungimea gingiei atașate să fie satisfăcătoare;
- D. Atrofia crestei edentate trebuie să fie medie;
- E. Șanțul vestibular trebuie să fie accentuat.

A (1, pag. 210)

106. Extracția alveoloplastică reprezintă:

- A. Tehnica de îndepărtare a mucoasei balante de-a lungul crestei alveolare, respectând periostul;

- B. O intervenție chirurgicală care se realizează concomitent cu extracțiile dentare prin care se obține conservarea osului alveolar;
 - C. O intervenție chirurgicală indicată la pacienți cu atrofie severă și șanț vestibular neutru;
 - D. O tehnică de adâncire a șantului pelvi-mandibular;
 - E. O intervenție chirurgicală realizată în scopul îmbunătățirii închiderii marginale posterioare la pacienții cu șanț retrotuberozitar desființat.
- B (1, pag. 211)

107. Următoarele afirmații despre extracția alveoloplastică intraseptală sunt adevărate, cu excepția:

- A. Se regularizează marginile osoase cu ajutorul instrumentului rotativ și a pensei ciupitoare de os;
 - B. Sutura se poate realiza cu fir continuu sau cu fire separate;
 - C. Se realizează o decolare maximă a lambourilor;
 - D. Se îndepărtează septurile interdentare restante;
 - E. Incizia mucoperiostală se practică pe mijlocul crestei alveolare.
- C (1, pag.212)

108. Care dintre următoarele afirmații referitoare la extracția alveoloplastică intraseptală este falsă:

- A. După extracția seriată se realizează o incizie mucoperiostală pe mijlocul crestei alveolare;
 - B. Nu conservă vascularizația locală;
 - C. Permite derentivizarea corticalei vestibulare în aceeași etapă cu extracția;
 - D. Reduce atrofia postextracțională;
 - E. Se realizează osteotomia corticalei vestibulare la extremități.
- B (1, pag.212)

109. Avantajul extracției alveoloplastice este:

- A. Nu permite derentivizarea corticalei vestibulare;
 - B. Rezultă o grosime mică a crestei alveolare;
 - C. Nu modifică înălțimea crestei edentate;
 - D. Favorizează inserarea ulterioară a unor implante;
 - E. Niciuna din variantele de mai sus.
- C (1, pag.212)

110. În cazul extracției alveoloplastice intraseptale care afirmație este falsă:

- A. Se creează un lambou plic;
 - B. Sutura se face cu fir continuu;
 - C. Sutura se face cu fire separate;
 - D. Incizia mucoperiostală se efectuează pe mijlocul crestei alveolare;
 - E. Septurile osoase interdentare restante sunt îndepărtate.
- A (1, pag.212)

111. Egresiunea dentară este o situație clinică des întâlnită la:

- A. Pacienții parodontopați;
- B. Pacienții diabetici;

- C. Pacienții cu creasta alveolară antagonistă edentată terminal de o lungă perioadă de timp;
 - D. Pacienții cu anomalii dento-maxilare;
 - E. Dinții limitrofi edentațiilor vechi.
- C (1, pag.212)

112. În procesul de dezvoltare dintele trece succesiv prin următoarele stadii morfologice, cu excepția:

- A. Lamă dentară;
 - B. Clopot;
 - C. Cupă;
 - D. Clepsidră;
 - E. Mugur.
- D (9, pag.9)

113. Elementele care alcătuiesc germele dentar sunt:

- A. Organul smalțului, papila dentară și sacul folicular;
 - B. Organul smalțului, cementul radicular și dentina;
 - C. Ligamentele periodontale, dentina și cementul;
 - D. Sacul folicular, nodulul de smalț și cordonul de smalț;
 - E. Papila dentară, dentina și cementul radicular.
- A (9, pag.13)

114. Organul smalțului (organul dentar) intervine în:

- A. Inițierea dentinogenezei coronare și radulare;
 - B. Determinarea tiparului coronar;
 - C. Formarea smalțului;
 - D. Formarea joncțiunii dento-gingivale;
 - E. Toate cele de mai sus.
- E (9, pag. 13-14)

115. Care dintre următoarele afirmații privind amelogeneza este falsă?

- A. Amelogeneza este procesul de formare a smalțului;
 - B. Amelogeneza se desfășoară în 3 etape;
 - C. Amelogeneza se desfășoară în 2 etape;
 - D. Diferă de formarea altor țesuturi dure;
 - E. Începe la puțin timp după debutul formării dentinei coronare.
- B (9, pag.22)

116. Care dintre următoarele afirmații privind dentinogeneza este falsă?

- A. Dentinogeneza începe când viitorul dinte se află în stadiul avansat de clopot;
 - B. Dentinogeneza este rezultatul activității complexe a odontoblastelor;
 - C. Demineralizarea matricei organice este una dintre fazele dentinogenezei;
 - D. Dentinogeneza se desfășoară în 2 faze;
 - E. Secreția matricei organice este una dintre fazele dentinogenezei.
- C (9, pag.28)

117. Care dintre următoarele afirmații privind formarea dentinei este adevărată?

- A. Întâi se formează dentina radiculară, apoi cea coronară;
- B. Formarea dentinei primare fiziologice începe odată cu intrarea dintelui în activitate;
- C. Dentina secundară se mai numește dentină de reacție sau terțiară;
- D. Formarea dentinei primare fiziologice încetează odată cu intrarea dintelui în activitate;
- E. Dentina coronară și radiculară se formează în același timp în contextul formării rădăcinii dentare.

D (9, pag.33)

118. Formarea matricelor organice ale smalțului și dentinei prezintă câteva caracteristici, cu excepția:

- A. Procesul se desfășoară gradat și progresiv pe măsură ce se realizează diferențierea celulară;
- B. Începe în zonele corespunzătoare vârfului cuspidilor sau marginii incizale, extinzându-se treptat către colet;
- C. Sensul de apozitie a matricelor este centripet pentru smalț;
- D. Sensul de apozitie a matricelor este centripet pentru dentină;
- E. Sensul de apozitie a matricelor este centrifug pentru smalț.

C (9, pag.19)

119. "Ciclul de viață" al ameloblastelor parcurge mai multe stadii. Printre aceste stadii NU se regăsește:

- A. Stadiul morfogenetic;
- B. Stadiul de maturare;
- C. Stadiul de histodiferențiere;
- D. Stadiul de clopot;
- E. Stadiul de formare.

D (9, pag.24)

120. Care dintre următoarele afirmații privind mineralizarea matricei organice din cadrul dentinogenezei este adevărată?

- A. Este un proces de transformare al predentinei în smalț;
- B. Mineralizarea începe când s-a depus un strat destul de lat de predentină (4μm);
- C. Începe odată cu procesul de histodiferențiere a cristalelor de hidroxiapatită;
- D. Cristalele de hidroxiapatită încep să se depună în structura dentinei;
- E. Mineralizarea se produce cu o viteză mult superioară față de cea a formării matricei.

B (9, pag.31)

121. Fiecare organ dentar parcurge următoarele stadii:

- A. Micșorare degenerativă;
- B. Calcifiere;
- C. Inițializare;
- D. Resorbție;
- E. Abfracție.

B (9, pag. 8)

122. Dentiția deciduală este formată pe fiecare hemiarcadă din:

- A. Incisiv central, incisiv lateral, canin, premolar, molar;
- B. Incisiv central, incisiv lateral, canin, doi molari;
- C. Incisiv central, incisiv lateral, canin, un molar;
- D. Incisiv central, incisiv lateral, canin, un premolar, doi molari;
- E. Incisiv central, incisiv lateral, canin, doi premolari, doi - trei molari.

B (9, pag.118)

123. Care dintre următoarele afirmații privind morfologia dinților temporari este adevărată?

- A. Culoarea dinților temporari este mai închisă decât cea a dinților permanenți;
- B. Dinții temporari au culoare alb-verzuie;
- C. Smalțul dinților permanenți este mai alb și mai opac decât smalțul dinților temporari;
- D. Dimensiunea dinților temporari este mai redusă decât cea a dinților permanenți;
- E. Rădăcinile dinților temporari sunt mai scurte decât coroanele.

D (9, pag.120)

124. Dimensiunea medie (coroană și rădăcină) a unui canin superior temporar este:

- A. 12 mm;
- B. 10 mm;
- C. 19.5 mm;
- D. 15 mm;
- E. 9 mm.

C (9, pag. 121)

125. Care dintre următoarele afirmații este falsă privind caracteristicile morfologice ale dinților temporari?

- A. Coroanele dinților temporari sunt globuloase și mai înguste la colet față de cele ale dinților permanenți;
- B. La dinții frontali coroanele prezintă câte o creastă cervicală pe fața vestibulară și pe cea orală;
- C. Rădăcinile dinților temporari sunt lungi și subțiri;
- D. Camera pulpară este mai puțin voluminoasă ca la omologii permanenți deoarece pereții dentinari ai dinților temporari sunt mai groși;
- E. Coarnele pulpare urmăresc îndeaproape morfologia exterioară a dintelui.

D (9, pag.121)

126. Printre trăsăturile morfologice de grup ale incisivilor temporari NU se regăsește:

- A. Marginea incizală este netedă, fără lobi de creștere;
- B. Existența unei proeminențe cervicale pe fața vestibulară;
- C. Pe fața vestibulară se observă lobii de creștere;
- D. Camera pulpară în formă de evantai;
- E. Existența în general a unui singur canal radicular.

C (9, pag.122)

127. Despre incisivul central inferior temporar sunt adevărate următoarele afirmații:

- A. Este cel mai mic dinte din dentiția temporară;
- B. Pe suprafața orală prezintă un cingulum bine dezvoltat;
- C. Rădăcina sa este înclinată spre distal;
- D. Afirmațiile A, B, C sunt false;
- E. Afirmațiile A, B, C sunt adevărate.

E (9, pag.124)

128. Caninii temporari prezintă următoarele caracteristici:

- A. Coroanele lor sunt mai mari decât ale caninilor permanenți;
- B. Pantele cuspidiene sunt de obicei egale;
- C. Camera pulpară prezintă două coarne pulpare;
- D. Creastă longitudinală este prezentă pe fața vestibulară și orală;
- E. Creastă longitudinală este prezentă pe fața mezială și distală.

D (9, pag.125)

129. Despre primul molar superior temporar sunt adevărate următoarele afirmații:

- A. Pe suprafața ocluzală prezintă cinci cuspidi;
- B. Pe suprafața ocluzală prezintă trei sau patru cuspidi;
- C. Cuspizii lui sunt egali ca dimensiune;
- D. Coroana sa este mai îngustă cervical decât ocluzal;
- E. Prezintă două rădăcini (vestibulară și palatinală).

B (9, pag. 128)

130. Care dintre următoarele afirmații despre molarul doi superior temporar este falsă?

- A. Coroana are o proeminență mai pronunțată în porțiunea cervicală a suprafeței vestibulare;
- B. Poate prezenta tuberculul Carabelli pe suprafața palatinală a cuspidului mezio-palatinal;
- C. Camera pulpară prezintă două coarne pulpare, cornul mezio-vestibular fiind cel mai mic;
- D. Prezintă trei rădăcini (una palatinală și două vestibulare);
- E. Uneori cele două rădăcini vestibulare pot fi unite parțial.

C (9, pag. 131)

131. Care dintre următoarele afirmații referitoare la structura smalțului dinților temporari este adevărată:

- A. Smalțul este mai alb și mai opac;
- B. Smalțul este mai permeabil;
- C. Smalțul prezintă grosime uniformă;
- D. Afirmațiile A, B, C sunt adevărate;
- E. Afirmațiile A, B, C sunt false.

D (9, pag.136)

132. Care afirmație legată de resorbția radiculară fiziologică a dinților temporari este falsă:

- A. Este un fenomen biologic ce constă în scurtarea treptată a rădăcinii;
- B. Are o desfășurare ritmică;
- C. Debutul resorbției radiculare coincide cu debutul mișcării eruptive a dinților permanenți;

- D. Resorbția începe după vârsta de 8 ani pentru molarii și caninii inferiori;
 - E. Se desfășoară cu perioade de activitate intensă urmate de perioade de pauză.
- D (9, pag. 138-139)

133. Care dintre următoarele afirmații este falsă cu privire la caninul superior temporar?

- A. Rădăcina este înclinată spre distal și este de două ori mai lungă decât coroana;
- B. Pe fața vestibulară la colet prezintă o proeminență pronunțată;
- C. De la cingulum pornește o creastă longitudinală spre vârful cuspidului;
- D. În literatură au fost descrise cazuri de canini temporari superiori cu 2 rădăcini;
- E. La nivelul feței vestibulare se evidențiază lobul de creștere.

E (9, pag. 126 – 127)

134.În dentiția temporară formele clinice de carie se clasifică în funcție de topografia procesului carios în:

- A. Cariii simple;
- B. Cariii complicate;
- C. Cariii profunde;
- D. Cariii pe suprafețe netede;
- E. Cariii cronice.

D (10, pag.43)

135. Formele particulare de carie dentară în dentiția temporară sunt reprezentate de următoarele tipare, cu excepția:

- A. Caria de biberon;
- B. Caria rampantă;
- C. Caria complicată;
- D. Caria grefată pe hipoplazia de smalt;
- E. Caria la copii cu despicături labio-maxilo-palatine.

C (10, pag.44)

136. Formele de carie acută în dentiția temporară prezintă următoarea caracteristică:

- A. Sunt cele mai frecvente în perioada de vârstă 10 – 12 ani;
- B. Au o viteză lentă de propagare spre camera pulpară;
- C. Au o deschidere foarte mare la nivelul smalțului;
- D. Au viteză mare de propagare, în circa 2 luni putând ajunge la nivelul camerei pulpare;
- E. Dentina este dură și colorată brun-maroniu.

D (10, pag. 45)

137. Caria cronică în dentiția temporară se caracterizează prin:

- A. Este foarte frecventă la dinții temporari;
- B. Apare frecvent înainte de vârsta de 6 ani;
- C. Există o afectare importantă a dentinei, aceasta fiind moale și umedă;
- D. Are deschidere limitată în smalt;
- E. Are evoluție lentă, putându-se ajunge la camera pulpară după o perioadă de evoluție de 1 – 2 ani.

E (10, pag.45)

138. Formele clinice de carie în dentiția temporară cuprind:

- A. Caria simplă;
- B. Caria complicată;
- C. Caria în șanțuri și fosete;
- D. Caria pe suprafețele netede (aproximale, vestibulare și orale);
- E. Toate formele de mai sus.

E (10, pag. 43)

139. Care dintre următoarele afirmații este falsă privind caracteristicile cariei din șanțuri și fosete în dentiția temporară?

- A. Se dezvoltă la nivelul molarilor temporari, pe suprafața ocluzală;
- B. Este localizată frecvent în șanțurile și fosetele vestibulare sau orale ale molarilor secunzi temporari;
- C. Este favorizată de linia neonatală ce trece pe la baza cuspizilor;
- D. Este favorizată în special de situațiile clinice în care există relief ocluzal pronunțat și retentiv;
- E. Reprezintă localizarea de elecție până la vârsta de 4 – 5 ani.

C (10, pag. 46)

140. Printre caracteristicile cariei proximale situată la nivelul molarilor temporari regăsim:

- A. Debutează la punctul de contact;
- B. Debutează imediat sub punctul de contact;
- C. Progresiunea cariilor proximale se face în direcție pulpară;
- D. Depistarea cariei proximale în stadiile incipiente doar prin examen clinic este aproape imposibilă în cele mai multe cazuri;
- E. Toate afirmațiile de mai sus sunt corecte.

E (10, pag.46-47)

141. Despre caria de biberon este adevărată următoarea afirmație:

- A. Reprezintă o formă severă de carie precoce a dinților temporari;
- B. Nu interesează straturile de dentină având o evoluție în suprafață la nivelul smalțului;
- C. Se localizează cu predilecție în șanțurile și fosetele molarilor cu relief retentiv;
- D. Primele semne de afectare apar înainte de erupția dentară;
- E. Nu afectează fețele vestibulare ale dinților din zona frontală.

A (10, pag. 49-50)

142. Printre obiceiurile incorecte de hrănire a copilului mic NU se regăsește:

- A. Hrănirea cu lapte îndulcit în timpul nopții;
- B. Aportul de glucide administrate cu ajutorul suzetelor;
- C. Prelungirea suptului la sân peste vârsta de 3 ani;
- D. Aportul excesiv de hidrocarbonate fermentabile;
- E. Instituirea unei alimentații sărace în glucide și carbohidrați și a unei igiene corecte.

E (10, pag. 55-56)

143. Diagnosticul diferențial al cariei de biberon se face cu:

- A. Caria cronică;
- B. Caria localizată pe suprafețe netede;
- C. Caria rampantă;
- D. Caria simplă;
- E. Caria complicată.

C (10, pag. 63)

144. Care dintre următoarele afirmații este corectă privind caria rampantă?

- A. Nu apare la dentiția temporară;
- B. Este specifică doar dentiției temporare;
- C. Nu afectează dinții frontali inferiori;
- D. Are debut brusc, răspândire mare cu interesare pulpară precoce;
- E. Nu este o formă severă de carie precoce.

D (10, pag. 66-67)

145. Caria grefată pe smalțul cu defecte hipoplazice se caracterizează prin:

- A. Este localizată pe suprafețe netede cu menajarea marginii incizale;
- B. Este localizată pe incisivi la nivelul marginii incizale sau paralelă cu aceasta;
- C. Nu afectează incisivii superiori temporari;
- D. Nu afectează molarii temporari secunzi;
- E. Nu afectează dentiția temporară.

B (10, pag. 71)

146. Care dintre următoarele afirmații este falsă referitor la patologia inflamației pulpare în dentiția temporară?

- A. În dentiția temporară sunt mai frecvente pulpitele purulente din categoria pulpitelor acute;
- B. Pulpita reversibilă se caracterizează prin durere numai provocată ce dispare odată cu îndepărtarea excitantului;
- C. În pulpita ireversibilă durerea apare și spontan;
- D. În pulpitele cronice durerea poate apărea spontan;
- E. După gradul de interesare pulpară se clasifică în pulpite parțiale și totale.

D (10, pag. 103-104)

147. Despre durere, ca semn subiectiv de diagnostic în formele de inflamație pulpară în dentiția temporară, se pot afirma următoarele, cu excepția:

- A. La copii componenta emoțională a durerii ia proporții nemăsurate, chiar dacă durerea este ușoară;
- B. În inflamația seroasă durerea este intensă, neatingând intensitatea de la dinții permanenți;
- C. În inflamația seroasă durerea este de scurtă durată (de la 30 de minute până la o noapte);
- D. În inflamația pulpară purulentă durerea este pulsatilă, surdă exacerbată la rece;
- E. În inflamația pulpară purulentă durerea este pulsatilă, surdă exacerbată la cald.

D (10, pag.106)

148. Gangrena pulpară la dinții temporari se clasifică în funcție de teritoriul pulpar mortificat în:

- A. Gangrenă totală;
- B. Gangrenă superficială;
- C. Gangrenă complicată;
- D. Gangrenă purulentă;
- E. Gangrenă profundă.

A (10, pag. 113)

149. Printre complicațiile gangrenei pulpare specifice numai dinților temporari se numără:

- A. Parodontita apicală cronică;
- B. Modificarea tiparului și vitezei de resorbție radiculară;
- C. Chistul periapical;
- D. Niciuna din afirmațiile A, B, C nu este corectă;
- E. Afirmațiile A, B, C sunt corecte.

B (10, pag.114-115)

150. Diagnosticul în gangrena pulpară simplă totală la dinții temporari se pune pe următoarele elemente, cu excepția:

- A. Camera pulpară este deschisă;
- B. Sensibilitatea la palpare apare în profunzimea canalelor radiculare;
- C. Percuția în ax este negativă;
- D. Teste de vitalitate sunt negative;
- E. Durerea este absentă.

B (10, pag. 117)

151. Care dintre următoarele afirmații privind durerea din gangrena complicată cu parodontită apicală acută în dentiția temporară este falsă?

- A. Durerea este spontană;
- B. Durerea este absentă;
- C. Durerea este vie;
- D. Durerea este pulsatilă;
- E. Durerea apare în crize dureroase cu potențial repetitiv.

B (10, pag. 117)

152. Metodele de tratament în inflamația pulpară nu includ:

- A. Coafajul direct;
- B. Amputația vitală;
- C. Pulpectomia vitală;
- D. Desensibilizarea dentino-pulpară;
- E. Extirparea vitală.

D (10, pag. 127-129)

153. Printre indicațiile pulpotomiei în dentiția temporară nu se regăsește:

- A. Inflamația pulpară coronară;

- B. Deschiderea accidentală a camerei pulpare;
- C. Pulpita ireversibilă corono-radiculară;
- D. Eșecul coafajului indirect;
- E. Eșecul coafajului direct.

C (10, pag.130)

154. Printre timpii operatori ai pulpotomiei vitale nu regăsim:

- A. Anestezia;
- B. Izolarea;
- C. Îndepărtarea tavanului camerei pulpare;
- D. Îndepărtarea pulpei radiculare;
- E. Hemostaza.

D (10, pag. 131-133)

155. În pulpotomia vitală a dinților temporari peste bontul radicular se aplică un pansament medicamentos ce poate conține:

- A. Hidroxid de calciu;
- B. Eugenat de zinc;
- C. Formocrezol;
- D. Glutaraldehidă;
- E. Toate răspunsurile sunt corecte.

E (10, pag. 133)

156. Printre avantajele pulpotomiei parțiale față de pulpotomia totală în dentiția temporară nu regăsim:

- A. Menținerea capacității de apoziție fiziologică dentinară în zona cervicală;
- B. Posibilitatea efectuării testelor de vitalitate;
- C. Păstrarea unei porțiuni din pulpa coronară;
- D. Sângerarea pulpei radiculare poate fi controlată mai ușor;
- E. Menținerea culorii și transparenței naturale a dintelui.

D (10, pag.146-147)

157. Hemostaza în pulpotomia parțială la dinții temporari se poate realiza cu:

- A. Hipoclorit de potasiu;
- B. Soluție suprasaturată de $\text{Ca}(\text{OH})_2$, ionii de calciu îmbunătățind coagularea;
- C. Apă distilată;
- D. MTA;
- E. Materiale de coafaj.

B (10, pag. 148)

158. Printre tehnicile de conservare totală a pulpei dentare în dentiția temporară se regăsește:

- A. Pulpotomia parțială;
- B. Pulpectomia vitală;
- C. Pulpotomia devitală;

- D. Coafajul indirect;
 - E. Pulpotomia vitală.
- D (10, pag. 127, 128-130)

159. Din grupa amidelor fac parte următoarele substanțe anestezice, cu excepția:

- A. Mepivacaină;
- B. Lidocaină;
- C. Procaină;
- D. Articaină;
- E. Prilocaină.

C (1, pag 6)

160. Componenta cationică din structura substanțelor anestezice are următorul rol:

- A. Oferă caracter lipofil;
- B. Realizează mediul alcalin;
- C. Defavorizează puterea anestezică a substanței;
- D. Face posibilă traversarea membranei perinervoase axonale;
- E. Oferă caracter hidrofil.

B (1, pag 6)

161. În circulație, glicoproteina ce leagă substanța anestezică poate transporta și alte substanțe medicamentoase, cum ar fi:

- A. Barbiturice;
- B. Antialgice;
- C. Antiaritmice;
- D. Anticoagulante;
- E. Toate de mai sus.

C (1, pag 6)

162. Din punct de vedere al compoziției chimice, substanțele anestezice nu sunt:

- A. Esteri ai acidului aminopropionic;
- B. Esteri ai acidului benzoic;
- C. Amide;
- D. Chinoline;
- E. Esteri ai acidului paraaminobenzoic.

A (1, pag 6)

163. Substanțele anestezice:

- A. Sunt metabolizate renal;
- B. Sunt eliminate la nivel hepatic;
- C. Sunt eliminate renal și metabolizate la nivel hepatic;
- D. Sunt eliminate oral;
- E. Nici una de mai sus.

C (1, pag 6)

164. Următoarele afirmații despre lidocaină sunt adevărate, cu excepția:

- A. Se comercializează sub formă de soluții apoase, izotone, sterile;
- B. Nu conține conservant;
- C. Conține sau nu adrenalină;
- D. Conține metilparaben;
- E. Se administrează parenteral.

B (1, pag 8)

165. Lidocaina este metabolizată la nivel hepatic în proporție de:

- A. 10%;
- B. 70%;
- C. 90%;
- D. 30%;
- E. 50 %.

C (1, pag 8)

166. Doza maximă de lidocaină cu adrenalină este:

- A. 7 mg/kg-corp, fără a depăși 300 mg;
- B. 4,5 mg/kg-corp, fără a depăși 300 mg;
- C. 5,5 mg/kg-corp, fără a depăși 300mg;
- D. 2 mg/kg corp, fără a depăși 500mg;
- E. 7mg/kg-corp, fără a depăși 500mg.

E (1, pag 9)

167. La copiii peste 3 ani, cu dezvoltare normală, doza maximă de lidocaină fără adrenalină este de:

- A. 4,5 mg/kg-corp;
- B. 7 mg/kg-corp;
- C. 3-4mg/kg-corp;
- D. 2,5 mg/kg-corp;
- E. 0,3-0,4 mg/kg-corp.

C (1, pag 9)

168. Semnele precoce de neurotoxicitate centrală în cazul administrării lidocainei sunt:

- A. Trismus;
- B. Apnee;
- C. Lipotimie;
- D. Somnolență;
- E. Stări euforice.

D (1, pag 10)

169. În cazul apariției semnelor de supradozaj în timpul administrării lidocainei se va recurge la:

- A. Continuarea actului terapeutic;
- B. Oxigenoterapie și monitorizarea semnelor clinice;
- C. Dacă semnele se remit, se apelează la un serviciu specializat;

- D. medicație anticonvulsivă;
- E. Toate de mai sus.

B (1, pag 10)

170. Care dintre următoarele afirmații despre Mepivacaină este falsă:

- A. Este un anestezic local de tip amidic;
- B. Se leagă în proporție de 75% de proteinele plasmatic;
- C. Durata anesteziei este crescută, 2-3 ore;
- D. Doza minimă este de 7 mg /kg-corp;
- E. Doza maximă la copiii sub 15 kg este de 0,5 mg/kg-corp.

D (1, pag 11)

171. Următoarele afirmații despre Mepivacaina sunt adevărate, cu excepția:

- A. Se leagă aproximativ 75% de proteinele plasmatic;
- B. Este rapid metabolizată renal;
- C. Peste 50% din metaboliții hepatici sunt excretați biliar;
- D. Perioada de înjumătățire este de 2-3 ore la adult;
- E. Perioada de înjumătățire este de 8-9 ore la copilul mic.

B (1, pag 11)

172. În cazul apariției convulsiilor în urma supradozajului de mepivacaină se administrează:

- A. Aprindină;
- B. Diazepam 5-20mg;
- C. Barbiturice;
- D. Diazepam 5-10mg;
- E. Oxigenoterapie.

D (1, pag 12)

173. Articaina:

- A. Este considerată un anestezic local esterice;
- B. Forma „simple” cu adrenalină 1/100000;
- C. Forma forte cu adrenalină 1/100000;
- D. Se poate administra și la copii sub 4 ani;
- E. Se livrează fără adrenalină.

C (1, pag 13)

174. Articaina:

- A. Are o potență de 2 ori mai mare decât procaina;
- B. Are o potență de 1,5 ori mai mare decât procaina;
- C. Are o potență de 3 ori mai mare în comparație cu procaina;
- D. Durata anesteziei este de 60-75 minute;
- E. Durata anesteziei este de 15-45 minute.

D (1, pag 13)

175. La pacienții adulți, normoponderali, doza maximă de Articaină pentru o administrare este de:

- A. 7 mg/kg-corp, fără a depăși 300 mg;
- B. 4,5mg/kg-corp, fără a depăși 500mg;
- C. 2 mg /kg-corp;
- D. 12,5 ml articaină cu adrenalina 1/100000;
- E. 10 mg articaină cu adrenalina 1/100000.

D (1, pag 13)

176. Efecte adverse tardive apărute în urma administrării articainei sunt:

- A. Risc scăzut de necroză locală;
- B. Tulburări persistente de sensibilitate pe traiectul nervului anesteziat;
- C. Cefalee;
- D. Nervozitate;
- E. Tulburări tranzitorii de sensibilitate pe traiectul nervului anesteziat.

B (1, pag 14)

177. Bupivacaina:

- A. Este un anestezic general amino-amidic;
- B. Este folosit rar în anestezia epidurală;
- C. Prezintă o cardiotoxicitate scăzută;
- D. Are risc teratogen Clasa B;
- E. Are risc teratogen Clasa C.

E (1, pag 15)

178. Preparatele anestezice locale conțin un agent vasoconstrictor care permite:

- A. Creșterea sângerării periferice;
- B. Resorbție rapidă a anestezicului în circulație;
- C. Diminuarea sângerării locale;
- D. Scăderea efectului anestezic local ca durată;
- E. Creșterea riscului de toxicitate sistemică.

C (1, pag 15)

179. Adrenalina:

- A. Este secretată de medulosuprarenală;
- B. Este cel mai eficient vasoconstrictor;
- C. Reduce rata de absorbție a anestezicului în fluxul sanguin;
- D. Induce un efect mai îndelungat al anestezicului;
- E. Toate variantele sunt corecte.

E (1, pag 15-16)

180. Noradrenalina:

- A. Nu afectează persoanele cu probleme cardiace;
- B. Produce vasoconstricție mai crescută decât adrenalina la locul injectării;
- C. Induce o anestezie lipsită de riscuri;

- D. Induce un efect mai îndelungat al anestezicului;
- E. Toate variantele sunt corecte.

D (1, pag 15-16)

181. Agenții vasoconstrictori din anesteziile locale sunt:

- A. Noradrenalina;
- B. Adrenalina;
- C. Neo-cobefrin;
- D. Felipresina;
- E. Toate variantele sunt corecte.

E (1, pag 15)

182. În cazul pacienților cu afecțiuni cardiovasculare, adrenalina poate induce:

- A. Hipertensiune arterială (diastolică);
- B. Hipertensiune arterială (sistolică);
- C. Aritmie;
- D. Bradicardie;
- E. Hipotensiune arterială.

B (1, pag 16)

183. Efectele locale ale adrenalinei și noradrenalinei sunt:

- A. Vasodilatație;
- B. Vasoconstricție;
- C. Stimularea receptorilor din pereții venoși;
- D. Putere anestezică mai mică;
- E. Efect anestezic scăzut.

B (1, pag 16)

184. Articaina este hidrolizată de colinesterazele plasmatice în proporție de:

- A. 55%;
- B. 90%;
- C. 100%;
- D. 95 %;
- E. 50%.

B, (1, pag 13)

185. Care dintre următoarele substanțe anestezice utilizate în anestezia locală NU face parte din grupa amidelor:

- A. Procaina;
- B. Lidocaină;
- C. Bupivacaina;
- D. Mepivacaina;
- E. Articaina.

A (1, pag 6)

186. Din punct de vedere al compoziției chimice a substanțelor anestezice utilizate în anestezia locală, se descrie ca ester al acidului benzoic:

- A. Cocaina;
- B. Lidocaina;
- C. Articaina;
- D. Cincocaina;
- E. Propoxicaina.

A (1, pag 6)

187. Atitudinea terapeutică în supradozajul cu mepivacaină implică:

- A. Necesitatea instituirii de urgență a oxigenoterapiei pe mască, cu oxigen 100 %;
- B. Administrarea de antihipertensive;
- C. Expectativa în insuficiența respiratorie;
- D. Administrarea unui cocktail de medicamente;
- E. Organizarea unei comisii de evaluare a cazului.

A (1, pag 12)

188. Articaina este indicată la:

- A. Pacienții cunoscuți cu deficit de colinesterază plasmatică;
- B. Pacienții cu tulburări de conducere atrio-ventriculară severe;
- C. Copii sub 4 ani;
- D. Pacienții epileptici, cu tratament;
- E. Pacienții cu porfirie acută recurentă.

D (1, pag 13)

189. Majoritatea preparatelor anestezice locale conțin un agent vasoconstrictor, care nu permite:

- A. O resorbție mai lentă a anestezicului în circulație;
- B. Un efect anestezic local cu potență și durată semnificativ crescute;
- C. Un risc mai scăzut de toxicitate sistemică;
- D. Diminuarea sângerării locale;
- E. Un risc mai crescut de toxicitate sistemică.

E (1, pag 15)

190. Articaina este contraindicată la:

- A. Pacienții cu deficit de colinesterază plasmatică;
- B. Pacienții epileptici, fără tratament;
- C. Pacienții cu bronhospasm în antecedente;
- D. Pacienți cu porfirie acută recurentă;
- E. Toate de mai sus.

E (1, pag 13)

191. Mepivacaina:

- A. Este înrudită chimic și farmacologic cu toate celelalte anestezice locale esterice;
- B. Este înrudită clinic și farmacologic, atât cu anestezicele locale amidice, cât și cu cele esterice;

- C. Se va administra în doze crescute la pacienți în vârstă, sau/și cu afecțiuni cardiace, hepatice, renale;
- D. Are o toxicitate de 1.5-2 față de procaină;
- E. Are o toxicitate de 3.5-4 față de procaină.

D (1, pag 11)

192. O administrare suplimentară de mepivacaină este permisă:

- A. Imediat în continuarea primei administrări;
- B. La fiecare 10 minute;
- C. Numai după cel puțin 90 de minute;
- D. Numai după cel mult 90 de minute;
- E. Numai după cel puțin o jumătate de oră.

C (1, pag 11)

193. Despre administrarea în timpul gravidității și lactației a lidocainei se poate menționa:

- A. Lidocaina se încadrează în clasa de toxicitate C;
- B. Nu penetrează bariera feto-placentară;
- C. Se elimină numai prin laptele matern;
- D. Produce hipertensiunea de sarcină;
- E. Are efect teratogen relativ scăzut.

E (1, pag 10)

194. În medicina dentară și chirurgia oro-maxilo-facială la adulții sănătoși:

- A. Doza maximă de lidocaină, fără adrenalină este de 3-4 mg/kg-corp;
- B. Doza maximă de lidocaină, fără adrenalină este de 4,5 mg/kg-corp, fără a depăși 300 mg;
- C. Doza maximă de lidocaină, fără adrenalină este de 7 mg/kg-corp;
- D. Doza maximă de lidocaină, cu adrenalină este de 9 mg/kg-corp, fără a depăși 500 mg;
- E. Doza maximă de lidocaină, cu adrenalină este de 2,5 mg/kg-corp, fără a depăși 100 mg.

B (1, pag 9)

195. Dezavantajele noradrenalinei față de adrenalină sunt:

- A. Hipotensiune arterială marcată;
- B. Rata risc/beneficiu este de 3 ori mai mare decât pentru adrenalină;
- C. Vasoconstricție locală marcată;
- D. Vasoconstricție locală mult redusă;
- E. Tensiunea arterială rămâne nemodificată.

D (1, pag 15-16)

196. Timpul de înjumătățire plasmatică la Articaină este de:

- A. 35-40 min;
- B. 90 min;
- C. 100-110 min;
- D. 120-130 min;
- E. Peste 3 ore.

C (1, pag 13)

197. Manifestările sistemice apar la niveluri plasmatiche ale lidocainei nelegate ce depășesc:

- A. 1-2 $\mu\text{g/ml}$;
- B. 11 $\mu\text{g/ml}$;
- C. 6 $\mu\text{g/ml}$;
- D. 15 $\mu\text{g/ml}$;
- E. 8 $\mu\text{g/ml}$.

C (1, pag 8)

198. Următoarele afirmații despre lidocaină sunt adevărate, cu excepția:

- A. Se comercializează sub formă de soluții apoase, izotone, sterile;
- B. Nu conține conservant;
- C. Conține sau nu adrenalină;
- D. Conține metilparaben;
- E. Se administrează parenteral.

B (1, pag 8)

199. Manifestările clinice ale alergiei la anestezice loco-regionale sunt următoarele, cu excepția:

- A. Tahicardie;
- B. Prurit;
- C. Dispnee cu wheezing;
- D. Eritem;
- E. Hipertensiune arterială.

E (1, pag 45)

200. Semnele precoce de neurotoxicitate centrală în cazul administrării lidocainei nu cuprind:

- A. Amețeală;
- B. Tinitus;
- C. Lipotimie;
- D. Somnolență;
- E. Agitație.

C (1, pag 10)

201. Care dintre următoarele afirmații este falsă în cazul Prilocainei:

- A. Prezintă risc teratogen clasa C;
- B. Doza maximă pe ședință este de 6 mg/kg corp;
- C. Instalarea anesteziei este rapidă;
- D. Efectul este de durată medie;
- E. Este folosită des în medicina dentară.

E (1, pag 15)

202. La copiii de peste 4 ani, doza maximă de Articaina este de:

- A. 2 mg/kg corp;
- B. 3 mg/kg corp;
- C. 6 mg/kg corp;

- D. 7 mg/kg corp;
- E. 9 mg/kg corp.

D (1, pag 13)

203. Anestezicul folosit pentru anestezia de contact:

- A. Are concentrația mai mică decât cea pentru injectare;
- B. Ingredientul activ este xilina;
- C. Are concentrația mai mică decât cea pentru injectare;
- D. Are ca ingredient activ Xilina în concentrație de 3%;
- E. Frecvent, are ingredient activ benzocaina 14%.

B (1, pag 19)

204. Anestezia de contact se folosește în următoarele intervenții, cu excepția:

- A. Suprimarea reflexului de vomă în cazul folosirii materialelor de amprentă;
- B. Extracția dinților temporari mobili, cu rizaliză accentuată;
- C. Detartraj;
- D. Înaintea puncției anestezice;
- E. Extracția dinților temporari, fără rizaliză.

E (1, pag 19)

205. Anestezia topică utilizată în cazul unui nerv situat relativ submucos se folosește pentru:

- A. Nervul lingual, în șanțul mandibulo-lingual, în dreptul molarului I;
- B. Nervul bucal;
- C. Nervul alveolar inferior;
- D. Nervul lingual, în șanțul mandibulo-lingual, în dreptul molarului de minte;
- E. Nervul auriculo-temporal.

D (1, pag 19)

206. Anestezia plexală:

- A. Este utilizată frecvent la maxilar;
- B. Este utilizată la maxilar, în special în dreptul molarului de 6 ani;
- C. Se utilizează în zonele cu corticala osoasă groasă;
- D. Este utilizată frecvent la mandibulă;
- E. Presupune injectarea substanței anestezice subperiostal.

A (1, pag 21)

207. Sunt considerate anestezii prin infiltrație următoarele, cu excepția:

- A. Anestezia intraosoasă;
- B. Anestezia topică;
- C. Anestezia intraligamentară;
- D. Anestezia parapicală supraperiostală;
- E. Anestezia tronculară periferică.

B (1, pag 20)

208. Anestezia plexală este folosită pentru următoarele manopere, cu excepția:

- A. Extracției dentare;
- B. Intervențiilor chirurgicale parodontale;
- C. Inserării implanturilor dentare;
- D. Extirpării tumorilor și chisturilor de mari dimensiuni;
- E. Rezecțiilor apicale.

D (1, pag 21)

209. Anestezia plexală poate fi folosită:

- A. La maxilar, în dreptul molarului de 6 ani;
- B. În zonele cu corticală osoasă subțire;
- C. La mandibulă, în zonele laterale;
- D. În zonele cu corticală osoasă densă;
- E. La mandibulă, în dreptul liniei oblice externe.

B (1, pag 21)

210. În cazul anesteziei plexale, puncția anestezică nu se efectuează:

- A. În mucoasa fixă;
- B. Cu bizoul acului orientat spre planul osos;
- C. Deasupra apexului dintelui;
- D. În vestibulul bucal;
- E. În mucoasa mobilă.

A (1, pag 22)

211. Cantitatea de substanță anestezică folosită în mod frecvent în anestezia plexală este de:

- A. 1.7-1.9 ml;
- B. 15-17 ml;
- C. 2-2.5 ml;
- D. 1.5-1.7 ml;
- E. 1.6-1.7 ml.

D (1, pag 22)

212. Tehnica folosită pentru a anestezia un singur dinte se numește:

- A. Anestezie intraligamentară;
- B. Anestezie plexală;
- C. Tehnica imbițiției;
- D. Anestezie de contact;
- E. Anestezia în straturi.

A (1, pag 22)

213. Avantajele anesteziei intraligamentare cuprind:

- A. Durată lungă de instalare a anesteziei;
- B. Posibilitatea localizării anesteziei la 2 dinți;
- C. Necesită seringi speciale;
- D. Folosirea unei cantități reduse de substanță anestezică;
- E. Anesteziază și părțile moi.

D (1, pag 22)

214. Dezavantajele anesteziei intraligamentare cuprind:

- A. Durere locală postanestezică;
- B. Durată scurtă de instalare;
- C. Necesită o cantitate de aproximativ 1ml soluție anestezică;
- D. Posibilitatea de a anestezia simultan mai mulți dinți;
- E. Posibilitatea localizării anesteziei la un singur dinte.

A (1, pag 22)

215. Anesteziiile efectuate de-a lungul ramurilor nervilor maxilari sau mandibulari poartă denumirea de:

- A. Anestezie tronculară centrală;
- B. Anestezie prin imbibiție;
- C. Anestezie de baraj;
- D. Anestezie tronculară periferică;
- E. Anestezie tronculară bazală.

D (1, pag 23)

216. Reperele pentru anestezia nervilor alveolari supero-posteriori cuprind:

- A. Rădăcina mezială a molarului de 6 ani superior;
- B. Plica pterigo-mandibulară;
- C. Creasta zigomatico-alveolară;
- D. Mucoasa fixă;
- E. Planul de ocluzie al molarilor superiori.

C (1, pag 24)

217. Teritoriul anesteziat în anestezia „la tuberozitate” cuprinde:

- A. Molarii și premolarii superiori;
- B. Molarii superiori cu osul alveolar;
- C. Fibromucoasa vestibulară anterior de gaura mentonieră;
- D. Peretele anterior al sinusului maxilar;
- E. Toate de mai sus.

B (1, pag 24)

218. Anestezia nervilor alveolari supero-posteriori efectuată pe cale cutanată:

- A. Este indicată când nu există obstacole la nivelul locului de puncție pe cale orală;
- B. Puncția se face mezial de creasta zigomato-alveolară;
- C. Se perforează mucoasa jugală;
- D. Se efectuează frecvent;
- E. Puncția se face în obraz, înaintea mușchiului maseter.

E (1, pag 24)

219. Contraindicațiile anesteziei la tuberozitate sunt:

- A. Pacienții diabetici;

- B. Pacienții sub tratament cu antiinflamatoare;
- C. Tumori localizate în 1/3 distală a vestibulului inferior;
- D. Tumori localizate în 1/3 mezială a vestibulului superior;
- E. Tumori localizate în 1/3 distală a vestibulului superior.

E (1, pag 24)

220. Direcția acului în anestezia nervilor alveolari supero-posteriori este de:

- A. În sus și înăuntru;
- B. În sus, înapoi și în afară;
- C. În sus, înapoi și înăuntru;
- D. În sus, înainte și înăuntru;
- E. În sus, înăuntru și în afară.

C (1, pag 25)

221. Cantitatea de anesteziac administrată în anestezia la tuberozitate este de:

- A. 1.5-1.7 ml;
- B. 1- 1.5 ml;
- C. 2-2.5 ml;
- D. 1.7-2 ml;
- E. 0.7-1.2 ml.

D (1, pag 25)

222. Tratamentul de urgență al hematomului la tuberozitate nu constă în:

- A. Măsuri de limitare a hematomului;
- B. Comprimarea obrazului;
- C. Aplicarea unui tampon în fundul de sac vestibular inferior;
- D. Aplicarea unui tampon în fundul de sac vestibular superior;
- E. Administrarea unui tratament antiinflamator.

C (1, pag 25)

223. Teritoriul anesteziat în anestezia la gaura incisivă cuprinde:

- A. Dinții frontali superiori de la incisivul central la canin;
- B. Fibromucoasa vestibulară de la incisivul central la canin;
- C. Osul și parodonțiul de la incisivul central la canin;
- D. Treimea anterioară a fibromucoasei palatine;
- E. Toate de mai sus.

D (1, pag 25)

224. În cazul anesteziei la gaura incisivă, direcția acului va fi:

- A. În sus și înapoi;
- B. Înăuntru;
- C. În afară și în jos;
- D. Spre linia mediană a palatului;
- E. În sus și înainte.

A (1, pag 26)

225. Procedeu de anestezie prin imibiție a nervului nazopalatin pe podeaua fosei nazale poartă denumirea de:

- A. Tehnică pe cale cutanată;
- B. Anestezie în baraj;
- C. Anestezie în straturi;
- D. Procedeu Escat;
- E. Procedeu Hoffer.

D (1, pag 26)

226. Pentru anestezia la nivelul găurii palatine mari se folosește următorul reper:

- A. Molarul 2 superior la 1 cm deasupra coletului;
- B. La 2 cm înapoia marginii posterioare a palatului dur;
- C. Ultimul molar la 1 cm deasupra coletului;
- D. La 1.5 cm înaintea cârligului aripii interne a apofizei pterigoide;
- E. Toate de mai sus.

C (1, pag 26)

227. Teritoriul anesteziat în anestezia la nivelul găurii palatine mari este reprezentat de:

- A. Fibromucoasa palatină în 2/3 posterioare;
- B. Fibromucoasa vestibulară din dreptul molarilor superiori;
- C. Peretele posterior al sinusului maxilar;
- D. Peretele anterior al sinusului maxilar;
- E. Jumătate din buza superioară.

A (1, pag 26)

228. Direcția acului în anestezia la nivelul găurii palatine mari este:

- A. În sus, înainte și înăuntru;
- B. În sus, înainte și în afară;
- C. În sus, înăuntru și în afară;
- D. În sus și înăuntru;
- E. În sus, înapoi și ușor în afară.

E (1, pag 27)

229. Printre accidentele care se pot produce în anestezia de la nivelul găurii palatine mari regăsim:

- A. Infiltrarea palatului dur cu producerea unui edem tranzitoriu;
- B. Decolarea mucoperiostului prin injectarea bruscă a unei cantități mari de anestezic;
- C. Necroza extinsă a fibromucoasei;
- D. Necroză pe o zonă extinsă până în dreptul molarului de 6 ani;
- E. Suprainfectarea.

B (1, pag 27)

230. Cantitatea de anestezic recomandată pentru anestezia prin infiltrație a fibromucoasei palatine este:

- A. 1.5-1.7 ml;
- B. 1.7-2.1 ml;
- C. 0.50-1 ml;
- D. 0.50-0.70 ml;
- E. 0.30-0.50 ml.

E (1, pag 27)

231. Teritoriul anesteziat în anestezia nervilor alveolari supero-anteriori cuprinde:

- A. Peretele anterior al sinusului maxilar;
- B. Jumătate din buză superioară;
- C. Aripa nasului;
- D. Pleoapa inferioară;
- E. Toate variantele de mai sus.

E (1, pag 28)

232. Gaura infraorbitală este situată:

- A. La 6-8 mm sub rebordul orbital inferior;
- B. La 5 mm în afara liniei verticale mediopupilare;
- C. Între cei 2 premolari inferiori;
- D. Pe aceeași verticală care unește gaura supraorbitală cu gaura ovală;
- E. Pe aceeași verticală care unește gaura supraorbitală cu gaura rotundă.

A (1, pag 28)

233. Direcția acului în anestezia nervilor alveolari supero-anteriori este:

- A. În sus, înainte și înăuntru;
- B. În sus, înainte și în afară;
- C. În sus, înapoi și în afară;
- D. În sus, înapoi și înăuntru;
- E. În sus, înăuntru și în afară.

C (1, pag 28)

234. Constituie reper pentru anestezia la spina Spix:

- A. Creasta zigomatică;
- B. Creasta temporală;
- C. Plica pterigomaxilară;
- D. Planul de ocluzie al molarilor superiori;
- E. Mucoasa mobilă.

B (1, pag 29)

235. Greșelile de tehnică în cazul anesteziei la spina Spix care duc la neinstalarea anesteziei apar din cauza puncției efectuate:

- A. Mai sus, astfel încât nu va intercepta nervul alveolar inferior la intrarea în canalul mandibular;
- B. Mai jos, astfel încât nu va intercepta nervul alveolar inferior la ieșirea din canalul mandibular;
- C. Mai jos, astfel încât nu va intercepta nervul alveolar inferior la intrarea în canalul mandibular;
- D. Mai sus, determinând anestezia nervului lingual;

E. Mai jos, determinând anestezia nervului auriculotemporal.

C (1, pag 29)

236. Tehnică Veisbrem presupune anestezia simultană a nervilor:

- A. Alveolar supero-posterior și facial;
- B. Alveolar inferior și superior;
- C. Lingual și bucal;
- D. Alveolar inferior, bucal și lingual;
- E. Alveolar supero-anterior și facial.

D (1, pag 30)

237. Tehnică Gow-Gates presupune anestezia simultană a nervilor:

- A. Alveolar inferior;
- B. Lingual;
- C. Bucal;
- D. Auriculo-temporal;
- E. Toți de mai sus.

E (1, pag 30)

238. Direcția acului în anestezia prin tehnica Gow-Gates este:

- A. În sus și înăuntru;
- B. În jos și înapoi;
- C. Înainte și în afară;
- D. Înainte și înăuntru;
- E. Înapoi și în afară.

E (1, pag 30)

239. Teritoriul anesteziat în anestezia nervului mentonier și incisiv cuprinde:

- A. Dinții frontali superiori de partea anesteziată;
- B. Fibromucoasa vestibulară de la incisivul central superior la canin;
- C. Procesul alveolar și fibromucoasa vestibulară între gaura mentonieră și linia mediană;
- D. Pleoapa inferioară;
- E. Hemibuza superioară.

C (1, pag 32)

240. Pentru anestezia la gaura mentonieră:

- A. Puncția se face între cei 2 premolari inferiori;
- B. Puncția se face în mucoasa fixă în dreptul molarului 1 inferior;
- C. Acul face un unghi de 15-20° cu axul premolarului 2 inferior;
- D. Direcția acului este în jos, înainte și în afară;
- E. Puncția se poate face numai pe cale orală.

C (1, pag 32)

241. Locul de puncție în anestezia nervului mentonier și incisiv este:

- A. Vestibulul bucal superior;

- B. Mucoasa fixă;
- C. În dreptul rădăcinii meziale a primului molar inferior;
- D. Între cei doi premolari superiori;
- E. Între cei doi premolari inferiori.

C (1, pag 32)

242. Din plexul cervical superficial se desprind (la nivelul marginii posterioare a mușchiului sternocleidomastoidian) următoarele ramuri, mai puțin:

- A. Nervul occipital mare;
- B. Nervul occipital mic;
- C. Nervul auricular mare;
- D. Nervul transvers al gâtului;
- E. Ramul supraclavicular.

A (1, pag 33)

243. Anestezia plexului cervical profund este indicată pentru:

- A. Ligatura carotidei externe;
- B. Intervenții de durată scurtă sau medie la nivel cervical;
- C. Limfadenectomie;
- D. Extirparea unor chisturi cervicale;
- E. Toate de mai sus.

E (1, pag 33)

244. Direcția acului pentru anestezia nervilor alveolari supero-posteriori pe cale intraorală este:

- A. Sagitală antero-posterior;
- B. În sus, înapoi, înauntru;
- C. În sus, înainte, înauntru;
- D. În sus, înapoi, în afară;
- E. În sus, înainte, în afară.

B (1, pag 24)

245. Teritoriul în care se obține anestezia după infiltrația anestezică a nervului lingual în planșeul bucal este:

- A. Buza inferioară;
- B. Versantul lingual al crestei alveolare în zona ultimului molar;
- C. Mucoasa planșeului bucal;
- D. Spațiul retrotuberozitar maxilar;
- E. Regiunea presulcală a hemilimbii de partea anesteziată.

E (1, pag 31)

246. Alegeți afirmația falsă cu privire la poziția găurii infraorbitale:

- A. La 6-8 mm sub rebordul orbital inferior;
- B. La unirea 1/3 externe cu cele 2/3 interne a marginii infraorbitale;
- C. La unirea 2/3 externe cu 1/3 internă a marginii infraorbitale;
- D. La 5 mm înăuntru liniei verticale medio-pupulare;

E. Pe linia verticală care unește gaura supraorbitală cu gaura mentonieră.

B (1, pag 28)

247. Anestezia intraligamentară are unul dintre următoarele avantaje:

- A. Necesită seringi speciale;
- B. Instalarea anesteziei se face în 3-4 minute;
- C. Anestezia se poate localiza la un singur dinte;
- D. Favorizează apariția alveolitei postextractionale;
- E. Generează dureri locale post anestezice.

C (1, pag 22)

248. Anestezia topică (anestezia de contact) se poate utiliza în:

- A. Anestezia nervului mentonier în vestibulul superior;
- B. Anestezia nervului alveolar inferior;
- C. Anestezia nervului nazopalatin pe podeaua fosei nazale;
- D. Anestezia nervului bucal în vestibulul superior;
- E. Anestezia nervului nazopalatin la gaura palatină mare.

C (1, pag 19)

249. Alegeți afirmația falsă cu privire la anestezia nervului bucal:

- A. Este o anestezie de completare pentru mucoasa gingivo-alveolară situată distal de gaura mentonieră;
- B. Anestezia singulară a nervului bucal nu se justifică;
- C. Se realizează printr-o puncție anestezică în vestibulul inferior;
- D. Se realizează printr-o puncție anestezică în vestibulul superior;
- E. Este o anestezie de completare a anesteziei la spina Spix.

D (1, pag 31)

250. Anestezia plexală nu este folosită pentru:

- A. Extracția dentară;
- B. Intervenții chirurgicale parodontale;
- C. Inserarea implanturilor dentare;
- D. Extirparea tumorilor și chisturilor de mari dimensiuni;
- E. Rezecții apicale.

D (1, pag. 21)

251. Avantajele anesteziei intraligamentare sunt următoarele, cu excepția:

- A. Posibilitatea localizării anesteziei la un singur dinte;
- B. Durată scurtă de instalare (25-40 secunde);
- C. Folosirea unei cantități reduse de substanță anestezică (0.15-0.20 ml);
- D. Posibilitatea de a anestezia simultan mai mulți dinți fără a supra-doză anestezicul;
- E. Anestezia părților moi limitată doar în dreptul dintelui la care s-a realizat anestezia.

E (1, pag. 22)

252. În medicina dentară și chirurgia OMF, anestezia paraapicală supraperiostală nu este folosită pentru:

- A. Rezecții apicale;
- B. Odontectomii;
- C. Extracții dentare;
- D. Inserarea implanturilor dentare;
- E. Intervenții chirurgicale parodontale.

B (1, pag 21)

253. Pentru anestezia la gaura palatină se folosesc următoarele repere:

- A. La 1.5 cm înaintea marginii posterioare a palatului dur în unghiul format de creasta alveolară cu lama orizontală a osului palatin;
- B. La 0.5 cm înaintea marginii posterioare a palatului dur în unghiul format de creasta alveolară cu lama orizontală a osului palatin;
- C. Primul molar, la 2 cm deasupra coletului;
- D. Ultimul molar, la 1.5 cm deasupra coletului;
- E. La 1 cm în spatele cărligului aripii interne a apofizei pterigoide.

B (1, pag. 26)

254. Reprezintă un avantaj al anesteziei intraligamentare:

- A. Durata scurtă de instalare (2-3 minute);
- B. Necesită seringi speciale;
- C. Lipsa anesteziei la nivelul părților moi;
- D. Durerea locală postanestezică este mai scăzută decât în cazul altor procedee anestezice;
- E. Teritoriul anesteziat se extinde și la dinții vecini.

C (1, pag 22)

255. Cantitatea de substanță anestezică recomandată în anestezia prin infiltrație a fibromucoasei palatine este de:

- A. 0.10 ml;
- B. 0.30-0.50 ml;
- C. 2 ml;
- D. 0.15-0.25 ml;
- E. 0.70-1 ml.

B (1, pag 27)

256. Hematomul după anestezia locoregională:

- A. Apare frecvent după anestezia în bolta palatină;
- B. Apare mai rar după anestezia la tuberozitate;
- C. Apare mai frecvent după anestezia la tuberozitate;
- D. Se resoarbe în 2-3 zile;
- E. Nu necesită administrarea de antibiotice.

C (1, pag 37)

257. Din plexul cervical superficial se desprind la nivelul marginii posterioare a mușchiului sternocleidomastoidian următoarele ramuri, cu excepția:

- A. Nervului occipital mic;
- B. Nervului trohlear;
- C. Nervului auricular mare;
- D. Nervului transvers al gâtului;
- E. Ramului supraclavicular.

B (1, pag 33)

258. Anestezia intraligamentară prezintă o serie de avantaje certe, printre care:

- A. Folosirea unei cantități reduse de substanță anestezică (0.15-0.20 ml);
- B. Posibilitatea localizării anesteziei la un singur dinte;
- C. Lipsa anesteziei la nivelul părților moi;
- D. Durată scurtă de instalare a anesteziei (25-40 de secunde);
- E. Toate de mai sus.

E (1, pag 22)

259. Alegeți afirmația falsă cu privire la anestezia tronculară periferică:

- A. Vizează trunchiul nervos și ramurile sale;
- B. Are o durată de acțiune mai mare și nu deformează regiunea anesteziată;
- C. Permite efectuarea unor manopere terapeutice pe teritorii mai întinse;
- D. Este o anestezie loco-regională prin infiltrație;
- E. Este o anestezie de contact.

E (1, pag 23)

260. Anestezia plexală:

- A. Este anestezia cel mai frecvent utilizată la maxilar;
- B. Se poate utiliza doar în zonele cu corticală osoasă subțire pentru ca anestezicul să poată difuza;
- C. Este mai eficientă la copii și tineri;
- D. Este frecvent folosită pentru inserarea implanturilor dentare;
- E. Toate de mai sus.

E (1, pag 21)

261. Care dintre următoarele afirmații legate de anestezia nervului lingual în planșeul bucal sunt false?

- A. Anestezia separată a nervului lingual se practică preponderent în chirurgia oro-maxilo-facială pentru intervenții chirurgicale asupra planșeului bucal și limbii;
- B. Teritoriul în care se obține anestezia este versantul lingual al crestei alveolare de la ultimul molar la linia mediană;
- C. Teritoriul în care se obține anestezia este mucoasa hemiplanșeului bucal;
- D. Teritoriul în care se obține anestezia este regiunea bazei limbii;
- E. Puncția anestezică se realizează în șanțul mandibulo-lingual, în dreptul ultimului molar.

D (1, pag 31)

262. În anestezia nervului alveolar inferior, reperele pentru spina Spix sunt:

- A. Plica pterigomandibulară situată de-a lungul marginii anterioare a mușchiului pterigoidian intern;
- B. Planul de ocluzie al molarilor superiori;
- C. Creasta zigomatico-alveolară;
- D. Rădăcină mezială a M2 inferior;
- E. Creasta temporală, medial și posterior de marginea posterioară a ramului mandibular.

A (1, pag 29)

263. Pentru anestezia la gaura palatinală (anestezia nervului palatin mare) se folosesc următoarele repere:

- A. La 1.5 cm înaintea cârligului aripii interne a apofizei pterigoide;
- B. Penultimul molar la 3 cm deasupra coletului;
- C. Ultimul molar la 3 cm deasupra coletului;
- D. La 0.5 cm înaintea marginii posterioare a palatului dur, în unghiul diedru format de creasta alveolară cu lama orizontală a osului palatin;
- E. La 3 cm posterior de cârligul aripii externe a apofizei pterigoide.

D (1, pag 26)

264. Indicațiile extracției dentare legate de patologia dento-parodontală sunt:

- A. Dinți cu distrucții corono-radiculare care pot fi restaurați;
- B. Dinți incluși sau erupți ce provoacă înghesuiri;
- C. Dinți incluși care nu pot erupe;
- D. Dinți care au determinat procese supurative sinuzale;
- E. Dinți cu parodontopatie marginală cronică superficială.

D (1, pag 64)

265. Indicațiile extracției dentare legate de patologia pseudotumorală sau tumorală de cauză dentară cuprind:

- A. Dinți care au dus la apariția unor leziuni inflamatorii „epulis-like”;
- B. Dinți aflați în afara procesului tumoral;
- C. Dinți cu mobilitate gradul II/III;
- D. Dinți cu fracturi corono-radiculare, extinse sub pragul gingival;
- E. Dinți mult extruzați.

A (1, pag 64)

266. Indicațiile extracției dentare legate de patologia traumatică oro-maxilo-facială includ:

- A. Dinți care au determinat procese supurative sinusale;
- B. Dinți incluși ce nu mai pot erupe;
- C. Dinți cu fracturi radiculare oblice sau longitudinale;
- D. Dinți cu parodontopatie marginală cronică profundă;
- E. Dinți în malpoziție care produc leziuni traumatice importante ale părților moi.

C (1, pag 64)

267. Indicațiile extracției dentare în cadrul tratamentului preprotetic cuprind:

- A. Edentația subtotală maxilară, atunci când pe arcadă mai există 7-8 dinți;
- B. Dinți înclinați ce nu mai pot erupe;
- C. Dinți incluși ce provoacă înghesuiri;
- D. Dinți extruzați, egresați, înclinați ce defavorizează tratamentul protetic;
- E. Dinți în malpoziție care produc leziuni ale părților moi.

D (1, pag 64)

268. Indicațiile de extracție a dinților temporari includ:

- A. Dinți temporari care determină erupția în malpoziție a celor permanenți;
- B. Dinți temporari cu procese carioase complicate, fără indicație de tratament conservator;
- C. Dinți temporari prezenți în focare de fractură, care împiedică reducerea fracturii;
- D. Dinți temporari care întrețin procese septice locale sau generale;
- E. Toate de mai sus.

E (1, pag 65)

269. Alegeți afirmațiile adevărate cu privire la indicațiile extracției dentare legate de patologia traumatică oro-maxilo-facială:

- A. Dinți cu fracturi corono-radiculare, extinse sub pragul gingival, care nu permit restaurarea prin mijloace odontale sau protetice;
- B. Dinți cu fracturi radiculare oblice sau longitudinale;
- C. Dinți aflați în focarul de fractură al oaselor maxilare care pot genera sau întreține supurații în focar sau care împiedică reducerea corectă a fracturii;
- D. Dinți fracturați sau luxați complet;
- E. Toate de mai sus.

E (1, pag 64)

270. Indicațiile extracției dentare legate de patologia dento-parodontală pot fi următoarele, cu excepția:

- A. Dinți incluși ce nu mai pot erupe;
- B. Dinți care nu au determinat complicații supurative grave;
- C. Dinți în malpoziție ce produc leziuni traumatice ale părților moi și nu pot fi redresați ortodontic;
- D. Dinți care au suferit transformări chistice sau tumorale benigne;
- E. Toate de mai sus.

E (1, pag 64)

271. Care sunt indicațiile extracției dentare legate de patologia pseudotumorală sau tumorală de cauză dentară?

- A. Dinți cu fracturi corono-radiculare;
- B. Dinți mult extrudati, egresați sau înclinați care defavorizează tratamentul protetic;
- C. La pacienți cu afecțiuni generale care impun necesitatea asanării focarelor infecțioase;
- D. Dinți incluși ce nu mai pot erupe;
- E. Dinți cuprinși în procese chistice și tumorale benigne precum și vecinii lor afectați.

E (1, pag 64)

272. Contraindicațiile absolute ale extracției dentare includ:

- A. Tumori maligne în teritoriul oro-maxilo-facial;
- B. Tratamente anticoagulante;
- C. Leucemia acută echilibrată;
- D. Infarct miocardic în antecedente;
- E. Infarct miocardic mai recent de 6 luni.

E (1, pag 65)

273. Contraindicațiile relative locale ale extracției dentare cuprind:

- A. Tratamentul cronic cu bifosfonați;
- B. Leucemia cronică;
- C. Sinuzita maxilară rinogenă;
- D. Supurațiile periapicale cronice;
- E. Diabetul zaharat.

C (1, pag 65)

274. Contraindicațiile relative generale ale extracției dentare cuprind:

- A. Sinuzita maxilară rinogenă;
- B. Procese supurative acute;
- C. Incongruența dento-alveolară;
- D. Tumorile maligne în teritoriul oro-maxilo-facial;
- E. Sarcina.

E (1, pag 67)

275. Pentru pacienții cu risc major sau mediu, în cazul extracției se va aplica protocolul standard de antibioprofilaxie a endocarditei bacteriene, ce cuprinde:

- A. Administrarea de amoxicilină 2g, în doză unică, per os, cu jumătate de oră înaintea extracției;
- B. Administrarea de amoxicilină 2 mg, în doză unică, per os;
- C. Administrarea de amoxicilină 2 g, în doză unică, per os, cu o oră înaintea extracției;
- D. O doză de amoxicilină de 75mg/kg pentru copii;
- E. Administrarea de amoxicilină 2mg după efectuarea extracției.

C (1, pag 67)

276. În cazul pacienților cu afecțiuni cardiovasculare, cei cu risc major sunt:

- A. Pacienți cu malformații cardiace complexe cianogene;
- B. Pacienți cu endocardită bacteriană în antecedente;
- C. Purtătorii de proteze valvulare;
- D. Cei cu șunturi sistemic-pulmonare chirurgicale;
- E. Toate de mai sus.

E (1, pag 65)

277. Contraindicațiile relative generale ale extracției dentare nu cuprind:

- A. Tratamentul cu anticoagulante;
- B. Diabetul zaharat;
- C. Leucemia acută;

- D. Sarcina;
- E. Tratamentul cronic cu bifosfonați.

C (1, pag 67)

278. Tratamentul cu bifosfonați contraindică realizarea extracției dentare din cauza riscului de:

- A. Osteoradionecroză;
- B. Patologie dento-parodontală;
- C. Osteomielită mandibulară;
- D. Modificare a trombocitelor sanguine;
- E. Modificare a seriei albe leucocitare.

C (1, pag 67)

279. Pacienții cu diabet zaharat sunt expuși riscului unor complicații postextracționale datorate:

- A. Vasculopatiei periferice;
- B. Cetoacidozei;
- C. Vindecării relativ bune;
- D. Vasculopatiei centrale;
- E. Riscului scăzut de hemoragie.

A (1, pag 66)

280. În cazul pacienților alergici la β -lactamine, în cazul unei extracții se administrează:

- A. Penicilină;
- B. Cefalosporine;
- C. Carbapeneme;
- D. Clindamicină;
- E. Tratament anticoagulant.

D (1, pag 66)

281. În cazul pacienților cu diabet zaharat, cei care prezintă risc scăzut în cazul extracției dentare sunt:

- A. Cei care prezintă ocazional simptome;
- B. Cei care au frecvente episoade de hipoglicemie;
- C. Cei cu glicemia a jeun sub 250mg/dl;
- D. Cei cu HBA1c 7-9%;
- E. Cei cu glicemia a jeun sub 200mg/dl.

E (1, pag 66)

282. În cazul tratamentului cu anticoagulante, extracția dentară se practică dacă:

- A. $INR \leq 2.1$;
- B. $INR = 3$;
- C. $INR > 2.1$;
- D. $INR > 3$;
- E. $INR \geq 2.5$.

A (1, pag 66)

283. În cazul pacienților cu diabet zaharat, nu este indicată în cazul extracțiilor efectuarea:

- A. Anesteziei cu substanțe fără vasoconstrictor;
- B. Suturii plăgii post-extracționale;
- C. Anesteziei cu substanțe cu vasoconstrictor;
- D. Antibioterapiei;
- E. Efectuarea extracțiilor la jumătatea intervalului dintre 2 mese.

C (1, pag 66)

284. În cazul pacienților cu leucemii acute este contraindicată total extracția, deoarece:

- A. Poate apărea osteomielita;
- B. Se poate complica cu o gingivostomatita ulceronecrotică;
- C. Plaga se poate suprainfecta ușor;
- D. Plaga sângerează;
- E. Toate de mai sus.

E (1, pag 66)

285. În timpul sarcinii:

- A. Nu se fac extracții dentare;
- B. Controlul radiologic este indicat;
- C. Anestezia se administrează cu prudență și în doze mici;
- D. Tratamentul se va realiza în ședințe lungi;
- E. Administrarea medicamentelor este indicată în primul trimestru.

C (1, pag 67)

286. La pacienții cu infarct miocardic în antecedente, extracția dentară poate fi efectuată:

- A. După 6 luni de la infarct;
- B. Imediat după infarct;
- C. La 3 luni după infarct;
- D. Este contraindicată extracția;
- E. La o lună de la infarct.

A (1, pag 65)

287. Afecțiunile hepatice determină tulburări în hemostază și în apărare prin:

- A. Creșterea glicemiei;
- B. Perturbarea sintezei factorilor ce intervin în coagulare și perturbarea sintezei proteice;
- C. Posibila etiologie virală a bolii;
- D. Scaderea glicemiei;
- E. Toate de mai sus.

B (1, pag 66)

288. Pentru pacienții cu risc cardiovascular mediu de endocardită bacteriană se recomandă următorul protocol standard de antibioprofilaxie:

- A. Amoxicilină 2g, doză unică per os, cu 1h înaintea extracțiilor;
- B. Amoxicilină 1.5g, doză unică per os, cu 1h înaintea extracțiilor;
- C. Clindamicină 400g;

- D. Clindamicină 2g;
- E. Amoxicilină 2.5 g, doză unică, per os, cu 1h înaintea extracțiilor.

A (1, pag 65)

289. Contraindicațiile locale ale extracției dentare sunt următoarele, cu excepția:

- A. Leziuni locale ale mucoasei bucale;
- B. Procese supurative acute locale;
- C. Sinuzita maxilară rinogenă;
- D. Leucemia acută;
- E. Tratament radioterapeutic recent la nivelul extremității cefalice.

D (1, pag 65)

290. Care dintre următoarele contraindicații ale extracției dentare este considerată absolută?

- A. Tratamentul anticoagulant;
- B. Leucemia cronică limfocitară;
- C. Diabetul zaharat decompensat;
- D. Infarctul miocardic mai recent de 6 luni;
- E. Hemofilia A.

D (1, pag 65)

291. Leucemiile acute contraindică total extracția dentară deoarece:

- A. Plaga sângerează;
- B. Poate apărea alveolita;
- C. Poate apărea osteomielite;
- D. Poate apărea o gingivostomatită ulceronecrotică;
- E. Toate de mai sus.

E (1, pag 66)

292. Dintre contraindicațiile relative generale ale extracției dentare fac parte următoarele:

- A. Tumori maligne în teritoriul OMF;
- B. Infarct miocardic recent (sub 6 luni);
- C. Leucemia acută;
- D. Sinuzita maxilară rinogenă;
- E. Corticoterapia.

E (1, pag 65)

293. Pentru copii cu afecțiuni cardiovasculare de risc major sau mediu, antibioprolaxia se face cu amoxicilină în doza de:

- A. 15-20 mg/kg corp;
- B. 25 mg/kg corp;
- C. 35-40 mg/kg corp;
- D. 50 mg/kg corp;
- E. 75 mg/kg corp.

D (1, pag 65)

294. Antibioprolaxia pentru copiii cu afecțiuni cardiovasculare de risc major sau mediu, se face cu clindamicină în doză de:

- A. 15 mg/kg corp;
- B. 20 mg/kg corp;
- C. 35 mg/kg corp;
- D. 40 mg/kg corp;
- E. 50 mg/kg corp.

B (1, pag 66)

295. Protocolul standard de antibioprolaxie a endocarditei bacteriene (protocol AHA 2007) se aplică pentru pacienții cu:

- A. Risc major: purtători de proteze valvulare;
- B. Risc crescut: infarct miocardic cronic;
- C. Risc mediu: valvulopatii corectate;
- D. Risc scăzut: malformații cardiace corectate (de mai mult de 6 luni);
- E. Risc neglijabil.

A (1, pag 65)

296. Reprezintă contraindicație absolută a extracției dentare:

- A. Dinții incluși care nu mai pot erupe;
- B. Infecția HIV/SIDA;
- C. Hepatita B;
- D. Sarcina;
- E. Leucemia acută.

E (1, pag 65)

297. Indicația de antibioprolaxie a endocarditei bacteriene pentru extracția dentară se stabilește în funcție de clasele de risc. Care dintre următoarele afecțiuni este considerată de risc major?

- A. By-pass coronarian;
- B. Prolaps de valvă mitrală fără regurgitație;
- C. Purtător de pacemaker;
- D. Endocardită bacteriană în antecedente;
- E. Prolaps de valvă mitrală cu regurgitație.

D (1, pag 65)

298. Extracția cu separație interradiculară este indicată în cazul:

- A. Rădăcinilor convergente;
- B. Rădăcinilor drepte ale molarilor;
- C. Rădăcinilor divergente;
- D. Dinților cu distrucție radiculară;
- E. Resturilor radiculare profunde rămase mult timp intraosos.

C (1, pag 81)

299. Separația interradiculară este definitivată cu ajutorul:

- A. Elevatorului curb;
- B. Elevatorului drept;
- C. Instrumentarului rotativ;
- D. Elevatorului Lecluse;
- E. Cleștelui de rădăcini.

B (1, pag 81)

300. Extracția rădăcinilor separate se face cu:

- A. Cleștele de rădăcini;
- B. Cleștele de molari;
- C. Elevatorul Lecluse;
- D. Elevatorul drept exclusiv;
- E. Prin alveolotomie.

A (1, pag 81)

301. În cazul molarilor superiori separația interradiculară este:

- A. Vestibulo-orală;
- B. În L;
- C. Liniară;
- D. În T;
- E. Mezio-distală.

D (1, pag 81)

302. Asocierea alveolotomiei cu separația interradiculară este necesară în cazul:

- A. Rădăcinilor situate sub lucrări protetice conjuncte;
- B. Resturilor radiculare situate la nivelul rebordului osului alveolar;
- C. Resturilor radiculare situate sub rebordul osului alveolar;
- D. Rădăcinilor subțiri;
- E. Rădăcinilor convergente.

C (1, pag 81)

303. În cazul molarilor inferiori, separația interradiculară:

- A. Se face în Y;
- B. Este liniară, mezio-distală;
- C. Este vestibulo-orală;
- D. Se face în L;
- E. Se face în T.

C (1, pag 81)

304. Extracția dentară cu separație interradiculară este indicată atunci când există:

- A. Rădăcini cu hipercementoză;
- B. Rădăcini divergente;
- C. Dinți cu distrucție coronară extinsă;
- D. Rădăcini solidarizate interradicular;
- E. Toate de mai sus.

E (1, pag 81)

305. Chistul paradentar se localizează la nivelul:

- A. Caninului superior;
- B. Caninului inferior;
- C. Molarului 3 superior;
- D. Molarului 1 inferior;
- E. Premolarului 2 inferior.

D (1, pag 456)

306. Aspectul radiologic tipic al chistului folicular este:

- A. Radiotransparență ce alternează cu zone de radioopacitate;
- B. Radiotransparență multiloculară cu loculații mari – aspect de ”baloane de săpun”;
- C. Radiotransparență uniloculară care înconjoară coroana unui dinte inclus sau semiinclus;
- D. Radiotransparență multiloculară cu loculații mici – aspect de ”fagure de miere”;
- E. Radioopacitate de mari dimensiuni.

C (1, pag 456)

307. Tratamentul chistului folicular poate fi unul din următoarele, cu o excepție:

- A. Chistectomie și odontectomia dintelui inclus;
- B. Chistectomie cu abord cervical;
- C. Marsupializare, urmată de chistectomie într-o etapă ulterioară;
- D. Chistectomie cu conservarea dintelui inclus;
- E. Rezecție osoasă marginală sau segmentară.

E (1, pag 458)

308. Diagnosticul diferențial al chistului folicular nu se poate face cu:

- A. Ameloblastomul;
- B. Odontomul;
- C. Fibromul ameloblastic;
- D. Keratochistul odontogen dentiger;
- E. Tumora odontogenă adenomatoidă – pentru localizările anterioare.

B (1, pag 457)

309. Printre caracteristicile chistului folicular regăsim:

- A. Este totdeauna atașat la joncțiunea smalț-cement a dintelui neerupt, înconjurând coroana acestuia;
- B. Apare cel mai frecvent la nivelul molarului 3 superior;
- C. Apare rar la nivelul oaselor maxilare;
- D. Se numește și keratochist odontogen dentiger;
- E. În evoluție erodează frecvent corticalele osoase.

A (1, pag 456)

310. Semnul lui Dupuytren semnifică consistența:

- A. Elastică;

- B. Fluctuantă;
- C. Renitentă;
- D. De ”coajă de ou spart”;
- E. De ”minge de tenis”.

D (1, pag 467)

311. Semnele clinice ale chistului periapical sunt următoarele, cu o excepție:

- A. Inițial este asimptomatic;
- B. Teste de vitalitate pozitive ale dintelui cauzal;
- C. Dintele cauzal este sensibil la percuția în ax;
- D. Palparea vestibulului bucal al dintelui cauzal în dreptul apexului decelează jenă dureroasă;
- E. Se poate suprainfecta, evoluția fiind spre un abces.

B (1, pag 466-467)

312. Chistul periapical de mici dimensiuni este practic imposibil de diferențiat radiologic de:

- A. Ameloblastomul unichistic;
- B. Un sinus maxilar normal, dar cu un recesus alveolar procident;
- C. Ameloblastomul multichistic;
- D. Granulomul periapical;
- E. Chistul median mandibular.

D (1, pag 469)

313. Atitudinea terapeutică față de chistul radicular nu include:

- A. Chistectomia cu extracția dintelui cauzal;
- B. Chistectomia cu rezecția apicală a dintelui cauzal;
- C. Expectativă;
- D. Tratamentul endodontic al dintelui cauzal – ca primă intenție, în cazul granuloamenlor periapicale;
- E. Marsupializarea chistului – pentru cele de mari dimensiuni.

C (1, pag 469)

314. Cea mai rar întâlnită formă de ameloblastom multichistic este:

- A. Forma foliculară;
- B. Forma plexiformă;
- C. Forma cu celule granulare;
- D. Forma acantomatoasă;
- E. Forma bazocelulară.

E (1, pag 475)

315. Cea mai frecventă formă de ameloblastom multichistic este:

- A. Forma foliculară;
- B. Forma acantomatoasă;
- C. Forma cu celule granulare;
- D. Forma desmoplasică;
- E. Forma bazocelulară.

A (1, pag 475)

316. Aspectul radiologic al ameloblastomului multichistic nu poate fi:

- A. De "baloane de săpun";
- B. De "fagure de miere";
- C. Radiotransparență cu zone radioopace – pentru forma desmoplastică;
- D. Radioopacitate de mari dimensiuni – pentru forma plexiformă;
- E. Uneori radiotransparență uniloculară.

D (1, pag 475)

317. Caracteristicile ameloblastomului multichistic sunt:

- A. Apar frecvent în intervalul de vârstă 10-19 ani;
- B. Se localizează cel mai frecvent la mandibulă, în zona molarului 3 și a ramului mandibular;
- C. Afectează mai frecvent sexul masculin;
- D. Sunt mai frecvente la maxilar;
- E. La maxilar se localizează în special în zona premolarilor.

B (1, pag 474)

318. Caracteristicile clinice ale ameloblastomului multichistic nu cuprind:

- A. Inițial este asimptomatic;
- B. În evoluție apare o tumefacție a mandibulei, cu evoluție lentă;
- C. Tumefacția poate ajunge la dimensiuni impresionante;
- D. Apar frecvent dureri moderate, difuze;
- E. Paresteziile sunt rareori prezente, chiar și în formele avansate.

D (1, pag 474)

319. Rata de recidivă în cazul chiuretajului ameloblastomului multichistic este:

- A. Mai mică de 20 %;
- B. 20-30 %;
- C. 40 %;
- D. 50-90%;
- E. Mai mare de 90 %.

D (1, pag 476)

320. Tratamentul de elecție al ameloblastomului multichistic este:

- A. Enucleerea cu chiuretajul acestuia;
- B. Rezecția maginală;
- C. Rezecția segmentară a mandibulei;
- D. Hemirezecția de mandibulă cu sau fără dezarticulare;
- E. Radioterapia.

B (1, pag 476-479)

321. După rezecția osoasă marginală a ameloblastomului multichistic, rata de recidivă este:

- A. 50-90 %;
- B. Aproximativ 20 %;

- C. Mai mică de 10 %;
- D. Aproximativ 30 %;
- E. 40-60 %.

B (1, pag 479)

322. Ameloblastomul unichistic:

- A. Apare în special la pacienții vârstnici;
- B. Reprezintă aproximativ 40 % din totalul ameloblastoamelor;
- C. Este inițial asimptomatic;
- D. În evoluție frecvent este însoțit de parestezie pe teritoriul nervului alveolar inferior;
- E. Se localizează în majoritatea cazurilor la maxilar în zona caninului.

C (1, pag 480)

323. Tratamentul de primă intenție a ameloblastomului unichistic este:

- A. Rezecția osoasă marginală;
- B. Rezecția osoasă segmentară – pentru localizările mandibulare;
- C. Chistectomia;
- D. Hemirezecția mandibulei fără dezarticulare;
- E. Hemirezecția mandibulei cu dezarticulare.

C (1, pag 480)

324. Ameloblastomul unichistic in situ mural se caracterizează prin focare de ameloblastom:

- A. Dezvoltate în stratul epitelial al chistului și limitate la acest strat ;
- B. Proliferați în întreaga grosime a stratului conjunctiv;
- C. Proiectate din peretele chistic în cavitate;
- D. Cu extindere limitată în stratul conjunctiv;
- E. Proliferați în întreaga grosime a stratului conjunctiv, cu extensie în osul adiacent.

A (1, pag 480)

325. Ameloblastomul extraosos:

- A. Este o formă frecventă de ameloblastom;
- B. Derivă din resturile mallasez;
- C. Se localizează frecvent la nivelul frontalilor mandibulari;
- D. Clinic apare ca o formațiune gingivală pediculată sau sesilă de mici dimensiuni;
- E. Radiologic se evidențiază o erodare marcată a osului subiacent.

D (1, pag 482)

326. Tumorile maligne ale buzelor:

- A. Debutează ca o leziune exofitică;
- B. Evoluția este rapidă;
- C. În perioada de stare se pot prezenta sub formă ulcerodistructivă sau ulcerovegetantă;
- D. Afectează predominant femeile vârstnice;
- E. Starea generală este alterată încă din stadiul de debut.

C (1, pag 585-586)

327. Afectarea metastatică a limfonodurilor locoregionali în cazul tumorilor maligne ale buzelor:

- A. Este relativ precoce;
 - B. Prezența limfonodurilor cervicale palpabili la primul consult este aproximativ 30 %;
 - C. La primul consult este interesat în special nivelul II cervical;
 - D. În primul an de la diagnosticarea tumorii, metastazele cervicale sunt prezente la aproximativ 40% din cazuri;
 - E. În decurs de doi ani de la diagnosticul tumorii primare, metastazele cervicale apar la aproape toți pacienții.
- E (1, pag 586-587)

328. Tumorile maligne ale limbii și planșeului bucal:

- A. Pot debuta ca leziuni vegetante;
- B. Formele de debut se localizează cel mai frecvent pe fața dorsală a acesteia;
- C. Sunt dureroase încă de la debut;
- D. Nu se asociază cu prezența factorilor iritativi;
- E. Debutul este totdeauna sub forma unor leziuni ulcerative.

A (1, pag 597)

329. Tumorile porțiunii postsulcale a limbii:

- A. De obicei sunt diagnosticate precoce;
- B. Debutul este brusc;
- C. Examenul clinic nu relevă modificări specifice;
- D. Manifestările clinice subiective sunt reprezentate de jena în deglutiție;
- E. În fazele avansate nu sunt însoțite de durere.

D (1, pag 598)

330. Diagnosticul diferențial al tumorilor de limbă și plășeu nu se face cu:

- A. Chisturi ale planșeului bucal;
- B. Abcesul limbii;
- C. Sifilisul primar;
- D. Tumorile maligne ale buzelor;
- E. Aftele bucale.

D (1, pag 599-600)

331. Aspectul de "foaie de carte" este caracteristic tumorilor maligne localizate la nivelul:

- A. Feței dorsale a limbii;
- B. Marginilor laterale ale limbii;
- C. Feței ventrale a limbii, extinse în plășeu bucal;
- D. Planșeului bucal anterior;
- E. Porțiunii postsulcale a limbii.

C (1, pag 598)

332. Tumorile maligne ale mucoasei gingivale:

- A. Au întotdeauna debutul sub formă ulcerativă;
- B. Sunt localizate cu predilecție la nivelul regiunii frontale maxilare sau mandibulare;
- C. Formele primare sunt cel mai frecvent de tip carcinom bazocelular;
- D. Formele localizate la mandibulă sunt mai puțin limfocitare decât cele de la maxilar;
- E. În evoluție invadează osul crestei alveolare subiacente.

E (1, pag 621-622)

333. Diagnosticul diferențial al tumorilor de mucoasă gingivală se poate face cu:

- A. Litiata canalului Wharton;
- B. Abcesul lojei sublinguale;
- C. Ulcerații specifice;
- D. Chisturi ale plășeului bucal;
- E. Cheilitele microbiene sau chimice.

C (1, pag 622)

334. Metastazarea osteosarcomului mandibular se produce la nivel:

- A. Cerebral;
- B. Pulmonar;
- C. Hepatic;
- D. Sânelui;
- E. Prostatai.

B (1, pag 629)

335. Cea mai frecventă formă de osteosarcom este:

- A. Teleangiectazic;
- B. Osteoblastic;
- C. Anaplastic;
- D. Condrioblastic;
- E. Fibroblastic.

B (1, pag 628)

336. Riscul retinoblastomului de a dezvolta un osteosarcom este de:

- A. 7 %;
- B. 17 %;
- C. 27 %;
- D. 14 %;
- E. 20 %.

A (1, pag 628)

337. Sarcomul Ewing:

- A. Afectează mai frecvent sexul feminin;
- B. Are o simptomatologie nespecifică;
- C. Nu se însoțește de mobilitate dentară;
- D. Este o tumoră frecventă la nivelul maxilarului;
- E. Are evoluție lentă.

B (1, pag 629)

338. Condrosarcomul:

- A. Este cea mai frecventă tumoră malignă a mandibulei;
- B. Are risc de apariție ce scade odată cu vârsta;
- C. Nu se cunosc factorii de risc implicați în apariția bolii;
- D. Prezintă un tablou clinic ce include durere, deformare, mobilitate dentară;
- E. Are drept caracteristică neoformarea de țesut osteoid.

D (1, pag 629)

339. Constituie semn de prognostic rezervat în sarcomul Ewing:

- A. Leucopenia;
- B. Anemia;
- C. Fosfataza alcalină crescută;
- D. Hipercalcemia;
- E. Hipocalcemia.

B (1, pag 629)

340. Carcinoamele de suprastructură afectează:

- A. Lamele apofizelor pterigoide;
- B. Sinusul piriform;
- C. Sinusul cavernos;
- D. Fosa nazală;
- E. Fosa infratemporală.

D (1, pag 644-645)

341. Carcinoamele de suprastructură au o evoluție extensivă către baza craniului, la nivelul:

- A. Ostiumului sinusului maxilar;
- B. Fisurii pterigomaxilare;
- C. Canalului infraorbital;
- D. Lamei ciuruite a etmoidului;
- E. Găurii rotunde.

D (1, pag 645)

342. În stadiul T3 al carcinoamelor de mezostructură, tumora invadează:

- A. Podeaua sinusului maxilar;
- B. Peretele medial al sinusului maxilar;
- C. Peretele posterior al sinusului maxilar;
- D. Lama cribriformă;
- E. Baza craniului.

C (1, pag 644)

343. Care dintre următoarele afirmații referitoare la principiile de tratament în cazul pacienților cu supurații oro-maxilo-faciale este falsă:

- A. Incizia se practică în zonele declive;
- B. Incizia se practică în zonele centrale ale tumefacției;
- C. Inciziile cutanate sunt largi;
- D. Drenajul supurației se practică preferabil cu tuburi fixate la tegument sau mucoasă;
- E. Spălăturile antiseptice efectuate sunt unidirecționale.

B (1, pag. 245)

344. În cazul pacienților cu supurații oro-maxilo-faciale tuburile de dren se țin:

- A. 1 oră;
- B. 12-24 ore;
- C. 10-12 ore;
- D. 24-72 ore;
- E. Nu se face drenaj.

D (1, pag. 245)

345. Care dintre următoarele afirmații referitoare la tratamentul conservator al dintelui cauzal în cazul pacienților cu supurații oro-maxilo-faciale este adevărată:

- A. Tratamentul constă în chiuretaj periapical cu rezecție apicală și sigilarea suprafeței de secțiune a rădăcinii;
- B. Procedura terapeutică este precedată de drenajul endodontic ce se efectuează în timpul episodului cronic;
- C. Extracția dintelui cauzal;
- D. Îndepărtarea prin chiuretaj a leziunii periapicale;
- E. Nu se efectuează niciun tratament conservator.

A (1, pag. 245)

346. Criterii în conduita terapeutică a supurațiilor oro-maxilo-faciale:

- A. Disecția practică pentru drenaj este efectuată cu instrumente ascuțite;
- B. Inciziile cutanate sunt mici pentru a evita contaminarea plăgii și a țesuturilor cu germeni din afara organismului;
- C. Spălăturile antiseptice efectuate sunt multidirecționale;
- D. Incizia se practică în zonele declive pentru a nu permite drenajul gravitațional;
- E. Tratamentul trebuie să fie complex: chirurgical, antibioterapie, reechilibrare hidroelectrolitică.

E (1, pag. 245)

347. Anestezia generală în cazul pacienților cu supurații oro-maxilo-faciale este indicată în următoarele situații:

- A. În supurații cu evoluție lentă, când este necesară explorarea spațiilor fasciale învecinate;
- B. La pacienții cooperanți;
- C. Abscese de spații fasciale;
- D. Anestezia generală nu este indicată în cazul pacienților cu supurații oro-maxilo-faciale;
- E. Copii cu vârste peste zece ani.

C (1, pag. 246)

348. Antibioterapia țintită conform antibiogramei se indică în următoarele condiții:

- A. Tratament inițial antibiotic eficient;
 - B. Evoluție spre favorabil, după administrarea antibioterapiei de primă intenție;
 - C. Supurații care interesează spațiile fasciale primare;
 - D. În cazul pacienților tineri, fără afecțiuni sistemice, cu stare imunitară bună;
 - E. Supurații perimandibulare.
- E (1, pag. 246)

349. Anestezia loco-regională în supurațiile OMF se indică în:

- A. Supurații cu evoluție extensivă și rapidă;
 - B. Abcese periosoase, cu implicarea spațiilor fasciale secundare;
 - C. Abcese periosoase, fără implicarea spațiilor fasciale secundare;
 - D. Abcese de spații fasciale;
 - E. În cazul pacienților necooperanți.
- C (1, pag. 246)

350. Care dintre următoarele nu este o infecție nespecifică primară mandibulară:

- A. Infecția spațiului fascial bucal;
 - B. Infecția spațiului fascial submandibular;
 - C. Infecția spațiului fascial submentonier;
 - D. Infecția spațiului fascial parotidian;
 - E. Infecția spațiului fascial sublingual.
- D (1, pag. 246)

351. Infecțiile periosoase se pot cantona la nivelul următoarei zone:

- A. Spațiul canin;
 - B. Spațiul laterofaringian;
 - C. Spațiul corpului mandibular;
 - D. Spațiul incisiv;
 - E. Spațiul nazal.
- C (1, pag. 247)

352. Spațiul vestibular este delimitat:

- A. Superior, de mușchiul buccinator;
 - B. Lateral, de tegumentul feței;
 - C. Superior, de mușchiul intrinsec al buzei;
 - D. Posterior, de mucoasa vestibulară;
 - E. Medial, de spațiul laterofaringian.
- A (1, pag. 247)

353. Etiologia abcesului spațiului palatinal:

- A. Rădăcinile vestibulare ale molarilor maxilari;
- B. Rădăcinile palatinale ale premolarilor maxilari;
- C. Caninul inferior;
- D. Caninii maxilari, datorită curburii apexului către palatinal;
- E. Incisivul central maxilar.

B (1, pag. 248)

354. În cazul inciziei abcesului palatin, există riscul lezării arterei:

- A. Infraorbitale;
- B. Canine;
- C. Faciale;
- D. Aorte;
- E. Incisive.

E (1, pag. 248)

355. Etiologia supurațiilor spațiului corpului mandibular nu poate fi:

- A. Parodontitele apicale acute;
- B. Chisturile suprainfectate;
- C. Parodontopatiile marginale acute ale premolarilor mandibulari;
- D. Parodontopatiile marginale acute ale molarilor mandibulari;
- E. Parodontitele cronice.

E (1, pag. 249)

356. Nu constituie factor favorizant al apariției supurațiilor difuze:

- A. Scăderea rezistenței organismului;
- B. Virulența crescută a florei microbiene;
- C. Antibioterapia corect condusă;
- D. Antibioterapia incorect condusă;
- E. Diabetul.

C (1, pag. 270)

357. Care dintre umătoarele structuri este cuprinsă în “angina Ludwig”:

- A. Spațiul submentonier;
- B. Spațiul canin;
- C. Spațiul vestibular mandibular;
- D. Spațiul incisiv;
- E. Spațiul palatinal.

A (1, pag. 270)

358. Diagnosticul diferențial în flegmonul difuz al planșeului bucal se poate face cu:

- A. Adenopatii metastatice de nivel I suprainfectate;
- B. Adenopatii metastatice de nivel II suprainfectate;
- C. Adenopatii metastatice de nivel III suprainfectate;
- D. Adenopatii metastatice de nivel IV suprainfectate;
- E. Adenopatii metastatice de nivel V suprainfectate.

A (1, pag. 271)

359. Diagnosticul diferențial în flegmonul difuz hemifacial se face cu:

- A. Abcese ale spațiului canin;
- B. Tumori palatine;

- C. Tumori jugale suprainfectate;
 - D. Abcesul vestibular;
 - E. Tumori vestibulare.
- C (1, pag. 272)

360. Flegmonul difuz hemifacial interesează următorul spațiu:

- A. Spațiul frontal;
 - B. Spațiul supratemporal;
 - C. Spațiul maxilar;
 - D. Spațiul temporal;
 - E. Spațiul jugal.
- D (1, pag. 272)

361. În tratamentul flegmonului difuz hemifacial, inciziile cutanate vor fi plasate în următoarele spații cu excepția:

- A. Submandibular;
 - B. Temporal;
 - C. Periorbital;
 - D. Suprazigomatic;
 - E. Maseterin.
- E (1, pag. 273)

362. În etiopatogenia osteoperiostitei sunt incriminați:

- A. Germenii microbieni proveniți din leziuni dento-parodontale acute;
 - B. Germenii microbieni proveniți din leziuni dento-parodontale cronice;
 - C. Traumatisme chirurgicale;
 - D. Traumatisme accidentale;
 - E. Toate cauzele enunțate mai sus.
- E (1, pag. 281)

363. Care dintre următoarele afirmații referitoare la osteomielită este adevărată:

- A. Diseminarea hematogenă se produce de la un focar septic principal aflat la distanță;
 - B. Poate avea localizări multiple la nivelul osului afectat;
 - C. Un alt mecanism implicat în etiologia sa poate fi însămânțarea directă;
 - D. Un factor favorizant al instalării ei este virulența crescută a florei microbiene;
 - E. Toate răspunsurile de mai sus sunt corecte.
- E (1, pag. 282)

364. Din punct de vedere anatomopatologic osteomielita are următoarele stadii, cu excepția:

- A. Hiperemie osoasă;
 - B. Supurație osoasă;
 - C. Congestivă osoasă;
 - D. Reparativă osoasă;
 - E. Necroză osoasă.
- A (1, pag. 282)

365. Flora microbiană responsabilă de apariția osteomielitei este reprezentată de:

- A. Gonococ;
- B. Stafilococul alb;
- C. Stafilococul roșu;
- D. Fungi;
- E. Pneumococ.

B (1, pag. 282)

366. Care dintre următoarele afirmații despre aspectul clinic al osteomielitei supurate acute este adevărată:

- A. Apare lent cu alterarea stării generale;
- B. Durerea se amplifică lent;
- C. Durerea iriază la nivelul hemicraniului;
- D. La examenul local se constată o tumefacție bine delimitată;
- E. Tegumentele acoperitoare sunt mate.

C (1, pag. 282)

367. Aspectele clinice ale osteomielitei supurate cronice presupun:

- A. Modificarea stării generale a pacientului;
- B. Deformarea ambelor corticale mandibulare;
- C. Semnul Vincent negativ;
- D. Nu sunt prezente fistulele cutaneo-mucoase;
- E. La explorarea fistulelor se obiectivează os dur.

B (1, pag. 283)

368. Osteomielita supurată cronică a copilului este caracterizată de:

- A. Debut rapid;
- B. Semnul Vincent pozitiv;
- C. La examnul radiologic se observă zone de radiotransparență laterală;
- D. Debutul este simptomatic;
- E. Ambele corticale mandibulare sunt deformate.

E (1, pag. 283)

369. Agentii chimici în etiologia osteonecrozei maxilarelor sunt următorii, cu excepția:

- A. Clor;
- B. Arsenic;
- C. Mercur;
- D. Fosfor;
- E. Bismut.

A (1, pag. 284)

370. Tratamentul local al osteonecrozei maxilarelor cuprinde următoarele, cu excepția:

- A. Drenajul colecțiilor supurate;
- B. Îndepărtarea sechestrelor osoase;

- C. Irigații cu soluții antiseptice;
 - D. Irigații cu apă oxigenată;
 - E. Antibioterapie cu spectru larg.
- D (1, pag. 284)

371. Care dintre următoarele afirmații despre osteonecroza maxilarelor este adevărată:

- A. Nu necesită tratament antibiotic;
- B. Postiradiere poate apărea doar precoce;
- C. Este un proces de degradare al țesutului osos secundar unor tulburări trofice;
- D. Tratamentul chirurgical constă în lăsarea pe loc a sechestrelor osoase;
- E. Durerea iradiată este justificată de procese acute dento-parodontale.

C (1, pag. 284)

372. Comunicarea oro-sinuzală imediată se diagnostichează pe baza următoarelor criterii:

- A. Sângerare mai abundentă din alveolă, uneori cu aspect aerat;
- B. Proba Valsalva pozitivă;
- C. Explorarea blândă a alveolei cu un stilet butonat evidențiază o senzație de “cădere în gol”;
- D. Examinarea dintelui extras relevă prezența unui fragment osos atașat la apex sau cel mai frecvent a unui granulom sau chist care a erodat peretele sinusului;
- E. Toate de mai sus.

E (1, pag.303)

373. În cazul etiopatogeniei comunicării oro-sinuzale, următoarele afirmații sunt corecte cu excepția:

- A. Aceste comunicări se produc prin desființarea peretelui osos care separă anatomic cavitatea orală de cavitatea sinuzală;
- B. Comunicările oro-sinuzale se produc cel mai frecvent în timpul extracției dinților cu raport sinuzal;
- C. Comunicările oro-sinuzale se produc cel mai frecvent în timpul unor traumatisme;
- D. Existența unui proces periapical cronic în această situație crește riscul deschiderii sinusului maxilar în timpul extracției dentare;
- E. Deschiderea accidentală a sinusului maxilar se datorează de cele mai multe ori absenței sau interpretării eronate a examenului radiologic preextrațional.

C (1, pag. 303)

374. În cazul comunicării oro-sinuzale cu deschidere medie de 2-6 mm, toate afirmațiile de mai jos sunt corecte cu excepția:

- A. Trebuie efectuată sutura margino-marginală a gingivomucoasei alveolei postextraționale;
- B. Supraalveolar se va aplica o meșă iodoformată menținută cu ligatură de sârmă “în 8” pe dinții vecini;
- C. Supraalveolar se va aplica o gutieră din Stents confecționată extemporaneu;
- D. Este necesară profilaxia antibiotică timp de 5-7 zile;
- E. Este posibil să rămână nediagnosticată și să se închidă spontan.

E (1, pag. 304)

375. În comunicarea oro-sinuzală cu deschidere mare, de peste 7 mm:

- A. Este posibil să rămână nedignosticată și să se închidă spontan;
- B. Nu se face proba Valsalva;
- C. Proba Valsalva este negativă;
- D. Selectarea tipului de lambou pentru plastia defectului se face în funcție de prezența sau absența dinților;
- E. Evoluția este spre o sinuzită maxilară acută.

D (1, pag. 304)

376. Care dintre următoarele afirmații despre plastia comunicării oro-sinusale într-un singur plan este adevărată:

- A. Cel mai frecvent este utilizat lamboul Moczar;
- B. Se realizează cel mai rar în practică;
- C. Cel mai frecvent utilizat este lamboul vestibular dreptunghiular transpoziționat cu pedicul anterior sau posterior;
- D. Lamboul nu trebuie să fie suficient decolat;
- E. Este o tehnică dificilă, dar mult mai sigură decât cea în două planuri.

A (1, pag. 305)

377. Durata temporizării plastiei comunicării oro-sinuzale vechi este:

- A. 1 an;
- B. 3-4 luni;
- C. 24 de ore;
- D. 6 luni;
- E. 24-48 de ore.

B (1, pag. 308)

378. Care dintre afirmațiile de mai jos este adevărată cu privire la fracturile apofizei coronoide:

- A. Linia de fractură are un traiect oblic în sus și înainte pornind de la incizura sigmoidă către marginea anterioară a ramului mandibular la baza apofizei coronoide;
- B. Linia de fractură are un traiect oblic în jos și înapoi pornind de la incizura sigmoidă către marginea posterioară a ramului mandibular la baza apofizei coronoide;
- C. Linia de fractură are un traiect drept pornind de la incizura sigmoidă către marginea anterioară a ramului mandibular la baza apofizei coronoide;
- D. Linia de fractură are un traiect oblic în sus și înapoi pornind de la incizura sigmoidă către marginea posterioară a ramului mandibular la vârful apofizei coronoide;
- E. Linia de fractură are un traiect oblic în jos și înainte pornind de la incizura sigmoidă către marginea anterioară a ramului mandibular la baza apofizei coronoide.

E (1, pag. 322)

379. Semnele clinice de întrerupere a continuității osoase în fracturile de mandibulă cuprind:

- A. Deformări osoase ale etajului inferior al feței;
- B. Crepitații osoase;

- C. Diminuarea sau absența transmiterii mișcărilor în ATM, de partea lezată;
 - D. Mobilitatea anormală a fragmentelor osoase;
 - E. Toate semnele de mai sus.
- E (1, pag. 322)

380. În fracturile de mandibulă se analizează prin inspecție următoarele elemente clinice:

- A. Tulburări de ocluzie;
- B. Decalaje între fragmente osoase;
- C. Mobilitatea anormală a fragmentelor osoase;
- D. Puncte dureroase;
- E. Toate elementele de mai sus.

A (1, pag. 322)

381. În cazul fracturilor de mandibulă, semnele clinice asociate leziunii traumatiche cuprind:

- A. Luxații;
- B. Fracturi dentare;
- C. Hematoame;
- D. Plăgi ale mucoasei fixe și mobile;
- E. Toate răspunsurile de mai sus sunt corecte.

E (1, pag. 322)

382. În cazul fracturii mediane a mandibulei:

- A. Linia de fractură este situată între cei doi incisivi centrali superiori, având traiect oblic descendent paramedian către marginea bazilară, ocolind simfiza mentonieră;
- B. Linia de fractură este situată între cei doi incisivi centrali inferiori, având traiect oblic descendent paramedian către marginea bazilară, ocolind simfiza mentonieră;
- C. Linia de fractură este situată între cei doi incisivi centrali inferiori, având traiect oblic ascendent paramedian către marginea bazilară, ocolind simfiza mentonieră;
- D. Linia de fractura este situată între cei doi incisivi centrali inferiori, având traiect drept descendent paramedian către marginea bazilară, ocolind simfiza mentonieră;
- E. Linia de fractură este situată între cei doi premolari, având traiect oblic descendent paramedian către marginea bazilară, ocolind simfiza mentonieră.

B (1, pag. 323)

383. Pentru a stabili conduita terapeutică conservatoare sau radicală față de dintele din focarul de fractură, trebuie ca examenul clinic și radiologic să evalueze:

- A. Rolul fizionomic și funcțional al dintelui;
- B. Integritatea dinților adiacenți focarului;
- C. Rolul dintelui în contenția fracturii;
- D. Stabilitatea sau mobilitatea dintelui în focarul de fractură;
- E. Toate răspunsurile de mai sus sunt corecte.

E (1, pag. 346)

384. Dinții din focarul de fractură se extrag la 12-15 zile de la imobilizarea intermaxilară în următoarele situații:

- A. Dinți luxați în urma traumatismului, indiferent de mobilitate;
- B. Dinți care împiedică reducerea fragmentelor în poziție corectă;
- C. Dinți luxați în urma traumatismului, cu mobilitate excesivă (gradul II/III);
- D. Dinți semiincluși, situați la nivelul focarului de fractură - mai ales molarul trei în fracturile de unghi mandibular, atunci când acesta nu a fost extras înainte de aplicarea tratamentului ortopedic, deoarece ar fi dus la instabilitatea fragmentelor osoase;
- E. În toate situațiile de mai sus.

D (1, pag. 346)

385. Dinții din focarul de fractură se extrag la 12-15 zile de la imobilizarea intermaxilară în următoarele situații:

- A. Dinți care împiedică reducerea fragmentelor în poziție corectă;
- B. Dinți luxați în urma traumatismului, indiferent de mobilitate;
- C. Dinți din focarul de fractură care contribuie la stabilizarea fragmentelor și nu permit ascensionarea acestora, dar prezintă distrucții corono-radiculare;
- D. Dinți luxați în urma traumatismului, cu mobilitate excesivă (gradul II/III);
- E. În toate situațiile de mai sus.

D (1, pag. 346)

386. Dinții din focarul de fractură se extrag în momentul imobilizării în următoarele situații, cu excepția:

- A. Dinți cu fracturi corono-radiculare;
- B. Dinți care împiedică reducerea fragmentelor în poziție corectă;
- C. Dinți luxați în urma traumatismului, cu mobilitate excesivă (gradul II/III);
- D. Dinți cu fracturi corono-radiculare, dar recuperabili din punct de vedere stomatologic;
- E. Dinți irecuperabili din punct de vedere stomatologic.

D (1, pag. 346)

387. Dinții din focarul de fractură se conservă în următoarele situații:

- A. Molari de mîntă total incluși în grosimea osului, care împiedică reducerea și conținutul fracturii;
- B. Dinți luxați în urma traumatismului, cu mobilitate excesivă (gradul II/III);
- C. Dinții din focar sunt integri sau prezintă fracturi coronare ce pot fi restaurate prin tratamente odontale sau protetice specifice;
- D. Dinți cu fracturi corono-radiculare, irecuperabili din punct de vedere stomatologic;
- E. Dinți care împiedică reducerea fragmentelor în poziție corectă.

C (1, pag. 347)

388. Fractura LeFort I:

- A. Clinic prezintă edem facial important ("facies în butoi");
- B. Se numește și fractura piramidală a maxilarului;
- C. Se numește și disjuncție cranio-maxilară joasă;
- D. Se produce cel mai frecvent prin traumatism direct aplicat frontal deasupra apexurilor incisivilor;
- E. Se produce prin traumatism violent aplicat frontal asupra glabelei.

D (1, pag. 363)

389. Fractura LeFort II:

- A. Se definește prin componenta orbito-nazo-sinuzală și traiectul său subzigomatic;
- B. Poartă denumirea și de fractură tip Guerin;
- C. Poate fi însoțită de fracturi propriu-zise ale bazei craniului;
- D. Se numește disjuncție cranio-maxilară înaltă;
- E. Se produce prin traumatism violent aplicat frontal asupra glabelei.

A (1, pag. 364)

390. Care din următoarele afirmații este falsă în cazul fracturii LeFort I:

- A. Prezintă tulburări de ocluzie minime;
- B. Clinic prezintă leziuni asociate ale părților moi;
- C. Se mai numește și fractură transversală joasă;
- D. Clinic se evidențiază echimoze vestibulare “în potcoavă”;
- E. Clinic prezintă edem facial important “facies în butoi”.

E (1, pag. 364)

391. Care din următoarele afirmații este falsă în cazul fracturii LeFort II:

- A. Se definește prin componenta orbito-nazo-sinuzală și traiectul său subzigomatic;
- B. Clinic prezintă edem facial important “facies în butoi”;
- C. Clinic prezintă echimoze palpebrale și infraorbitale, însoțite de chemosis conjunctivo-bulbar, bilateral;
- D. Poate fi însoțită de fracturi propriu-zise ale bazei craniului;
- E. Se mai numește disjuncție cranio-maxilară joasă.

D (1, pag. 364)

392. Fractura LeFort III:

- A. Se mai numește disjuncție cranio-maxilară înaltă;
- B. Linia de fractură are traiect oblic în sus;
- C. Mecanismul de producere se datorează unui traumatism minor aplicat frontal asupra glabelei;
- D. Fracturile LeFort III nu se pot însoți de fracturi propriu-zise ale bazei craniului;
- E. Se mai numește disjuncție cranio-maxilară joasă sau fractura piramidală a maxilarului.

A (1, pag. 365)

393. Care din următoarele afirmații este falsă în cazul fracturii LeFort III:

- A. Semnele clinice esențiale sunt asemănătoare cu cele din fracturile tip LeFort II;
- B. Întregul etaj mijlociu al feței prezintă mobilitate anormală în raport cu baza craniului, atât în sens orizontal, cât și vertical;
- C. Pacientul prezintă tulburări oculare;
- D. Pacientul prezintă tulburări respiratorii;
- E. Pacientul prezintă tulburări de ocluzie minime.

E (1, pag. 366)

394. Semnele clinice comune fracturilor de maxilar cuprind:

- A. Semne clinice orale;
- B. Tulburări ocluzale;
- C. Tulburări funcționale;
- D. Tulburări morfologice;
- E. Toate semnele de mai sus.

E (1, pag. 369)

395. Tulburările morfologice din fracturile de maxilar sunt:

- A. Otolicvorie;
- B. Rinolicvorie;
- C. Înfundarea etajului mijlociu al feței;
- D. Epistaxis moderat;
- E. Toate de mai sus.

C (1, pag. 369)

396. Tulburările ocluzale în fracturile de maxilar sunt următoarele, cu excepția:

- A. În plan vertical - ocluzie deschisă frontală și contacte premature la nivelul molarilor, bilateral;
- B. În plan transversal - ocluzie încrucișată, atunci când există și deplasări laterale;
- C. Atipice, în cazul fracturilor parțiale, mixte și cominutive;
- D. În plan sagital – ocluzie inversă la nivelul grupului frontal;
- E. Hematoame palpebrale bilaterale.

E (1, pag. 369)

397. Semnele clinice ale fracturilor anterioare de malar fără deplasare cuprind:

- A. Echimoză palpebrală “în monoclu”;
- B. Edem post-traumatic al regiunii zigomatice și palpebrale;
- C. Puncte dureroase la palpare la nivelul suturilor osului zigomatic;
- D. Echimoze ale conjunctivei bulbare;
- E. Toate de mai sus.

E (1, pag. 381)

398. Semnele clinice ale fracturilor anterioare de malar cu deplasare cuprind:

- A. Denivelarea “în treaptă” la nivelul crestei zigomato-alveolare;
- B. Asimetrie facială prin înfundarea reliefului malar;
- C. Întreruperea continuității osoase la nivelul rebordului orbital inferior;
- D. Exoftalmie sau enoftalmie;
- E. Toate de mai sus.

E (1, pag.381)

399. Reprezintă tip de investigație radiologică (imagistică) recomandată pentru stabilirea diagnosticului fracturilor de malar:

- A. CT;
- B. Ortopantomograma;
- C. RMN;
- D. RIO;

E. RX.
A (1, pag. 382)

400. În fracturile posterioare de malar fără deplasare se constată:

- A. Durere la nivelul ATM;
 - B. Limitarea deschiderii gurii;
 - C. Hipoestezie în teritoriul nervului temporal;
 - D. Limitarea mișcărilor mandibulare;
 - E. Discreta echimoză în dreptul arcadei temporo-zigomatice.
- E (1, pag. 382)

401. Nu reprezintă un semn clinic al fracturilor posterioare de malar cu deplasare:

- A. Limitarea mișcărilor mandibulare;
 - B. Hiperestezie în teritoriul nervului infraorbital bilateral;
 - C. Înfundarea reliefului osos al arcadei temporo-zigomatice;
 - D. Escoriație în dreptul arcadei temporo-zigomatice;
 - E. Discretă echimoză în dreptul arcadei temporo-zigomatice.
- B (1, pag. 382)

402. Investigația radiologică recomandată pentru stabilirea diagnosticului fracturilor de malar este:

- A. RX;
 - B. Ortopantomograma;
 - C. RMN;
 - D. RIO;
 - E. Incidența semiaxială Hirtz.
- E (1, pag. 382)

403. Examenul clinic în luxația temporo-mandibulară anterioară bilaterală relevă:

- A. Gura este închisă;
 - B. Condilul nu se poate palpa;
 - C. Gura este deschisă cu amplitudine maximă;
 - D. Gura este parțial deschisă;
 - E. Prezența contactului dentar pe incisivi.
- D (1, pag. 688)

404. Diagnosticul diferențial al luxației temporo-mandibulare anterioare se face cu:

- A. Fractura subcondiliană;
 - B. Fractura LeFort I;
 - C. Fractura LeFort II;
 - D. Parestezii faciale;
 - E. Fractura de corp mandibular.
- A (1, pag. 689)

405. Tratamentul luxației temporo-mandibulare anterioare cuprinde:

- A. Osteosinteza mandibulară;
- B. Osteosinteza maxilarului superior;
- C. Reducerea luxației după tehnica Valerian Popescu;
- D. Antibiotice cu spectru larg;
- E. Antispastice per os.

C (1, pag. 690)

406. Semnele clinice în anchiloza ATM intracapsulară unilaterală cuprind:

- A. Menton retrudat;
- B. Prognatism mandibular;
- C. Deschiderea exagerată a gurii;
- D. Mobilitate anormală a mandibulei;
- E. Crepitații la nivelul ATM.

A (1, pag. 702)

407. Tratamentul anchilozei intracapsulare cuprinde:

- A. Imobilizare intermaxilară rigidă;
- B. Imobilizare intermaxilară elastică;
- C. Artroplastie;
- D. Lavajul articulației ATM prin artrocenteză;
- E. Gutieră de re poziționare a ATM.

C (1, pag. 702)

408. Printre factorii favorizanți ai litiazei glandei submandibulare se regăsește:

- A. Secreție salivară redusă de mucus;
- B. Secreție salivară bogată în mucus;
- C. Canal Stenon cu stricturi anatomice;
- D. Papila canalului Stenon îngustată;
- E. Diabetul zaharat.

B (1, pag. 725)

409. Care dintre următoarele afirmații despre tumora salivară este adevărată:

- A. Este o sialadenită cronică;
- B. Este o sialadenită acută;
- C. Glanda salivară este redusă dimensional;
- D. Glanda salivară este elastică la palpare;
- E. Se însoțește de trismus.

A (1, pag. 727)

410. Adenomul pleomorf parotidian:

- A. Este o tumoră malignă a glandei salivare;
- B. Este invazivă loco-regional cu evoluție rapidă;
- C. Este însoțit de stare generală alterată;
- D. Nu determină tulburări motorii ale nervului facial;
- E. Determină frecvent tulburări motorii ale nervului facial.

D (1, pag. 744)

411. Semnele clinice de malignizare ale adenomului pleomorf parotidian sunt:

- A. Paraliza pe traiectul nervului facial;
- B. Trismus;
- C. Masticăție dificilă;
- D. Scăderea dimensiunilor tumorii;
- E. Suprainfectarea.

A (1, pag. 747)

412. Tumora Whartin parotidiană are ca și caracteristică:

- A. Este o tumoră malignă frecventă a glandelor parotide;
- B. Este o tumoră malignă rară a glandelor salivare;
- C. Este o tumoră cu caracter chistic a glandelor parotide;
- D. Recidivează frecvent;
- E. Beneficiază de tratament conservator medicamentos.

C (1, pag. 748)

413. Parotidectomia totală reprezintă:

- A. Extirparea tumorilor localizate la nivelul glandelor parotide;
- B. Extirparea lobului superficial al glandei parotide;
- C. Extirparea strictă a lobului profund parotidian;
- D. Poate include și sacrificarea nervului facial;
- E. Intervenție de urgență în abcesele de lojă parotidiană.

D (1, pag. 762)

414. Chistul sebaceu parotidian are ca tratament:

- A. Parotidectomia parțială;
- B. Parotidectomia totală;
- C. Extirparea chirurgicală;
- D. Parotidectomia parțială cu conservarea nervului facial;
- E. Extirparea și evidarea laterocervicală în aceeași ședință.

C (1, pag. 763)

415. Osteotomia tip LeFort I presupune:

- A. Abord cutanat;
- B. Osteotomie verticală a maxilarului;
- C. Osteotomie orizontală a maxilarului;
- D. Nu necesită osteosinteză;
- E. Incizia interesează și planșeul oral.

C (1, pag. 793)

416. Tipurile de osteotomii ale maxilarului în chirurgia ortognată includ:

- A. Obwegesser;
- B. DalPont;

- C. LeFort I, II și III;
 - D. Redon;
 - E. Valerian Popescu.
- C (1, pag. 794)

417. Despicătura labială bilaterală totală:

- A. Interesează strict palatul primar;
- B. Reprezintă o mică dehiscență la nivelul roșului buzelor;
- C. Asociază un proces alveolar integru;
- D. Premaxila nu este unită cu segmentele laterale;
- E. Nu se asociază cu despicătura palatină.

D (1, pag. 829)

418. Despicăturile labiale anterioare complete sunt caracterizate de:

- A. Interesează strict mucoasa și tegumentul labial;
- B. Procesul alveolar este indemn;
- C. Frecvent este afectată și buza inferioară;
- D. Interesează buza, procesul alveolar, pragul narinar;
- E. Nu interesează pragul narinar.

D (1, pag. 830)

419. Nevralgia de trigemen are ca factori etiologici:

- A. Fracturi de mandibulă în copilărie;
- B. Compresia vasculară a nervului V;
- C. Supurații cerebrale;
- D. Contuzii cerebrale;
- E. Luxații ATM cronice recidivante.

B (1, pag. 916)

420. Care dintre următoarele afirmații despre caracterul durerii în nevralgia trigeminală clasică este adevărată:

- A. Este lancinantă, de șoc electric;
- B. Este continuă, de tip migrenă;
- C. E însoțită de parestezii pe traiectul nervului trigeminal;
- D. Are durată de câteva minute până la câteva ore;
- E. Este frecvent bilaterală.

A (1, pag. 917)

421. Tratamentul medicamentos al nevralgiei de trigemen include:

- A. Antiinflamatorii nesteroidiene;
- B. Antiinflamatorii steroidiene;
- C. Antibiotice eficiente pe bacteriile anaerobe;
- D. Anticonvulsivante;
- E. Antidepresive de generația a III-a.

D (1, pag. 918)

422. Durerea parodontală are drept caracteristică:

- A. Difuză, greu de localizat;
- B. Lancinantă;
- C. Localizată precis;
- D. Însoțită de curbatură;
- E. Însoțită de erupție veziculară.

C (1, pag. 920)

423. Care dintre următoarele afirmații despre Sindromul Costen este adevărată:

- A. Se însoțește de deschiderea exagerată a gurii;
- B. Se asociază cu cracmente articulare;
- C. Nu este asociat cu masticția;
- D. Gutierele ocluzale nu sunt eficiente în reducerea simptomatologiei;
- E. Nu este însoțit de fenomene musculare.

B (1, pag. 921)

424. În timpul respirației, coloana de aer străbate:

- A. Cavitățile nazale;
- B. Faringele;
- C. Laringele și traheea;
- D. Bronhiile;
- E. Toate formațiunile de mai sus.

E (2, pag. 317)

425. Camerele de cald Worms sunt:

- A. Un sistem venos profund al mucoasei care realizează încălzirea aerului;
- B. Un sistem venos profund al mucoasei care realizează încălzirea aerului;
- C. Un sistem superficial de încălzire al aerului;
- D. Un sistem superficial de răcire al aerului;
- E. Un sistem de umectare al aerului.

A (2, pag. 319)

426. Parcurgând cavitățile nazale și faringele, aerul inspirat suferă transformări:

- A. Calitative;
- B. Cantitative;
- C. De temperatură;
- D. De miros;
- E. Corecte A) și B).

E (2, pag. 317)

427. După Boboc, mucoasa nazală constituie punctul de plecare pentru reflexe:

- A. Nazoglotice;
- B. Nazolaringiene;
- C. Olfactogastrice;

- D. Reflexul nazal de strănut;
 - E. Toate reflexele de mai sus.
- E (2, pag. 319)

428. Lărgirea pasajului nazal nu se poate realiza prin:

- A. Disjuncție ușoară;
 - B. Disjuncție rapidă;
 - C. Disjuncție ultra-rapidă;
 - D. Plăci ortodontice;
 - E. Tratamente lente.
- A (2, pag. 329)

429. În digestie, cavitatea bucală are rol în:

- A. Impregnare salivară;
 - B. Gust;
 - C. Constituirea bolului alimentar;
 - D. Fragmentarea alimentelor;
 - E. Toate variantele sunt corecte.
- E (2, pag. 330)

430. Alimentarea artificială a copilului prezintă unele inconveniente ce constau în special în:

- A. Creșterea secreției salivare;
 - B. Evitarea mișcărilor de propulsie deoarece laptele curge mai ușor și în cantitate mai mare;
 - C. Evitarea mișcărilor de propulsie deoarece laptele curge mai greu și în cantitate mai mare;
 - D. Nu apare aerofagie;
 - E. Travaliul muscular din timpul sugerii naturale pune copilul în condiții mai proaste.
- B (2, pag. 332)

431. Caninii sunt folosiți pentru:

- A. Sfâșierea alimentelor;
 - B. Incizia alimentelor;
 - C. Zdrobirea alimentelor;
 - D. Triturarea alimentelor;
 - E. Fărâmițarea alimentelor.
- A (2, pag. 336)

432. În timpul inciziei, există o mică inocluzie:

- A. Premolară;
 - B. Incisivă;
 - C. Canină;
 - D. Molară;
 - E. Frontală.
- D (2, pag. 335)

433. Masticația eficientă influențează favorabil:

- A. Fonația;
- B. Respirația;
- C. Digestia;
- D. Variantele A) și B) sunt corecte;
- E. Niciun răspuns corect.

C (2, pag. 338)

434. Aparatul dento-maxilar prezintă 2 asamblaje care concură la desfășurarea funcției:

- A. Respiratorii;
- B. Fonatorii;
- C. Masticatorii;
- D. Variantele A) și B) sunt corecte;
- E. Niciun răspuns nu este corect.

C (2, pag. 339)

435. Sub acțiunea forțelor de presiune verticală, dinții suferă o oarecare mișcare:

- A. De extruzie;
- B. De basculare;
- C. De rotație;
- D. De translație;
- E. De intruzie.

E (2, pag. 341)

436. Mecanismele prin care anomaliile dentomaxilare pot micșora eficiența masticatorie sunt:

- A. Reducerea suprafeței de contact ocluzal;
- B. Absența sau dificultatea în efectuarea unor mișcări masticatorii;
- C. Limitarea mișcărilor masticatorii;
- D. Toate variantele de mai sus sunt corecte;
- E. Niciun răspuns corect.

D (2, pag. 345-346)

437. Primul timp al deglutiției este:

- A. Faringian;
- B. Esofagian;
- C. Bucal;
- D. Masticator;
- E. Niciun răspuns corect.

C (2, pag. 350)

438. Timpul 3 al deglutiției este:

- A. Bucal;
- B. Voluntar;
- C. Faringian;

- D. Scurt și autonom;
 - E. Esofagian.
- E (2, pag. 351)

439. Persistenta unei deglutiții de tip infantil se poate datora:

- A. Unei „imaturități” neuromusculare;
- B. Unor cauze generale;
- C. Pierderii precoce a dinților;
- D. Unei maturități neuromusculare;
- E. Variantele A) și B) sunt corecte.

E (2, pag. 366)

440. Clasificarea obiceiurilor de postură se poate realiza astfel:

- A. Atitudini de postură ale capului și corpului;
- B. Interpoziții heterotrope;
- C. Interpoziții autotrope;
- D. Obiceiuri vicioase prin raporturi sau declanșarea de forțe potențial nocive în timpul desfășurării paranormale a unor funcții;
- E. Toate răspunsurile sunt corecte.

E (2, pag. 434)

441. Fac parte din zonele faciale de sprijin mai des interesate în cadrul atitudinii anormale de postură ale capului și corpului cu producere a unor anomalii dento-maxilare:

- A. Mentonul și regiunea bilabială;
- B. Zona malară;
- C. Zona occipitală;
- D. Zona osului frontal;
- E. Zonele laterale ale etajului superior al feței.

A (2, pag. 436)

442. Una din teoriile privind condițiile instalării obiceiului vicios de sugere a degetului este:

- A. Teoria alimentară;
- B. Teoriei atavică;
- C. Teoria autotropă;
- D. Teoria succiunii;
- E. Teoria heterotropă.

A (2, pag. 441)

443. Interpozițiile autotrope nu se referă la:

- A. Buze;
- B. Obraji;
- C. Limbă;
- D. Creion;
- E. Niciun răspuns nu este corect.

D (2, pag. 442)

444. Interpozițiile autotrope se referă la:

- A. Buze;
 - B. Limbă;
 - C. Obraji;
 - D. Niciun răspuns corect;
 - E. Răspunsurile A), B), C) sunt corecte.
- E (2, pag. 442)

445. Interpoziția buzei superioare se poate însoți de:

- A. Prodenție inferioară;
 - B. Prodenție superioară;
 - C. Retrodenție inferioară;
 - D. Ocluzie inversă laterală;
 - E. Îngustarea arcadei inferioare.
- A (2, pag. 443)

446. Interpoziția buzei inferioare se poate însoți de:

- A. Retrodenție inferioară;
 - B. Prodenție superioară;
 - C. Prodenție inferioară;
 - D. Retrodenție superioară;
 - E. Răspunsurile A) și B) sunt corecte.
- E (2, pag. 443)

447. Sindromul Cauhepe se caracterizează prin:

- A. Interpoziția obrajilor;
 - B. Ocluzie adâncă;
 - C. Ocluzie inversă laterală;
 - D. Toate răspunsurile de mai sus sunt corecte;
 - E. Niciun răspuns corect.
- D (2, pag. 443)

448. Relația dintre obiceiul vicios și consecințele asupra aparatului dento-maxilar nu se referă la:

- A. Presiune;
 - B. Frecvență;
 - C. Durata fiecărei „ședințe”;
 - D. Anii de exercitare a obiceiului vicios;
 - E. Intensitatea cu care se exercită obiceiul vicios.
- A (2, pag. 444)

449. Obiceiurile vicioase prin contacte anormale sau declanșare de forțe potențial nocive în timpul desfășurării paranormale a unor funcții sunt:

- A. Respirația orală;

- B. Masticăția unilaterală;
 - C. Fonația cu interpoziții;
 - D. Deglutiția infantilă;
 - E. Toate răspunsurile sunt corecte.
- E (2, pag. 444)

450. Următoarele afirmații despre interpozițiile limbii sunt adevărate, cu excepția:

- A. Au loc uneori în timpul somnului;
- B. Au loc compensator;
- C. Intervin în desfășurarea paranormală a deglutiției și fonației;
- D. Trebuie analizată în context cu grupa externă a musculaturii;
- E. Acțiunea limbii este simplă.

E (2, pag. 443-444)

451. Referitor la anodonții este adevărată afirmația:

- A. În dentiția permanentă anodonția este mai frecventă la sexul feminin;
- B. În dentiția permanentă anodonția este mai frecventă la sexul masculin;
- C. Anodonția afectează ambele maxilare dar se regăsește mai frecvent la mandibulă;
- D. Frecvența este mult mai mare în dentiția temporară;
- E. Cel mai frecvent dinte absent este incisivul lateral inferior.

A (3, pag. 18)

452. Următoarele teorii explică apariția anodonțiilor, cu excepția:

- A. Teoria proterogenetică;
- B. Teoriile ontogenetice;
- C. Teoria ereditară;
- D. Teoria reducției terminale (Bolk);
- E. Teoria atavică.

E (3, pag. 19-23)

453. Care dintre următoarele afirmații cu privire la dinții supranumerari este adevărată:

- A. Apar mai frecvent la sexul masculin;
- B. Apar mai frecvent în zona anterioară la mandibulă;
- C. Apar mai frecvent în dentiția temporară;
- D. Apar mai frecvent la sexul feminin;
- E. Dinții supranumerari se întâlnesc în ambele dentiții, cu aceeași frecvență.

A (3, pag. 41)

454. Privitor la teoria atavică este adevărată afirmația:

- A. Explică frecvența diferită pe cele două arcade a dinților supranumerari;
- B. Explică coexistența pe o arcadă dentară a anodonției și pe cealaltă arcadă dentară a dinților supranumerari la același individ;
- C. Este teoria reducției terminale;
- D. Teoria susține reînțoarcerea la formule dentare anterioare;
- E. Teoria aduce argumente pentru explicarea anodonțiilor reduse.

D (3, pag. 42)

455. Care dintre următoarele teorii nu explică apariția dinților supranumerari:

- A. Teoria evaginării epiteliului adamantin;
- B. Teoria mugurilor adamantini multipli;
- C. Teoria hiperactivității lamei dentare;
- D. Teoria tulburării metabolismului local (aritmii de metabolism);
- E. Teoria diviziunii mugurelui dentar.

D (3, pag. 112)

456. Următoarele afirmații sunt adevărate privitor la meziodens, cu excepția:

- A. Apare doar la nivelul maxilarului;
- B. Se dezvoltă pe linia mediană;
- C. Este un dinte supranumerar;
- D. Coroana are de obicei formă conică;
- E. Poate rămâne inclus în poziție normală sau inversată.

B (3, pag. 51)

457. Tratamentul în incluzia dentară cuprinde:

- A. Obținerea spațiului necesar evoluției dintelui inclus;
- B. Descoperirea chirurgicală și ancorarea dintelui;
- C. Tracționarea și alinierea dintelui pe arcadă;
- D. Toate variantele de mai sus;
- E. Niciuna din variantele A-C.

D (3, pag. 90-94)

458. Următoarele cauze ale incluziei țin de dintele inclus, cu excepția:

- A. Deformări coronare/radiculare;
- B. Conformația anatomică particulară;
- C. Pierderea potențialului de erupție;
- D. Migrarea mezială în grup a dinților din zonele laterale;
- E. Formarea mugurelui dentar mult prea profund în interiorul oaselor maxilare.

D (3, pag. 79-80)

459. Următoarele cauze ale incluziei țin de obstacolele existente în calea erupției dintelui, cu excepția:

- A. Reducerea filogenetică a elementelor componente ale aparatului dento-maxilar;
- B. Persistența caninilor temporari peste termenul lor de eliminare;
- C. Osteoscleroza procesului alveolar după traumatisme;
- D. Existența unor formațiuni tumorale de tipul chistului pericoronar, odontoamelor;
- E. Fibromucoasa acoperitoare densă și dură.

A (3, pag. 77-79)

460. Teoriile etiopatogenice ale reincluziei dentare sunt următoarele, cu excepția:

- A. Teoria mecanică;

- B. Teoria anchilotică;
- C. Teoria hiperactivității lamei dentare;
- D. Teoria tulburărilor metabolismului local;
- E. Teoria tulburărilor proceselor evolutive dentare.

C (3, pag. 110)

461. Următoarele afirmații cu privire la reincluzie sunt false, cu excepția:

- A. Se mai numește și retenție dentară primară;
- B. Poate apare în ambele dentiții, dar mai frecvent în dentiția temporară;
- C. Poate apare în ambele dentiții, dar mai frecvent în dentiția permanentă;
- D. Poate apare în ambele dentiții cu aceeași frecvență;
- E. Cel mai frecvent afectat este molarul I temporar.

B (3, pag. 108)

462. Cauzele ectopiei dentare sunt următoarele, cu excepția:

- A. Pierderea potențialului eruptiv;
- B. Spațiul micșorat;
- C. Existența unui capac osos dens sau a unei fibromucoase dure;
- D. Persistența dintelui temporar fără rizaliză;
- E. Macrodonția absolută sau relativă.

A (3, pag. 122-123)

463. Care afirmație este adevărată privitor la etiologia diastemei primare:

- A. Prezența unui meziodens;
- B. Anodonția de incisivi laterali;
- C. Prezența unui fren al buzei superioare hiperdezvoltat și jos inserat;
- D. Nicio variantă corectă;
- E. Variantele A-C sunt corecte.

C (3, pag. 134)

464. Alegeți răspunsul corect privitor la etiologia diastemei false:

- A. Prezența anodonției de incisivi laterali superiori;
- B. Prezența unui fren al buzei hiperdezvoltat, sept fibros gros interincisiv;
- C. Poate fi ereditară;
- D. Toate variantele de mai sus;
- E. Variantele A-C sunt corecte.

A (3, pag. 135)

465. Diagnosticul diferențial în diastema adevărată se face cu:

- A. Diastemele fiziologice;
- B. Diastema tranzitorie de erupție;
- C. Spațierile rezultate prin migrări ale dinților în bolile parodontale;
- D. Toate variantele de mai sus;
- E. Nicio variantă enunțată la punctele A-C.

D (3, pag. 137)

466. Care variantă este adevărată privitor la frenul buzei superioare la pacienții cu diastemă:

- A. Fren lat cu inserție înaltă care va duce la o diastemă divergentă ocluzal;
- B. Fren lat cu inserție joasă care va imprima diastemei un aspect divergent spre planul de ocluzie;
- C. Fren lat inserție joasă care va imprima diastemei un aspect convergent spre planul de ocluzie;
- D. Toate variantele sunt corecte;
- E. Nicio variantă enunțată la punctele A-C nu este corectă.

B (3, pag. 134-135)

467. Cauzele transpoziției dentare sunt:

- A. Pierderea precoce a caninului temporar;
- B. Poziția, profunzimea de formare a germenilor dentari;
- C. Cronologia dentară;
- D. Inversarea locului de formare a mugurilor intraosos;
- E. Toate variantele de mai sus.

E (3, pag. 150)

468. Următoarele afirmații privitor la transpoziție sunt false cu excepția:

- A. Dintele cel mai interesat de transpoziție este caninul superior;
- B. Dintele cel mai interesat de transpoziție este incisivul central;
- C. Anomalia se întâlnește doar în dentiția temporară;
- D. Toate variantele de mai sus;
- E. Nici o variantă de mai sus.

A (3, pag. 149)

469. Referitor la transpoziția dentară totală este adevărat că:

- A. Interesează doar apexurile dinților;
- B. Interesează doar coroanele;
- C. Reprezintă inversarea totală a 2 dinți vecini cu alinierea acestora în curbura normală a arcadei;
- D. Toate variantele;
- E. Nici o variantă enunțată la punctele A-C.

C (3, pag. 151)

470. Tratamentul transpoziției complete presupune:

- A. Extracția dinților situați mezial;
- B. Deplasarea dinților pe pozițiile corecte;
- C. Modelarea dinților prin șlefuire, cosmetizare - tehnici adezive, adiție;
- D. Niciuna din variantele de mai sus;
- E. Toate variantele enunțate la punctele A-C.

C (3, pag. 153)

471. Care afirmație este falsă privind radiografia în incidența Clark (metoda excentrică):

- A. Stabilește cu mare precizie sediul vestibular sau oral al dinților incluși;
- B. Se bazează pe principiul paralaxei;
- C. Se realizează 2 radiografii ale regiunii - una în incidență ortogonală și una în incidența excentrică;
- D. Dacă pe al doilea film imaginea dintelui este deplasată în același sens cu deplasarea conului, incluzia este vestibulară;
- E. Dacă pe al doilea film imaginea dintelui este deplasată în același sens cu deplasarea conului, incluzia este orală.

D (3, pag. 62-63)

472. Care afirmație este adevărată privind radiografia în incidența Clark (metoda excentrică):

- A. Metoda nu poate stabili sediul vestibular sau oral al dinților incluși;
- B. Metoda poate stabili cu foarte mare precizie sediul vestibular sau oral al dinților incluși;
- C. Se realizează o singură radiografie în incidență ortogonală;
- D. Se realizează două radiografii în incidențe excentrice;
- E. Se mai numește și radiografie cu „film mușcat”.

B (3, pag. 62)

473. Obiectivul final în prepararea unui incisiv central maxilar pentru coroana ceramică (Jacket) este:

- A. Obținerea unui bont de 1/3 din lungimea coroanei;
- B. Obținerea unui bont de 2/3 din lungimea coroanei dentare naturale;
- C. Prepararea mai accentuată a feței vestibulare;
- D. Reducerea neuniformă din toate fețele;
- E. Obținerea unui prag foarte pronunțat.

B (7, pag. 192)

474. Prepararea clasică pentru coroana ceramică (Jacket) începe cu:

- A. Fața vestibulară;
- B. Fețele proximale;
- C. Reducerea marginii incizale;
- D. Schițarea pragului;
- E. Fața orală.

C (7, pag. 192)

475. Pentru coroana ceramică (Jacket) marginea incizală:

- A. Se prepară 5 mm;
- B. Se prepară oblic 45°, spre distal la incisivii superiori;
- C. Se prepară oblic 45°, spre vestibular la incisivii superiori;
- D. Se prepară oblic 45°, spre oral la incisivii superiori;
- E. Se prepară oblic 30°, spre medial la incisivii inferiori.

D (7, pag. 193)

476. Indicele mezio-distal:

- A. La dinții triunghiulari este mai mic;
- B. Se referă la cantitatea de substanță dentară preparată din fețele proximale;
- C. Reprezintă diferența în mm dintre diametrul vestibulo-oral la nivel cervical și cel la nivelul jumătății feței vestibulare;
- D. Reprezintă diferența în mm dintre diametrul vestibulo-oral la nivel incizal și cel la nivel cervical;
- E. Se referă la cantitatea de substanță dentară preparată din marginea incizală.

B (7, pag. 194)

477. În cadrul preparării feței vestibulare pentru coroana ceramică:

- A. Shillingburg recomandă 3 șanțuri de 1 mm adâncime în zona vestibulo-cervicală și 2 șanțuri de 1.5 mm adâncime în zona vestibulo-incizală;
- B. Rosenstiel realizează trei șanțuri de ghidaj de la colet până la jumătatea feței vestibulare;
- C. Armand realizează un șanț vertical adânc de 1 mm în două planuri;
- D. Armand începe prepararea cu un șanț de ghidaj incizal;
- E. Johnston recomandă realizarea a trei șanțuri orizontale cu o freză adecvată acestui scop.

A (7, pag. 196-197)

478. Pentru coroana mixtă metalo-ceramică adâncimea preparării (după Bratu) este de:

- A. Maxim 1.5 mm pentru componenta fizionomică;
- B. Minim 0.5 mm pentru componenta fizionomică;
- C. 0.35 – 0.5 mm pentru componenta metalică;
- D. 0.25 – 0.4 mm pentru componenta metalică;
- E. Maxim 1.5 mm pentru componenta metalică.

C (7, pag. 233)

479. Pentru coroana mixtă, prepararea feței ocluzale impune:

- A. Îndepărtarea a 2 – 2.5 mm de substanță dentară când va fi aplicat material fizionomic și pe fața ocluzală;
- B. Îndepărtarea a 0.5 mm de substanță dentară din cuspizii de sprijin când va fi aplicat material fizionomic;
- C. Îndepărtarea a 0.5 mm de substanță dentară din cuspizii de ghidaj când va fi aplicat material fizionomic;
- D. Îndepărtarea a 2 mm de substanță dentară din cuspizii de sprijin când ocluzal va fi numai metal;
- E. Îndepărtarea a 1.5 mm de substanță dentară din cuspizii de ghidaj când ocluzal va fi numai metal.

A (7, pag. 233)

480. Caracteristicile scheletului metalic al coroanelor metalo-ceramice:

- A. Sunt necesare macroretenții;
- B. Macroretențiile nu sunt periculoase pentru masa ceramică;
- C. Capa metalică trebuie să fie rigidă, să asigure pe cât posibil grosime egală masei ceramice;
- D. Grosimea capei metalice să fie de un minim de 1.5 mm;

E. Trecerea de la metal la materialul ceramic să se facă prin unghiuri ferme.

C (7, pag. 237)

481. În cadrul preparărilor atipice pentru coroanele mixte:

- A. Pragul excavat îngust circular este indicat la persoanele vârstnice;
- B. În cazul pragului vestibular mai lat, metalul se va opri pe prag, și numai ceramica va realiza închiderea marginală;
- C. Pragul proximal asimetric este mai lat pe fața distală decât pe cea mezială;
- D. Pragul excavat îngust este indicat mai ales pentru canini;
- E. Prepararea tangențială subgingivală pe fața orală se poate realiza numai pentru coroanele metalo-ceramice.

B (7, pag. 236)

482. Intermediarii cu contact punctiform:

- A. Mai sunt cunoscuți și sub numele de "corpuri de punte igienice";
- B. Mai sunt cunoscuți și sub numele de "corpuri de punte conice";
- C. Este indicat să se utilizeze când există creste late;
- D. Se utilizează în zone cu vizibilitate maximă;
- E. Autocurățirea se realizează cu mare ușurință.

B (7, pag. 460-461)

483. Alegeți răspunsul corect:

- A. Intermediarii în șa se pot utiliza la creste inferioare laterale late;
- B. Intermediarii ovoidali au un design ascuțit al feței mucozale;
- C. Intermediarii cu raport tangent liniar sunt indicați dacă spațiul protetic este mic și creasta lată;
- D. Intermediarii cu contacte punctiforme sunt indicați la zone cu creste înguste;
- E. Intermediarii suspendați se utilizează când avem un spațiu protetic de maxim 4 mm.

D (7, pag. 458-461)

484. Intermediarii ovoidali ai punții dentare:

- A. Sunt indicați la mandibulă în zona laterală;
- B. Se adaptează cel mai bine la crestele mai înguste;
- C. Se igienizează cu dificultate;
- D. Sunt situați intramucos;
- E. Sunt situați la distanță de creasta edentată.

D (7, pag. 463)

485. Referitor la corpurile de punte cu tangență lineară la mandibulă:

- A. Este obligatorie realizarea unei îngustări V-O;
- B. Îngustarea V-O se face doar când spațiul protetic este mic;
- C. Suprafața vestibulară trebuie să fie netedă fără șanțuri și fără individualizarea intermediarilor;
- D. Reducerea suprafețelor ocluzale se face în detrimentul cuspizilor linguali de sprijin;
- E. Reducerea suprafețelor ocluzale se face în detrimentul cuspizilor vestibulari de sprijin.

B (7, pag. 460)

486. Pentru realizarea unui corp de punte la distanță de creasta edentată (suspendat):

- A. Trebuie să dispunem de un spațiu protetic de minimum 10 mm;
- B. În sens M-D este de dorit să existe un spațiu de cel puțin 6 mm;
- C. Trebuie să dispunem de un spațiu protetic de minimum 6 mm;
- D. Este suficient ca între vârful crestei și intermediarii suspendați să existe un spațiu de 0.5 mm;
- E. Fața mucozală a corpului de punte trebuie să fie concavă.

C (7, pag. 461)

487. Intermediarii ovoidali (situați intramucos):

- A. Sunt cunoscuți sub numele "corpuri de punte conice";
- B. Sunt indicați la creste înguste;
- C. Sunt imposibil de igienizat indiferent de mijloacele de igienizare;
- D. Sunt utilizați frecvent în zonele unde estetica este principalul obiectiv;
- E. Sunt utilizați frecvent în zonele unde estetica nu constituie un obiectiv.

D (7, pag. 463)

488. Intermediarii în șa:

- A. Se pot igieniza ușor cu mijloace de igienizare uzuale;
- B. Se recomandă în mod special pentru zona laterală;
- C. Nu produc reacții inflamatorii tisulare;
- D. Se recomandă în special pentru zona frontală;
- E. Sunt intermediarii care acoperă doar versantul vestibular.

D (7, pag. 457-458)

489. Intermediarii cu raport tangent linear:

- A. Fac contactul cu mucoasa pe versantul oral al crestei;
- B. Acoperă versantul vestibular al crestei până la coama acesteia;
- C. Au fața orală înclinată vestibulo-oral de sus în jos într-un unghi de aproximativ de 40-50°;
- D. Sunt recomandați în cazul creștelor foarte late;
- E. Se utilizează când spațiul protetic este mic.

C (7, pag. 459-460)

490. Intermediarii ovoidali:

- A. Se numesc intermediari juxtagingivali;
- B. Se igienizează cu dificultate;
- C. Au un design ascuțit al feței mucozale;
- D. Se utilizează frecvent în zonele unde estetica este principalul obiectiv;
- E. Se recomandă utilizarea lor în zona laterală mandibulară.

D (7, pag. 463)

491. Intermediarii suspendați:

- A. Indicația majoră este în zona frontală mandibulară;
- B. Nu permit un acces optim pentru igienizare;
- C. Indicația majoră este în zona frontală mandibulară;
- D. Au suprafața mucozală convexă vestibulo-oral;

- E. Poartă denumirea de corp de punte ovoidal.
- D (7, pag. 461-462)

492. Conectorul principal metallic bară transversală posterioară se plasează:

- A. În funcție de reziliența mucoasei;
- B. La limita de reflexie a vălului palatin;
- C. Posterior de molarul 1;
- D. La nivelul molarului 1;
- E. Anterior de molarul 1.

C (8, pag. 117)

493. Conectorul principal bară linguală:

- A. Are lățimea de 2 mm;
- B. Se plasează la 1.5 mm de versantul lingual vertical al crestei;
- C. Se situează la 0.5 mm de versantul lingual al crestei când acesta este vertical;
- D. Se găsește la 1.5 mm de versantul lingual când acesta este retentiv;
- E. Se localizează la 1.5 mm de versantul lingual în toate cazurile.

C (8, pag. 118)

494. Miniconectorul palatinal prezintă următoarele caracteristici, cu excepția:

- A. Este utilizat în edentații de clasa I-a Kennedy;
- B. Este utilizat în edentația unilaterală;
- C. Se poate rota foarte ușor datorită echilibrului precar;
- D. Seamănă cu proteza de retenție Kemmeny;
- E. Nu este avantajos ca utilizare.

A (8, pag. 121)

495. Dacă dintele care va susține un croșet are o retentivitate sub 0.25 mm, se poate recurge la:

- A. Un croșet mixt;
- B. Un croșet din sârmă;
- C. Adăugarea de rășină compozită;
- D. Amelogeneză;
- E. Sistemul R.P.I.

C (8, pag. 137)

496. Croșetul Ney cu acțiune posterioară:

- A. Se aplică în special pe molari;
- B. Are un braț rigid subecuatorial;
- C. Are o elasticitate foarte bună;
- D. Are pintenul ocluzal legat de conectorul secundar interdental;
- E. Brațul elastic este situat vestibular.

C (8, pag. 141)

497. Croșetul divizat în „I” al sistemului Roach:

- A. Este foarte flexibil;
- B. Conectorul secundar este lung;
- C. Are extremitatea plasată pe dinte vestibulo-distal;
- D. Are extremitatea plasată pe dinte mezio-vestibular;
- E. Este indicat pe premolarii inferiori.

C (8, pag. 144)

498. Croșetul cingătoare:

- A. Este o variantă a croșetului caninului;
- B. Este o variantă a croșetului Bonwill;
- C. Este o variantă a croșetului unibar;
- D. Este o variantă a croșetului Ney;
- E. Se aplică pe o arcadă întreruptă.

C (8, pag. 145)

499. Croșetul Ney nr. 3 se aplică pe:

- A. Dinți globuloși;
- B. Dinți tronconici;
- C. Dinți cu linie ghid joasă;
- D. Dinți nanici;
- E. Dinți cu baza mare spre cervical.

B (8, pag.141)

500. Croșetul Ackers:

- A. Este denumit croșet cu două brațe;
- B. Se aplică pe canini;
- C. Are un sprijin bun;
- D. Are stabilizare slabă;
- E. Are reciprocitate foarte bună.

C (8, pag. 146)

501. Conectorii principali de tip bară palatinală sagitală:

- A. Sunt cei mai biologici;
- B. Se situează la 5 mm de parodontiul marginal, urmând curbura arcadei;
- C. Nu pot fi părți componente ale conectorului principal în „U”;
- D. Nu pot fi părți componente ale conectorului principal inelar;
- E. Leagă între ele șeile de elementele de menținere și stabilizare de pe aceeași hemiarcadă.

E (8, pag. 117)

502. Metoda Willis consideră ca etalon pentru determinarea dimensiunii verticale de ocluzie compararea distanței:

- A. Nazion-subnazale cu subnazale-gnation;
- B. Intercomisurale cu subnazale-gnation;
- C. Fanta labială-unghi extern al ochiului cu subnazale-gnation;
- D. Ofriion-gnation cu distanța interpupilară;

E. Ofrion-subnazale cu subnazale-gnation.

C (8, pag. 555)

503. Care din următoarele metode antropometrice de determinare a dimensiunii verticale în edentația totală utilizează repere preextractionale:

- A. Landa;
- B. Robinson;
- C. Wild;
- D. Swenson;
- E. Willis.

D (8, pag.554)

504. Pentru determinarea funcțională a dimensiunii verticale de ocluzie în edentația totală se pot utiliza:

- A. Metoda Swenson;
- B. Profilometrul Sears;
- C. Radiografiile cefalometrice;
- D. Înregistrarea spațiului minim de vorbire;
- E. Memoria ocluzală.

D (8, pag. 557)

505. Dintre metodele simple de determinare a relației centrice, care din următoarele utilizează material abraziv:

- A. Stimularea reflexului de ocluzie molară;
- B. Metoda Boianov;
- C. Metoda Patterson;
- D. Metoda Wild;
- E. Metoda homeotropismului linguo-mandibular.

C (8, pag. 559)

506. În cazul înregistrării grafice a relației centrice, când plăcuța de înregistrare se fixează la nivelul mandibulei:

- A. Poziția de relație centrică este la capătul lateral al traseului mișcării de propulsie-retropulsie;
- B. Poziția de relație centrică este la capătul posterior al traseului mișcării de propulsie-retropulsie;
- C. Vârful arcului gotic nu corespunde cu relația centrică;
- D. Unghiul delimitat de traiectoriile de lateralitate are valoarea de 120°;
- E. Unghiul delimitat de traiectoriile de lateralitate are valoarea de 130°.

D (8, pag. 560)

507. Metoda disocierii analitice a lui Lejoyeux:

- A. Se utilizează pentru determinarea dimensiunii verticale de ocluzie;
- B. Se utilizează pentru determinarea nivelului și orientării planului de ocluzie;
- C. Se utilizează pentru determinarea relației centrice;
- D. Apelează la propulsia fonetică;

E. Utilizează radiografiile retroalveolare.

B (8, pag. 552)

508. Plăcuța lui Fox:

A. Se utilizează pentru determinarea relației centrice;

B. Se utilizează pentru determinarea orientării planului de ocluzie în zona frontală și laterală;

C. Se utilizează pentru determinarea dimensiunii verticale de ocluzie;

D. Se utilizează pentru montarea dinților artificiali în laborator;

E. Se utilizează ca suport pentru înregistrarea grafică a relației centrice.

B (8, pag. 551)

509. Metoda utilizării autoocluzorului Lende pentru determinarea relației centrice:

A. Este incertă;

B. Se asociază de obicei cu metoda de înscriere grafică;

C. Utilizează borduri de ocluzie din ceară;

D. Utilizează borduri de ocluzie din stents;

E. Permite transmiterea foarte exactă către laborator a nivelului și a orientării planului de ocluzie.

B (8, pag. 561)

510. Planul de ocluzie în regiunea frontală:

A. Se situează la nivelul marginii buzei superioare;

B. Are nivelul la 3 mm sub marginea buzei superioare;

C. Se orientează întotdeauna paralel cu linia bipupilară;

D. Nu se orientează în toate cazurile paralel cu linia bipupilară;

E. Se determină prin metoda Patterson.

D (8, pag. 550-551)

511. Referitor la Centrocordul Optow:

A. Are în componență patru plăcuțe;

B. Are vârful de înscriere situat pe plăcuța mandibulară;

C. Plăcuța maxilară are trei vârfuri stabilizatoare;

D. Presupune la înregistrare montarea întâi a plăcuței maxilare;

E. La utilizare necesită întâi montarea plăcuței mandibulare.

E (8, pag. 561)

512. Planul de ocluzie este definit ca:

A. O linie imaginară care trece prin toți cuspidii vestibulari și marginile incizale ale dinților mandibulari și extinzând această linie la un plan care include cuspidii linguali;

B. O linie imaginară care trece prin mijlocul molarilor și incisivilor;

C. O linie imaginară care trece prin cuspidii vestibulo-meziali ai molarului 1 și marginile incizale ale dinților mandibulari și extinzând această linie la un plan care include cuspidii disto-linguali;

- D. O linie imaginară care trece prin cuspizii vestibulo-distali ai molarului 1 și marginile incizale ale dinților mandibulari și extinzând această linie la un plan care include cuspizii mezo-linguali;
- E. O linie imaginară care trece prin cuspizii vestibulo-meziali ai molarului 2 și marginile incizale ale dinților mandibulari și extinzând această linie la un plan care include cuspizii disto-linguali.

A (7, pag. 26)

513. Mezalizarea dinților este determinată de:

- A. Mușchii constrictori superiori faringieni, buccinatori;
- B. Răspunsul funcțional al osului alveolar și al țesuturilor parodontale;
- C. Grupul muscular intern și cel extern;
- D. Musculatura lingo-oro-facială;
- E. Contactul ocluzal.

B (7, pag. 26)

514. Curba lui Wilson este:

- A. Convexă la mandibulă și concavă la maxilar;
- B. Plană la maxilar și concavă la mandibulă;
- C. Concavă la mandibulă și convexă la maxilar;
- D. Plană la mandibulă și convexă la maxilar;
- E. Plan-convexă la maxilar și plan-concavă la mandibulă.

C (7, pag. 27)

515. Axele dentare în sens mezo-lateral la nivelul mandibulei sunt:

- A. Pentru dinții frontali și laterali spre mezial;
- B. Pentru dinții frontali spre mezial și pentru dinții laterali spre distal;
- C. Pentru dinții frontali și laterali spre distal;
- D. Pentru dinții frontali spre distal și pentru dinții laterali spre mezial;
- E. Niciun răspuns nu e corect.

A (7, pag. 27)

516. În cadrul rapoartelor normale de ocluzie, stopurile ocluzale de clasa I sunt reprezentate de:

- A. Cuspizii premolarilor și cei distali ai molarilor realizează puncte de sprijin cu creasta marginală mezială a omologului lui și cea distală a dintelui situat mezial de acesta;
- B. Cuspizii vestibulari ai premolarilor și cei meziali ai molarilor realizează puncte de sprijin cu creasta marginală mezială a omologului lui și cea distală a dintelui situat mezial de acesta;
- C. Cuspizii premolarilor și cei meziali ai molarilor realizează puncte de sprijin cu creasta marginală distală a omologului lui și cea mezială a dintelui situat mezial de acesta;
- D. Cuspizii premolarilor și cei meziali ai molarilor realizează puncte de sprijin cu creasta marginală mezială a omologului lui și cea distală a dintelui situat mezial de acesta;
- E. Cuspizii premolarilor și cei meziali ai molarilor realizează puncte de sprijin cu creasta marginală mezială a omologului lui și cea distală a dintelui situat distal de acesta.

D (7, pag. 30)

517. Overbite reprezintă:

- A. Gradul de supraacoperire incisivă în plan sagital;
- B. Gradul de supraacoperire incisivă în plan vertical;
- C. Gradul de supraacoperire molară în plan sagital;
- D. Gradul de supraacoperire molară în plan vertical;
- E. Toate răspunsurile sunt corecte.

B (7, pag. 30)

518. Overjet reprezintă:

- A. Decalajul sagital între fețele palatinale ale frontalilor superiori și fețele vestibulare ale frontalilor inferiori;
- B. Decalajul sagital între fețele palatinale ale caninilor superiori și fețele vestibulare ale caninilor inferiori;
- C. Decalajul sagital între fețele palatinale ale lateralilor superiori și fețele vestibulare ale lateralilor inferiori;
- D. Decalajul vertical între fețele palatinale ale frontalilor superiori și fețele vestibulare ale frontalilor inferiori;
- E. Decalajul vertical între fețele palatinale ale lateralilor superiori și fețele vestibulare ale lateralilor inferiori.

A (7, pag. 30-31)

519. Mușchiul geniohioidian:

- A. Este un mușchi gros, de formă patrulateră;
- B. Are rol în deglutiție și masticatie;
- C. Este situat sub porțiunea medie a milohioidianului;
- D. Prin contracția sa coboară osul hioid;
- E. Toate afirmațiile sunt corecte.

B (7, pag. 41)

520. Meniscul articular:

- A. Este puternic vascularizat;
- B. Are formă de lentilă convexă;
- C. Conține fibre nervoase în zona centrală;
- D. Facilitează propulsia mandibulei;
- E. Toate afirmațiile sunt corecte.

D (7, pag. 36-37)

521. Față de planul lui Camper, planul de ocluzie se situează de obicei:

- A. Înclinat caudal cu aproximativ 15 grade;
- B. Înclinat caudal cu aproximativ 10 grade;
- C. Înclinat caudal cu aproximativ 5 grade;
- D. Înclinat caudal cu aproximativ 17 grade;
- E. Înclinat caudal cu aproximativ 7 grade.

E (7, pag. 28)

522. Materialele din care pot fi realizare inlay-urile sunt:

- A. Aliaje metalice;
- B. Mase ceramice;
- C. Materiale compozite;
- D. Metalo-ceramică;
- E. Toate răspunsurile sunt corecte.

E (7, pag 170)

523. Contraindicațiile relative ale inlay-urilor sunt:

- A. Procese carioase de mică întindere, la distanță de camera pulpară;
- B. Carioreactivitate redusă;
- C. Dinți vitali;
- D. Igienă bucală bună;
- E. Tineri sub 18 ani, când prepararea poate periclita camera pulpară.

E (7, pag. 171)

524. Obiectivele urmărite în prepararea cavităților pentru inlay se realizează prin:

- A. Cavitate retentivă în axul de inserție și neretentivă în celelalte direcții;
- B. Pereții verticali să fie foarte puțin convergenți spre ocluzal;
- C. Planșeul cavității nu trebuie să fie plan;
- D. Pereții prea subțiri se scurtează și se acoperă prin inlay pentru protecție (inlay-onlay=overlay);
- E. Nici un răspuns nu e corect.

D (7, pag. 174)

525. Pentru prepararea cavităților de clasa a II-a în vederea realizării onlay-urilor trebuie respectate următoarele reguli:

- A. Pereții verticali vestibulari și orali ai cavității proximale pot fi convergenți nu numai spre ocluzal, dar și spre dintele adiacent;
- B. Lațimea istmului să fie de $\frac{1}{2}$ din diametrul ocluzal;
- C. Forma retenției ocluzale poate fi diferită în funcție de starea feței ocluzale-carii, fisuri;
- D. Bizotarea peretelui gingival se face de obicei mai accentuat;
- E. Dimensiunile cavității ocluzale cât și a cavității verticale nu trebuie să țină cont de de cerințele de stabilitate și rezistență.

C (7, pag. 181)

526. Obiectivele urmărite în prepararea unei cavități pentru inlay sunt:

- A. Oprirea evoluției cariei dentare;
- B. Realizarea unei cavități care să permită inserția inlay-ului;
- C. Să nu pericliteze dintele;
- D. Inlay-ul să fie rezistent la presiunile masticatorii;
- E. Toate răspunsurile sunt corecte.

E (7, pag. 174)

527. Accidentele și complicațiile inlay-urilor pot fi:

- A. Apariția cariei secundare;
 - B. Decimentarea;
 - C. Fracturarea dintelui;
 - D. Mortificări pulpare;
 - E. Toate răspunsurile sunt corecte.
- E (7, pag. 189)

528. Prepararea cavității de clasa a V-a pentru inlay:

- A. Baza cavității este plană pentru a nu periclita camera pulpară;
 - B. Unghiurile formate de peretele parapulpar cu ceilalți pereți vor fi mai mici de 90 de grade;
 - C. Se pot realiza două puțuri dentinare, la extremitățile cavității pentru retenție;
 - D. Solicitarea forțelor masticatorii este mare;
 - E. Este obligatorie bizotarea marginilor cavității.
- C (7, pag. 185)

529. Inlay-urile compuse sunt:

- A. Cu crampoane;
 - B. Cu pivot radicular;
 - C. Cu glisieră;
 - D. Cu clavetă;
 - E. Toate răspunsurile sunt corecte.
- E (7, pag. 172)

530. Avantajele coroanelor ceramice sunt:

- A. Dacă sunt bine glazurate devin plactofile;
 - B. Oferă protecție camerei pulpare prin bună izolare termică;
 - C. Au rezistență la presiune de 4 ori mai slabă față de oțelul inoxidabil;
 - D. Nu pot reda nuanțele de culoare ale dintelui nefiind stabile cromatic în timp;
 - E. Dentina este de 10 ori mai deformabilă (mai puțin rezistentă la presiune) decât coroana ceramică.
- B (7, pag. 191-192)

531. Care dintre următoarele afirmații privind prepararea incisivului central maxilar în vederea realizării coroanelor ceramice este adevărată:

- A. Șanțurile de ghidare trebuie trasate pe muchile incizale, fața vestibulară și orală;
 - B. Obținerea unui bont de 1/3 din lungimea coroanei dentare naturale;
 - C. Reducerea trebuie să fie de 2 mm a tuturor fețelor;
 - D. Muchiile trebuie desființate;
 - E. În zona cervicală prepararea nu trebuie să depășească 0,5 mm grosime.
- A (7, pag. 192)

532. Pentru realizarea coroanelor mixte metalo-acrilice, preparația feței ocluzale este de:

- A. 1,5 mm din cuspizii de sprijin și 1 mm din cuspizii de ghidaj;
- B. 2,5 mm din cuspizii de sprijin și 2 mm din cuspizii de ghidaj;
- C. 1,5 mm din cuspizii de sprijin și 1,5 mm din cuspizii de ghidaj;

- D. 2,5 mm din cuspidii de sprijin și 2,5 mm din cuspidii de ghidaj;
 - E. 3 mm din cuspidii de sprijin și 2 mm din cuspidii de ghidaj.
- A (7, pag. 233)

533. Adâncimea preparării feței vestibulare pentru coroana mixtă metalo-ceramică este de:

- A. Componenta metalică de 0,35-0,5 mm și componenta fizionomică de 0,25-0,4 mm;
 - B. Componenta metalică de 0,5-0,75 mm și componenta fizionomică de 0,25-0,4 mm;
 - C. Componenta metalică de 0,35-0,5 mm și componenta fizionomică de 0,5mm;
 - D. Componenta metalică de 0,35-0,5 mm și componenta fizionomică de 1,5-2mm;
 - E. Componenta metalică de 0,75-1 mm și componenta fizionomică de 0,25-0,5mm.
- D (7, pag. 233)

534. Adâncimea preparării feței vestibulare pentru coroana mixtă metalo-polimerică este de:

- A. Componenta metalică de 0,5-1 mm și componenta fizionomică de maxim 0,5mm;
 - B. Componenta metalică de 0,75-1 mm și componenta fizionomică de maxim 5mm;
 - C. Componenta metalică de 0,25-0,4 mm și componenta fizionomică de maxim 2,5mm;
 - D. Componenta metalică de 0,5-0,75 mm și componenta fizionomică de maxim 3,5mm;
 - E. Componenta metalică de 0,25-0,4 mm și componenta fizionomică de maxim 1,5mm.
- E (7, pag. 233)

535. Prepararea fețelor proximale ale molarilor pentru coroanele mixte se realizează cu:

- A. Freze turbină cilindrice;
 - B. Freze turbină cilindro-conice;
 - C. Freze turbină con-invers;
 - D. Freze contraunghi cilindrice;
 - E. Freze contraunghi con-invers.
- B (7, pag. 234)

536. Pragul proximal asimetric se folosește la prepararea:

- A. Incisivilor și caninilor;
 - B. Caninilor și premolarilor;
 - C. Premolarilor și molarilor;
 - D. Grupului frontal maxilar;
 - E. Grupului lateral mandibular.
- B (7, pag. 236)

537. Pragul excavat îngust circular este indicat la:

- A. Persoanele de toate vârstele;
 - B. Persoanele de sex feminin;
 - C. Persoanele tinere;
 - D. Persoanele de sex masculin;
 - E. Persoanele în vârstă.
- C (7, pag. 236)

538. Aliajele pentru metalo-ceramică trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- A. Punctul de topire cu 50-100° Celsius mai ridicat decât temperatura de ardere a ceramicii;
 - B. Pot produce într-un grad redus colorarea ceramicii;
 - C. Nu e necesară capacitatea de a produce oxizi;
 - D. Să fie reactive din punct de vedere chimic;
 - E. Să fie rezistente la abraziune, la forțele masticatorii.
- E (7, pag.238)

539. Contraindicațiile coroanelor mixte sunt:

- A. Pe dinții lungi;
- B. Pe dinții devitali;
- C. Pe dinții din grupul frontal maxilar;
- D. Pe dinții cu distrucție coronară mare;
- E. La tineri sub 20 de ani.

E (7, pag. 229)

540. Placa bacteriană are următoarele caracteristici, cu excepția:

- A. Este un sistem ecologic microbial viguros;
- B. Se poate îndepărta prin acțiunea mecanică a spray-ului de apă;
- C. Apare sub forma unui agregat de microorganisme unite între ele;
- D. Microorganismele sunt unite de suprafața dintelui prin intermediul unei matrice organice;
- E. Microorganismele sunt unite și de alte structuri din cavitatea bucală.

B (4, pag. 52)

541. Placa bacteriană nu are următoarea caracteristică:

- A. Se poate diferenția în două categorii: supragingivală și subgingivală;
- B. Placa supragingivală este diferențiată în placă coronară și placă marginală;
- C. Se îndepărtează prin acțiunea mecanică a spray-ului de apă;
- D. Rezistă tentativei de îndepărtare prin acțiunea mecanică a spray-ului de apă;
- E. Pe măsură ce se dezvoltă și se aglomerează devine o masă globulară vizibilă de culoare alb spre gălbui.

C (4, pag. 52)

542. Despre grupa cocilor gram-pozitivi din componența plăcii bacteriene nu se poate spune:

- A. Se evidențiază microscopic prin colorația gram;
- B. Este reprezentată de genul Veillonella;
- C. Este reprezentată de genul Streptococcus;
- D. Este reprezentată de genul Staphylococcus;
- E. Elaborează exotoxine.

B (4, pag. 53)

543. Streptococcus mutans are următoarele caracteristici, cu excepția:

- A. Aparține grupului de coci gram pozitivi;
- B. Produce polizaharizi extracelulari;
- C. În caz de parodontopatie marginală poate depăși 10% din totalul microorganismelor detectabile;

- D. Produce levan, cu rol în asigurarea substratului energetic pentru microorganisme;
- E. Produce dextran.

C (4, pag. 53)

544. Despre matricea intermicrobiană sunt valabile următoarele enunțuri, cu excepția:

- A. Este material anorganic cuprins între microorganismele plăcii bacteriene;
- B. Conține dextran și levan;
- C. Conține endotoxine lipopolizaharidice;
- D. Conține calciu, magneziu, fosfor, sodiu și potasiu;
- E. Acest material conține galactoză și metilpentoză.

A (4, pag. 54)

545. Unul dintre enunțurile referitoare la Lactobacili este fals:

- A. Sunt prezenți în număr mare în saliva pacienților cu carii incipiente și avansate;
- B. Produc polizaharizi extra- și intracelulari;
- C. Au fost primii germeni incriminați în etiologia cariei dentare;
- D. Pot fi considerați ca invadatori secundari în unele leziuni carioase;
- E. Contribuie la progresia cariilor, datorită proprietăților acidogene și acidurice.

B (4, pag. 56-57)

546. Unul dintre enunțurile referitoare la Streptococi este fals:

- A. Streptococii prezintă 2 proprietăți: acidogeneza și producția de polizaharizi extra- și intracelulari;
- B. Pot fi considerați ca invadatori secundari în unele leziuni carioase;
- C. Aciditatea produsă de streptococi poate atinge un pH de 4.4;
- D. Viteza de producere a acidului este mai mare decât în cazul lactobacililor;
- E. Streptococii au fost izolați din toate regiunile cavității bucale.

B (4, pag. 57)

547. Stabilirea conturului marginal al unei cavități preparată în sanțuri și fosete are următoarele caracteristici, mai puțin una:

- A. Marginile cavității includ toate fisurile care nu pot fi eliminate prin ameloplastie potrivită;
- B. Marginile cavității se extind până în structuri dentare sănătoase;
- C. Se plasează marginile cavității pe pante cuspidiene sau creste de smalț;
- D. Extensia marginilor cavității trebuie să permită un acces suficient pentru prepararea cavității;
- E. Tot smalțul subminat va fi îndepărtat.

C (4, pag. 175)

548. Stabilirea conturului marginal al cavităților preparate pe suprafețe netede are următoarele caracteristici, mai puțin una:

- A. Extinderea marginilor pentru a permite un acces suficient manoperelor adecvate;
- B. Extinderea marginilor vestibulare și orale pe suprafețele respective;
- C. Extinderea marginilor până în țesuturi sănătoase;
- D. Extinderea marginilor gingivale ale cavității apical de punctul de contact pentru a permite o curățire optimă dintre marginea gingivală și dintele adiacent;

- E. Extinderea marginilor vestibulare și orale în cazul cavităților proximale, în interiorul ambrazurilor respective.

B (4, pag. 176)

549. Unul dintre enunțurile referitoare la ameloplastie este fals:

- A. Este o procedură de remodelare a suprafețelor smalțului;
- B. Poate fi aplicată și la dinții la care nu este anticipată o preparare;
- C. O fisură va fi eliminată printr-o preparare normală dacă nu penetrează mai mult de 1/3 în grosimea smalțului;
- D. Este indicată în cazul fisurilor superficiale care interceptează o creastă vestibulară sau orală;
- E. O fisură va fi eliminată printr-o preparare normală dacă nu penetrează mai mult de 2/3 în grosimea smalțului.

E (4, pag. 176-177)

550. Pentru obținerea formei de rezistență, următoarele principii fundamentale trebuie să fie respectate, cu excepția:

- A. Pereții vestibular și oral ai porțiunii ocluzale ai preparației converg spre suprafața ocluzală;
- B. Se folosesc cavități cu bază plană;
- C. Reducerea extensiei pereților cavității;
- D. Trebuie să fie furnizată o grosime suficientă materialului de restaurare;
- E. Includerea dinților distruși în restaurare pentru a preveni fractura lor.

A (4, pag. 177)

551. Forma de retenție:

- A. Este acel design al cavității care permite restaurării să reziste forțelor dizlocatoare;
- B. Reprezintă plasarea pereților cavității care să permită ca restaurarea și dintele să reziste forțelor ocluzale;
- C. Este acea formă a cavității care va permite o observare adecvată, accesibilitate și operare ușoară în prepararea și restaurarea cavității;
- D. Înseamnă plasarea marginilor cavității într-o poziție pe care o vor ocupa la finalul preparației;
- E. Este o procedură de remodelare a suprafețelor smalțului.

A (4, pag. 178)

552. Îndepărtarea dentinei reziduale alterate restante este un timp în prepararea cavităților care se referă la:

- A. Îndepărtarea în totalitate a dentinei situate pe peretele pulpar sau parapulpar;
- B. Numai zona mică de dentină cariată situată pe peretele pulpar sau parapulpar va fi îndepărtată;
- C. Îndepărtarea în totalitate a dentinei afectate astfel încât să fie furnizată o grosime suficientă materialului de restaurare;
- D. Dentina reziduală alterată restantă nu se îndepărtează;
- E. Îndepărtarea dentinei reziduale alterate restante nu este un timp distinct în prepararea cavităților.

B (4, pag. 179)

553. Următoarele enunțuri referitoare la îndepărtarea țesutului carios sunt valabile, cu excepția:

- A. Zonele mari de țesut carios este bine să fie îndepărtate cu ajutorul excavatoarelor;
- B. Îndepărtarea dentinei dure se realizează cu ajutorul excavatoarelor, frezelor globulare din oțel la turație foarte mică;
- C. Îndepărtarea țesutului carios se face acționând dinspre centru spre periferia procesului carios;
- D. Presiunea exercitată la îndepărtarea țesutului carios va fi minimă;
- E. Îndepărtarea dentinei dure se realizează cu ajutorul frezelor globulare din carbid la turații înalte.

C (4, pag. 180)

554. Unul dintre enunțurile referitoare la prismele de smalț este adevărat:

- A. Prismele diverg spre centrul șanțurilor, fosetelor și fisurilor;
- B. Prismele converg la nivelul cuspizilor și crestelor de smalț;
- C. Pe suprafața netedă din treimea gingivală prismele se înclină ușor spre apical;
- D. Prismele smalțului ocluzal sunt mai puțin dure decât cele ale smalțului mezial și distal;
- E. Prismele smalțului ocluzal sunt mai puțin dure decât cele ale smalțului vestibular și oral.

C (4, pag. 181)

555. Nu se numără printre avantajele bizotarii:

- A. Bizotarea crește zona necesară pentru etching;
- B. Bizotarea face ca zona să fie mai eficientă în dizolvarea capătului prismelor;
- C. Se obține o creștere gradată în grosime a materialului dinspre margini spre obturație;
- D. Bizotarea nu influențează dizolvarea capătului prismelor;
- E. Are avantaj estetic.

D (4, pag. 182)

556. Toaleta finală a cavității nu include:

- A. Îndepărtarea resturilor fine cu ajutorul apei calde de la spray;
- B. Îndepărtarea debriurilor multe și mari;
- C. Uscarea cavității;
- D. Efectuarea unei inspecții finale complete a cavității;
- E. Uscarea cavității în prima fază cu bulete de vată sterile.

B (4, pag. 182)

557. Linerii au următoarele caracteristici, cu excepția:

- A. Se aplică sub forma unei pelicule foarte fine;
- B. Grosimea minimală a peliculei de liner este 0,5 cm;
- C. Se aplică strict pe plaga dentinară;
- D. Pot fi constituiți din hidroxid de calciu și ciment cu ionomeri de sticlă;
- E. Trebuie evitată interpunerea linerului între marginile de smalț ale cavității și obturația coronară.

B (4, pag. 296)

558. Acțiunea clinică optimă în timp a unui liner nu presupune:

- A. O bună rezistență mecanică la solicitările masticatorii;
- B. Insolubilitate în lichidele de microinfiltrație marginală;
- C. Desprinderea de pe suprafața plăgii dentinare;
- D. Un grad de fluiditate care să permită distribuirea sa uniformă pe suprafața plăgii dentinare;
- E. Protecția completă a plăgii dentinare.

C (4, pag. 296)

559. Dezavantajele linerilor nu includ:

- A. Solubilizarea și dezintegrarea în lichidele bucale;
- B. Desprinderea de pe suprafața plăgii dentinare;
- C. Lipsa unei rezistențe mecanice semnificative;
- D. Formarea unei bariere de protecție a plăgii dentinare;
- E. Izolare termică necorespunzătoare.

D (4, pag. 296)

560. Avantajele linerilor sunt următoarele, cu excepția:

- A. Protecție chimică, prin sigilarea canaliculelor dentinare;
- B. Efect cariostatic;
- C. Formarea unei bariere de protecție a plăgii dentinare;
- D. Utilizarea în cofajul indirect pentru efectul de neodentinogeneză;
- E. Solubilizarea și dezintegrarea în lichidele bucale.

E (4, p. 296)

561. Printre dezavantajele linerilor cu hidroxid de calciu regăsim:

- A. Alcalinitate crescută;
- B. Rezistență foarte slabă la compresiune;
- C. Efect bacteriostatic;
- D. Stimulează indirect depunerea de dentină secundară;
- E. Prin dizolvare în mediu apos eliberează ionii de hidroxil.

B (4, pag. 297)

562. Unul dintre enunțurile referitoare la linerii cu hidroxid de calciu este fals:

- A. Este indicat în cofajul indirect;
- B. Se aplică pe o suprafață cât mai restransă a plăgii dentinare;
- C. Se acoperă în întregime cu ciment ionomer de sticlă;
- D. Se aplică pe întreaga suprafață a peretelui pulpar sau parapulpar unei cavități;
- E. Stimulează indirect depunerea de dentină secundară.

D (4, pag. 297-298)

563. Avantajele linerilor din cimenturi cu ionomeri de sticlă nu includ:

- A. Biocompatibilitate;
- B. Adezivitate la dentină;
- C. Utilizarea în cofajul indirect pentru efectul de neodentinogeneză;
- D. Efect cariostatic;
- E. Valoare crescută a modulului de elasticitate.

C (4, pag. 296-299)

564. Obturația de bază are următoarele caracteristici, mai puțin una:

- A. Se aplică sub forma unei pelicule foarte fine cu grosime minimală;
- B. Este un strat protector suplimentar izolat;
- C. Previne transmiterea excitanților chimici la pulpa dentară;
- D. Previne transmiterea excitanților fizici la pulpa dentară;
- E. Este un strat aplicat între suprafața plăgii dentinare și materialul de obturație.

A (4, pag. 300)

565. Unul dintre următoarele materiale dentare nu se poate folosi ca obturație de bază propriu-zisă:

- A. Ciment fosfat de zinc;
- B. Ciment policarboxilat;
- C. Cimenturi timolate;
- D. Eugenolat de zinc;
- E. Hidroxid de calciu.

E (4, pag. 301)

566. În prezent, concepția terapeutică privind atitudinea față de plaga dentinară susține că:

- A. În cavitățile de adâncime medie cu dentină de aspect normal obturația de bază se poate face cu ciment fosfat de zinc;
- B. Cel mai bun material protector pentru pulpă rămâne dentina sănătoasă grație excelenței sale calități de neutralizare a acidității și toxicității noxelor externe;
- C. În cavitățile de adâncime medie cu dentină dură pigmentată se impune luarea unor măsuri suplimentare de protecție antibacteriană;
- D. Tratatamentul plăgii dentinare într-o cavitate de adâncime medie se face prin obturația de bază;
- E. Niciun răspuns nu e corect.

B (4, pag. 301)

567. O protecție pulpară chimică și termică corespunzătoare este asigurată de un perete de dentină cu grosimea minimă:

- A. 0.5 mm;
- B. 1 mm;
- C. 2 mm;
- D. 2.5 mm;
- E. 3 mm.

C (4, pag. 301)

568. Pe lângă capacitatea termoizolantă, unul dintre următoarele materiale folosit ca obturație de bază poate asigura și sigilarea canaliculelor dentinare:

- A. Ciment fosfat de zinc;
- B. Ciment policarboxilat;
- C. Cimenturi timolat;
- D. Ciment ionomer de sticlă;

E. Eugenolat de zinc.

D (4, pag. 301)

569. Obturațiile de bază se clasifică astfel:

- A. Baze intermediare, cu rezistență mecanică scăzută;
- B. Baze propriu-zise, cu rezistență mecanică crescută;
- C. Baze intermediare, cu rezistență mecanică crescută;
- D. Răspunsurile A) și B) sunt corecte;
- E. Răspunsurile B) și C) sunt corecte.

D (4, pag. 302)

570. Adeziunea CIS la dentină se realizează prin următoarele mecanisme, cu excepția:

- A. Adeziune chimică prin reacția de chelare cu ionii de calciu;
- B. Solubilizarea inițială a stratului superficial al hidroxiapatitei de către acidul poliacrilic;
- C. Ca urmare a instalării prizei, pH-ul cimentului crește;
- D. Ca urmare a instalării prizei, pH-ul cimentului scade;
- E. Reprecipitarea amestecului de fosfați de calciu proveniți din dentină împreună cu sărurile de calciu ale poliacidului.

D (4, pag. 311)

571. Printre proprietățile CIS nu se numără:

- A. Solubilitate mai redusă în acizii organici elaborați de placa bacteriană;
- B. Posibil efect bacteriostatic sau chiar bactericid;
- C. Biocompatibilitate pulpară;
- D. Adeziune chimică la dentină;
- E. Stimularea neodentinogenezei.

E (4, pag. 312)

572. CIS contribuie la prevenirea microinfiltrației marginale prin:

- A. Adeziune chimică;
- B. Coeficient de dilatare termică foarte apropiat de cel al țesuturilor dure dentare;
- C. Coeficient de dilatare termică mai mare decât cel al țesuturilor dure dentare;
- D. Răspunsurile A) și B) sunt corecte;
- E. Răspunsurile A) și C) sunt corecte.

D (4, pag. 312)

573. În cavitățile profunde:

- A. CIS nu necesită aplicarea unei baze intermediare;
- B. CIS necesită aplicarea unei baze intermediare de hidroxid de calciu pe o suprafață cât mai restrânsă pentru a nu compromite adeziunea;
- C. CIS necesită aplicarea unei baze intermediare de hidroxid de calciu pe o suprafață cât mai mare pentru a favoriza adeziunea;
- D. Nu se indică CIS;
- E. Niciun răspuns nu e corect.

B (4, pag. 312)

574. Unul dintre enunțurile referitoare la compozitele fluide este fals:

- A. Au rezistență mare la abraziune;
- B. Se folosesc ca liner în cavități de clasa a III-a de dimensiuni reduse;
- C. Se folosesc ca bază în cavitățile de clasa a II-a greu accesibile;
- D. Se folosesc ca liner în cavități de clasa a V-a de dimensiuni reduse;
- E. Rezistența mai mare la fracturare.

A (4, pag. 313)

575. Unul dintre enunțurile referitoare la compozitele fluide este adevărat:

- A. Aplicare ca baze voluminoase au contracție de priză mică;
- B. Se manipulează foarte greu;
- C. Rezistența mare la abraziune;
- D. Nu sunt indicate ca liner în cavitățile de clasa a III-a și clasa a V-a;
- E. Se folosesc ca bază în cavitățile de clasa a II-a greu accesibile.

E (4, pag. 313)

576. Coafajul indirect are următoarele obiective, cu excepția:

- A. Blochează activitatea „bacteriilor pioniere”;
- B. Crește permeabilitatea plăgii dentinare;
- C. Creează condiții optime de vindecare pulpară;
- D. Favorizează închiderea marginală optimă a obturației coronare;
- E. Stimulează neodentinogeneza.

B (4, pag. 314)

577. În cavitățile cu dentină dură și mici zone de dentină alterată, tratamentul conservator al cariei simple prin coafaj indirect se indică numai dacă se îndeplinesc anumite condiții, cu excepția:

- A. Dentina alterată să ocupe o suprafață punciformă plasată strict în dreptul coarnelor pulpare;
- B. Îndepărtarea completă a dentinei alterate duce la deschiderea camerei pulpare;
- C. Accesibilitate directă în cursul coafajului;
- D. Vârsta pacientului nu este importantă;
- E. Pacient tânăr, sănătos.

D (4, pag. 315)

578. Unul dintre enunțurile referitoare la concepția contemporană privind atitudinea terapeutică față de plaga dentinară în cavitățile profunde, este fals:

- A. Indicația materialelor de coafaj indirect se confundă cu cea a linerilor;
- B. Aceste materiale au rol izolant împotriva agenților chimici nocivi;
- C. Au rol de agent terapeutic pulpar;
- D. Protecția mecanică este preluată de baza propriu-zisă;
- E. Potrivit acestei concepții, nu este nevoie de bază propriu-zisă.

E (4, pag. 315)

579. Dezavantajul cimentului de hidroxid de calciu fotopolimerizabil, în comparație cu cel autopolimerizabil este:

- A. Se comportă excelent la compresiune;
- B. Are activitate bacteriostatică de foarte scurtă durată;
- C. Este mai puțin friabil;
- D. Este preferat în cazul folosirii gravajului acid;
- E. Se recomandă o fotoactivare de 20 secunde pentru un strat cu grosimea de 1 mm.

B (4, pag. 317)

580. Unul dintre enunțurile referitoare la acțiunea antimicrobiană a cimentului de hidroxid de calciu autopolimerizabil este fals:

- A. Acțiunea antimicrobiană depinde de pH-ul preparatului;
- B. Are acțiune cert bactericidă asupra *S. Mutans*;
- C. Acțiunea antimicrobiană depinde de capacitate de eliberare a ionilor OH⁻;
- D. Are acțiune cert bactericidă asupra *Lactobacillus casei*;
- E. Doar cimenturile fotopolimerizabile au acțiune bactericidă.

E (4, pag. 317)

581. Despre CIS conventionale nu se poate spune că:

- A. Aderă mai rapid la dentină decât cele fotopolimerizabile, asigurând o etanșeizare superioară a plăgii dentinare;
- B. Sunt bune termoizolante;
- C. Sunt bune izolante chimic;
- D. Au aderență chimică la toate tipurile de dentină;
- E. Conferă o bună izolare a plăgii dentinare față de stimulii chimici nocivi din mediul bucal.

A (4, pag. 319)

582. CIS autopolimerizabile au următoarele caracteristici, cu excepția:

- A. Este utilă condiționarea plăgii dentinare înaintea aplicării cimentului;
- B. Pot fi gravate acid;
- C. Au sensibilitate extremă la variații hidrice;
- D. Aderă mai rapid la dentină decât cele fotopolimerizabile;
- E. Sunt singurele materiale de bază intermediară care se apropie de gradul de hidratare al dentinei.

D (4, pag. 319)

583. Unul dintre enunțurile referitoare la activitatea antibacteriană a CIS este fals:

- A. Activitatea antibacteriană este mai pronunțată în cazul CIS fotopolimerizabile;
- B. Se obține prin eliberarea de fluor;
- C. Se obține prin pH inițial coborât;
- D. Activitatea antibacteriană e similară ambelor tipuri de CIS;
- E. Inhibă creșterea unor streptococi, lactobacili și actinomicete.

A (4, pag. 319)

584. Activitatea cariostatică a CIS se manifestă prin următoarele mecanisme, cu excepția:

- A. Eliberare de fluor;
- B. Reducerea producției de acizi în placa bacteriană;
- C. Formarea fluorurii de calciu;
- D. Formare fluorapatitei;
- E. Depinde de capacitatea de eliberare a ionilor OH.

E (4, pag. 319)

585. Definiția plăcii bacteriene este următoarea:

- A. Este reprezentată de materia albă;
- B. Poate fi supragingivală sau subgingivală;
- C. Constituie un sistem ecologic microbial viguros, cu o activitate metabolică intensă, bine adaptat mediului său;
- D. Este o acumulare mică bacteriană pe suprafața dentară;
- E. Vine în contact doar cu structura dură dentară.

C (4, pag. 52)

586. Diferența dintre placa bacteriană și materia albă este reprezentată de:

- A. Placa bacteriană este situată subgingival, iar materia albă este situată supragingival;
- B. Placa bacteriană este o masă globulară vizibilă, în timp ce materia albă nu se poate observa cu ochiul liber;
- C. Placa bacteriană este o matrice organică, pe când materia albă este o matrice anorganică;
- D. Ambele conțin leucocite, macrofage și celule epiteliale descumate, însă placa bacteriană le conține cu 50% mai mult;
- E. Dacă depozitul se poate îndepărta prin acțiunea mecanică a spay-ului de apă, se vorbește de materia albă, dacă însă acesta rezistă tentativei de îndepărtare, se vorbește despre placa bacteriană.

E (4, pag. 52)

587. Pelicula reprezintă:

- A. Primul strat al plăcii bacteriene;
- B. O structură anorganică;
- C. O structură ce apare doar pe suprafața dentară;
- D. O matrice intercelulară;
- E. Al doilea strat al plăcii bacteriene.

A (4, pag. 53)

588. În urma observațiilor clinice se evidențiază următoarele tipuri de leziuni carioase:

- A. Leziuni carioase de clasa I, II, III, IV și V;
- B. Leziuni carioase simple și complicate;
- C. Leziuni carioase proximale, ocluzale, incizale și cervicale;
- D. Caria șanțurilor, fisurilor și fosetelor și caria suprafetelor netede;
- E. Cariii acute și cronice.

D (4, pag. 170)

589. Din punct de vedere diagramatic, caria fosetelor și fisurilor se poate reprezenta sub următoarea formă:

- A. Nu prezintă o formă specifică;
- B. 2 conuri bază în bază, cu vârfurile îndreptate unul spre punctul de emergență a cariei și celălalt spre pulpă;
- C. Rotundă;
- D. Trapez cu baza mare orientată spre pulpă;
- E. Ovală.

B (4, pag. 170)

590. Tratamentul conturului marginal al unei cavități diferă în funcție de:

- A. Clasa după Black a cavității preparate;
- B. Suprafața dentară;
- C. Freza utilizată pentru realizarea bizotării;
- D. Localizarea pe dinte, direcția prismelor de smalț și de materialul restaurator;
- E. Forma cavității.

D (4, pag. 171)

591. După numărul suprafețelor implicate, cavitățile se clasifică în:

- A. Simple, compuse și complexe;
- B. Simple și multiple;
- C. Superficiale și complicate;
- D. Superficiale, medii și profunde;
- E. Simple și complicate.

A (4, pag. 172)

592. Terapia cariei dentare recunoaște 3 timpi și anume:

- A. Preparare, restaurare și finisare;
- B. Exerza țesutului cariat, extensia preventivă și bizotarea;
- C. Chirurgical, medicamentos și ortopedic;
- D. Stabilirea conturului marginal, ameloplastia și obținerea formei de conveniență;
- E. Ameloplastia, tratamentul plăgii dentinare și restaurator.

C (4, pag. 172)

593. Printre etapele preparării cavităților după Black nu regăsim:

- A. Toaleta cavității;
- B. Obținerea formei de rezistență;
- C. Ameloplastia;
- D. Obținerea formei de retenție;
- E. Stabilirea conturului marginal.

A (4, pag. 174-178)

594. Linerii se aplică:

- A. Într-un strat subțire de 1 mm;
- B. Sub forma unei pelicule foarte fine, sub 0.5 mm, strict pe plaga dentinară;

- C. Sub forma unei pelicule fine;
 - D. Într-un strat subțire de 1.5 mm;
 - E. Într-un strat subțire de maxim 2 mm, pentru a avea și rezistență.
- B (4, pag. 296)

595. Nu constituie avantaj al linerilor:

- A. Utilizarea în cofajul indirect pentru efectul terapeutic de neodentinogeneză;
- B. Efect cariostatic la interfața plăgii dentinare cu materialul de obturație coronară;
- C. Formarea unei bariere de protecție a plăgii dentinare care să reducă microinfiltrația marginală a lichidelor bucale și a bacteriilor cariogene la interfața dintre pereții cavității și obturația coronară;
- D. Solubilizarea și dezintegrarea în lichidele bucale;
- E. Protecție chimică prin sigilarea canaliculelor dentinare împotriva efectului iritant sau neutralizarea acidității materialului de obturație coronară.

D (4, pag. 296)

596. Printre dezavantajele linerilor nu regăsim:

- A. Izolarea termică necorespunzătoare;
- B. Solubilizarea și dezintegrarea în lichidele bucale;
- C. Efectul cariostatic la interfața plăgii dentinare cu materialul de obturație coronară;
- D. Desprinderea de pe suprafața plăgii dentinare, în cursul contracției de priză a rășinilor acrilice sau compozite;
- E. Lipsa unei rezistențe mecanice semnificative.

C (4, pag. 296)

597. Printre avantajele linerilor convenționali din CIS nu se regăsesc:

- A. Efect cariostatic;
- B. Adezivitatea la dentină, care exclude prezența bacteriilor;
- C. Valoarea crescută a modului de elasticitate;
- D. Biocompatibilitatea;
- E. Inhibă polimerizarea rășinilor.

E (4, pag. 299)

598. Obiectivele obturației de bază sunt:

- A. Înlocuirea dentinei cariate și protecția pulpară;
- B. Substituirea dentinei cariate, economisirea materialelor de obturație coronară, eliminarea zonelor retentive pentru incrustații;
- C. Economisirea materialelor de obturație coronară și protecția pulpară;
- D. Eliminarea zonelor retentive pentru incrustații și protecția pulpară;
- E. Protecția pulpară.

B (4, pag. 301-302)

599. După clasificarea modernă, obturațiile de bază se clasifică în:

- A. Propriu-zise și intermediare;
- B. Pe baza de CIS/FOZ/Eugenat;

- C. Simple și complexe;
 - D. Pe baza de liner/cimenturi;
 - E. Propriu-zise și definitive.
- A (4, pag. 302)

600. Printre avantajele CIS-urilor cu mecanism dublu de priză, comparativ cu cele convenționale, nu se regăsește:

- A. Forță mult mai mare de cuplare la dentină;
- B. Priză mai rapidă;
- C. Creștere mai rapidă a pH-ului;
- D. Rezistență mai mare la compresiune;
- E. Aciditate mai crescută.

E (4, pag. 312)

601. Printre caracteristicile compozitelor fluide nu regăsim:

- A. Creșterea proporției de rășină, cu reducerea implicită a vâscozității;
- B. Manipulare foarte ușoară;
- C. Rezistență mai mică la abraziune;
- D. Rezistență scăzută la fracturare;
- E. Rezistență mai mică la compresiune.

D (4, pag. 313)

602. Nu constituie obiectiv al coafajului indirect:

- A. Nerespectarea compatibilității modulului de elasticitate și a celei chimice cu materialul de obturație coronară;
- B. Prevenirea agresiunilor ulterioare chimice sau toxice (bacteriene);
- C. Reducerea permeabilității plăgii dentinare prin stimularea formării dentinei transparente;
- D. Blocarea activității „bacteriilor pioniere” și distrugerea lor;
- E. Stimularea neodentinogenezei.

A (4, pag. 314)

603. Printre calitățile materialului ideal de bază intermediară (coafaj indirect) nu regăsim:

- A. Sigilarea canaliculelor dentinare;
- B. Tehnică simplă de aplicare;
- C. Acțiune bacteriană;
- D. Nu poate fi neutralizat de materialul de bază propriu-zis sau materialul de obturație coronară;
- E. Păstrare îndelungată în cabinet la temperatura ambiantă.

C (4, pag. 314)

604. În urma observațiilor clinice se evidențiază două tipuri de leziuni carioase:

- A. Caria șanțurilor și a suprafețelor netede;
- B. Caria suprafețelor netede și a șanțurilor, dar nu a fisurilor și fosetelor;
- C. Caria șanțurilor, fisurilor și fosetelor, dar și a suprafețelor netede;
- D. Caria doar a fisurilor și a suprafețelor netede;
- E. Caria de colet.

C (4, pag. 170)

605. Din punct de vedere diagramatic, caria fosetelor și fisurilor se poate reprezenta sub următoarea formă:

- A. Două sau mai multe conuri bază în bază cu vârfurile îndreptate atât spre pulpă cât și spre punctul de urgență;
- B. Două conuri bază în bază cu vârfurile îndreptate unul spre pulpă și unul spre punctul de urgență a cariei;
- C. Con unic cu vârful orientat spre punctul de urgență;
- D. Două conuri cu vârfurile orientate spre pulpă;
- E. Forma depinde de mineralizarea țesutului dentar.

B (4, pag. 170)

606. Extensia preventivă este reprezentată de:

- A. Restaurarea va fi extinsă în zonele în care există o autocurățire normală cu scopul de a preveni caria secundară;
- B. Restaurarea va fi făcută conservativ protejând țesuturile dentare nealterate;
- C. Restaurarea va fi extinsă preventiv în scopul unei bune retenții a materialului de obturație;
- D. La nivelul molarilor acest principiu impune menținerea smalțului defect restant;
- E. La nivelul frontalilor acest principiu impune desființarea smalțului restant la nivel vestibular.

A (4, pag. 171)

607. Printre obiectivele preparării cavităților nu regăsim:

- A. Îndepărtarea tuturor țesuturilor alterate;
- B. Oferirea protecției necesare pentru pulpă;
- C. Plasarea marginilor cât mai conservativ posibil;
- D. Cavitatea obținută să nu se fractureze sub acțiunea forțelor masticatorii;
- E. Să nu permită aplicarea estetică și funcțională a materialului.

E (4, pag. 171-)

608. Tratamentul conturului marginal diferă în funcție de următoarele aspecte, mai puțin:

- A. Localizarea pe dinte;
- B. Direcția prismelor de smalț;
- C. Tipul de masticație;
- D. Tipul de material restaurator;
- E. Toate răspunsurile sunt corecte.

C (4, pag. 171)

609. În terapia cariei simple se cunosc trei timpi operatori, în următoarea ordine:

- A. Tratamentul chirurgical, etapa medicamentoasă și etapa ortopedică;
- B. Tratamentul medicamentos, etapa chirurgicală și etapa ortopedică;
- C. Tratamentul medicamentos, etapa ortopedică și etapa chirurgicală;
- D. Etapa ortopedică, etapa chirurgicală și apoi tratamentul medicamentos;
- E. Tratamentul chirurgical, etapa ortopedică și tratamentul medicamentos.

A (4, pag. 172)

610. Obiectivele tratamentului cariei simple sunt următoarele, cu excepția:

- A. Împiedicarea evoluției procesului distructiv;
- B. Refacerea soluției de continuitate la nivelul țesuturilor dure;
- C. Protejarea procesului distructiv dentar;
- D. B și C;
- E. A și C.

C (4, pag. 172)

611. Obturația dentară are rolul:

- A. De a reface anatomia dintelui și a restabili funcțiile pierdute;
- B. De a nu împiedica progresiunea leziunii carioase în țesuturile sănătoase învecinate;
- C. De a finaliza tratamentul curativ-restaurativ și profilactic;
- D. Doar răspunsurile B și C sunt corecte;
- E. Doar răspunsurile A și C sunt corecte.

E (4, pag. 173)

612. Conform clasificării anatomo-topografice, leziunile de clasa I sunt situate:

- A. La nivelul foselor și fisurilor de pe fața ocluzală a molarilor și premolarilor;
- B. La nivelul a 2/3 ocluzale vestibulare ale molarilor;
- C. La nivelul suprafeței palatinale a frontelor maxilari;
- D. La nivelul celor 2/3 ocluzale orale ale molarilor;
- E. Toate răspunsurile sunt corecte.

E (4, pag. 173)

613. Cavitatea de clasa a V-a rezultă în urma preparăției cavitaților de colet situate pe:

- A. Fețele meziale ale tuturor dinților;
- B. Fețele vestibulare și orale ale tuturor dinților;
- C. Fețele vestibulare, orale dar și proximale ale tuturor dinților;
- D. Fețele orale ale incisivilor superiori;
- E. Fețele distale ale tuturor dinților.

B (4, pag. 174)

614. Care dintre următoarele afirmații despre stabilirea conturului marginal al cavitaților sunt adevărate:

- A. Se referă la plasarea marginilor cavitații într-o poziție ce o va ocupa în final prepararea;
- B. Se va vizualiza și stabili înainte de a începe sculptarea în țesuturile dure;
- C. Vizualizarea clară a conturului marginal poate fi estompată în carii extensive;
- D. Variantele A și B;
- E. Variantele A, B și C.

E (4, pag. 174)

615. Conturul marginal poate fi stabilit după anumite principii:

- A. Tot smalțul subminat va fi îndepărtat;
- B. Se îndepărtează tot smalțul de la marginea cavitații, indiferent dacă este subminat sau nu;

- C. Marginile cavitații vor fi plasate într-o poziție care să permită o bună finisare a marginilor viitoare restaurații;
 - D. Toate variantele enunțate mai sus;
 - E. Doar variantele A și C.
- E (4, pag. 175)

616. În stabilirea conturului marginal în prepararea cavitațiilor trebuie îndeplinite anumite condiții, printre care:

- A. Extinderea marginilor cavitații până în structură dentară sănătoasă;
 - B. Extinderea marginilor trebuie să includă toate fisurile ce nu pot fi eliminate prin ameloplastie potrivită;
 - C. Când două fose sau fisuri au între ele structură sănătoasă mai mică de 0,5 mm acestea vor fi unite;
 - D. Dacă extensia include $\frac{1}{2}$ din panta cuspidiană cuspidul va fi desființat;
 - E. Toate variantele de mai sus.
- E (4, pag. 175)

617. Care dintre următoarele reguli va fi respectată în stabilirea conturului marginal în cazul preparării cavitațiilor pe suprafețe netede:

- A. Se extind marginile cavitații până în țesut sănătos, fără a lăsa smalț nesubminat;
 - B. Se evită terminarea marginilor pe pantele cuspidiene sau crestele de smalț;
 - C. Se extind marginile vestibulare și orale în cazul cavitațiilor proximale în interiorul ambrazurilor respective pentru a permite o curățare eficientă;
 - D. Regulile enunțate la punctele B și C;
 - E. Regulile enunțate la punctele A și B.
- D (4, pag. 176)

618. Ameloplastia se referă la:

- A. Remodelarea suprafețelor smalțului;
 - B. Remodelarea suprafețelor dentinei cu instrumentar rotativ potrivit;
 - C. Remodelarea suprafețelor smalțului cu instrumentar de mână potrivit;
 - D. Remodelarea pereților cavitații;
 - E. Remodelarea suprafețelor dentinei.
- A (4, pag. 176)

619. Tratamentul, în cazul parodontitelor apicale acute, este dictat pentru fiecare pacient în parte, de următoarele cu excepția:

- A. Tonusul reactiv individual;
 - B. Forma anatomo-clinică de inflamație;
 - C. Starea dintelui;
 - D. Poziția dintelui pe arcadă;
 - E. Experiența medicului.
- E (5, pag. 249)

620. Schema de tratament în parodontitele apicale acute exsudative purulente în stadiul endoosos presupune:

- A. Drenaj endodontic asociat cu analgetice;
- B. Drenaj combinat endodontic și osteotomie transmaxilară;
- C. Drenaj alveolar prin extracția dintelui;
- D. Toate cele de mai sus;
- E. Nici una din variantele A-C.

D (5, pag. 257)

621. Schema de tratament în parodontitele apicale acute exsudative purulente în stadiul subperiostal presupune:

- A. Drenaj endodontic;
- B. Incizie mucoperiostală;
- C. medicație analgetică, tranchilizante;
- D. Toate cele de mai sus;
- E. Niciuna din manoperele enumerate la punctele A, B și C.

D (5, pag. 257)

622. Schema de tratament în parodontitele apicale acute exsudative purulente în stadiul submucos presupune:

- A. Drenaj endodontic;
- B. Incizia mucoasei;
- C. Extracția dintelui și drenaj alveolar;
- D. Toate cele de mai sus;
- E. Niciuna din manoperele enumerate la punctele A, B și C.

D (5, pag. 257)

623. Clasificarea gingivitei cronice simple (necomPLICATE, prin inflamație de cauză microbiană) după localizare și întindere include:

- A. Papilita;
- B. Gingivita marginală;
- C. Gingivita difuză;
- D. Gingivita localizată;
- E. Toate răspunsurile sunt corecte.

E (6, pag. 224)

624. Gingivita cronică (simplă, necomplicată):

- A. Este de cauza microbiană;
- B. Apare în cadrul unor boli sistemice;
- C. Este de cauza micotică;
- D. Este de natură virală;
- E. Apare în Lichenul plan.

A (6, pag. 224)

625. În gingivita cronică prin inflamație de cauză microbiană, pacienții semnalează:

- A. Senzație de usturime;
- B. Dureri puternice, insuportabile, la periaj;
- C. Prurit gingival intens;
- D. Sângerări gingivale spontane;
- E. Senzație de egresiune a dinților, în special la sfârșitul zilei.

A (6, pag. 224)

626. Pacienții cu gingivită cronică semnalează:

- A. Prurit gingival foarte accentuat;
- B. Dureri puternice la periaj;
- C. Sângerări spontane;
- D. Dureri discrete în timpul masticației unor alimente prea fierbinți;
- E. Dureri discrete în timpul masticației unor alimente moi.

D (6, pag. 224)

627. Gingivita hiperplazică prin inflamație microbiană are ca factor favorizant:

- A. Cavitățile carioase pe fața ocuzală a dinților posteriori și marginea incizală a dinților anteriori;
- B. Obturațiile vechi;
- C. Contactul traumatic și retentiv între corpul de punte și gingia dinților stâlpi;
- D. Purtarea protezelor parțiale acrilice care nu produc traumatisme;
- E. Restabilirea punctelor de contact interdental.

C (6, pag. 225-226)

628. Nu sunt considerați factori favorizanți locali în gingivite hiperplazice:

- A. Obturațiile cu suprafața rugoasă;
- B. Fumatul;
- C. Obturațiile în exces;
- D. Contactul traumatic și retentiv în raport cu gingia al unor aparate ortodontice;
- E. Leziunile carioase proximale sau de colet vestibular sau oral.

B (6, pag. 226)

629. Gingivita hiperplazică ereditară (după Dumitriu) este cunoscută sub următoarele denumiri, cu excepția:

- A. Elefantiazis gingival;
- B. Fibrom gingival difuz;
- C. Gingivita cu plasmocite;
- D. Fibromatoza idiopatică;
- E. Fibromatoza gingivală ereditară.

C (6, pag. 245)

630. În gingivita hiperplazică hidantoinică, hiperplazia fără inflamație supraadăugată are următoarele caracteristici, cu excepția:

- A. Are un aspect lobulat;
- B. Are culoare roz-deschis;
- C. Are consistență fermă;

D. Este prezent un șanț la baza hiperplaziei papilelor și a marginii gingivale libere sau la limita cu mucoasa alveolară, atunci când cuprinde și gingia fixă;

E. Sângerează.

E (6, pag. 238)

631. Gingivita hiperplazică ereditară este cunoscută și sub denumirea de:

A. Gingivita hidantonică;

B. Macrogingie congenitală;

C. „Tumora de sarcină”;

D. Eritem gingival linear;

E. Sarcomul Kaposi.

B (6, pag. 245)

632. Unul dintre principalele medicamente implicate în producerea, ca efect secundar, a hiperplaziilor gingivale, este:

A. Metamizolul sodic;

B. Penicilina V;

C. Carbamazepina;

D. Hidantoina;

E. Valproatul de sodiu.

D (6, pag. 237)

633. Următoarele afirmații referitoare la gingivita de sarcină sunt adevărate, cu excepția:

A. Dinții prezintă mobilitate gradul 1 și 2;

B. Pacienta acuză senzații anormale de gust: acru, sărat;

C. Durerile gingivale apar numai în cursul unor suprainfectări cu caracter acut;

D. Gingie tumefiată;

E. Culoarea gingiei variază de la roșu viu, strălucitor, până la roșu-violaceu.

B (6, pag. 228)

634. Printre simptomele gingivitei din carența vitaminei C se numără următoarele, cu excepția:

A. Pungi parodontale false;

B. Mobilitate dentară prin edem;

C. Halenă;

D. Hiperplazie gingivală cu ulcerații și sângerări la cele mai mici atingeri;

E. Creșterea permeabilității capilare.

E (6, pag. 232)

635. Semnele clinice subiective ale gingivitei din carenta vitaminei C sunt următoarele, cu excepția:

A. Halenă;

B. Retracții gingivale;

C. Absența sângerării;

D. Pungi false;

E. Mobilitate prin edem.

B (6, pag. 232)

636. Gingivoragia precoce este unul dintre principalele semne din următoarea afecțiune:

A. Gingivita prin utilizarea medicației contraceptive;

B. Gingivita din leucemiile cronice;

C. Gingivita hiperplazică hidantoinică;

D. Gingivostomatita ulcero-necrotică;

E. Gingivita din leucemia acută mieloblastică.

E (6, pag. 234)

637. Aspectul gingival de “prundiș” se întâlnește în:

A. Pericoronarita supurată;

B. Fibromul gingival difuz;

C. Gingivitele descuamative;

D. Gingivita și gingivostomatita ulcero-necrotică;

E. Gingivita hiperplazică hidantoinică.

B (6, pag. 246)

638. Simptomatologia din gingivita de pubertate include:

A. Polipi gingivali sesili sau pediculați;

B. Mobilitate ușoară spre medie a dinților;

C. Culoarea gingiei hiperplazice variază de la roșu congestiv cu zone frecvent ulcerate până la roșu închis, uneori violaceu în zonele de stază;

D. Hiperplazie gingivală, în special vestibulară, cu aspect bulbos al papilei interdentare;

E. Accentuarea durerilor la contactul cu alimente fierbinți, condimente, masticăție.

D (6, pag. 227)

639. Următoarea afirmație referitoare la gingivita și gingivostomatita de menopauză este adevărată:

A. Pacientul prezintă mobilitate dentară gradul 2 și gradul 3;

B. Are debut insidios;

C. Are caracter generalizat, predominant vestibular și în zonele interdentare;

D. Consistența gingiei rămâne fermă indiferent de gradul de îmbolnăvire;

E. Pacientul experimentează dificultate în purtarea protezelor mobile.

E (6, pag. 230)

640. Gingivita din cursul ciclului menstrual are următoarele simptome, cu excepția:

A. Sângerare gingivală;

B. Senzație de tensiune;

C. Ușoară tumefacție;

D. Creșterea ușoară a mobilității dentare;

E. Creșterea marcantă a mobilității dentare.

E (6, pag. 228)

641. Nu constituie semn clinice în gingivita alergică:

- A. Culoarea roșie intensă;
- B. Cuprinde papilele interdentare, marginea gingivală liberă și gingia fixă, dispărând frecvent brusc la nivelul joncțiunii mucogingivale;
- C. Consistența gingiei este redusă, moale, friabilă;
- D. Volumul este crescut, tumefacția gingivală având un aspect ușor granular;
- E. Lipsa sângerării la atingere și masticăție.

E (6, pag. 247)

642. În gingivitele din cursul tratamentelor cu antagoniști de calciu:

- A. Factorul etiologic principal este medicamentul de tip antagonist de calciu;
- B. Factorul etiologic principal este afecțiunea cardiovasculară;
- C. Factorul etiologic principal este placa bacteriană;
- D. Gingia nu este mărită de volum;
- E. Răspunsul tisular nu este modificat de medicament.

C (6, pag. 242)

643. În gingivitele cronice descuamative următoarele afirmații sunt corecte, cu excepția:

- A. Gingia este palidă;
- B. Examenul histopatologic pune în evidență leziuni de tip lichenoid sau de tip bulos;
- C. Zonele descuamate sunt de culoare roșu intens;
- D. Gingia este acoperită cu un bogat deposit de placă dentară;
- E. Apare disjuncția între epiteliu și corion.

A (6, pag. 248-249)

644. Diagnosticul diferențial al gingivitei și gingivostomatitei ulcero-necrotice se face cu:

- A. Leziuni ulcerative ale mucoasei, produse prin iritație mecanică dată de proteze;
- B. Lichenul plan bucal;
- C. Leziuni difterice;
- D. Leucemia cronică;
- E. Abcesul cerebral.

C (6, pag. 244)

645. Printre simptomele pericoronaritelor se descriu următoarele, cu excepția:

- A. Hipersalivație;
- B. Adenopatie;
- C. Stare generală alterată și febră;
- D. Edem laringian;
- E. Halenă.

D (6, pag. 245)

646. Printre complicațiile pericoronaritelor nu se regăsesc:

- A. Meningita acută;
- B. Abcesul de vecinatate;
- C. Edemul laringian;

- D. Tromboflebita sinusului cavernos;
 - E. Trismusul.
- E (6, pag. 245)

647. Un simptom al gingivitei și gingivostomatitei ulcero-necrotice este:

- A. Stomatita gangrenoasă;
- B. Septicemia;
- C. Abcesul cerebral;
- D. Meningita;
- E. Rigiditatea feței.

E (6, pag. 243)

648. Care dintre următoarele afirmații cu privire la epidemiologia gingivitei și gingivostomatitei ulcero-necrotice este adevărată:

- A. Este frecventă la pacienți cu vârste foarte înaintate;
- B. Este frecventă la copiii cu vârste între 9 și 11 ani;
- C. Este mai frecventă la adulți cu vârstă medie;
- D. Este mai frecventă la adolescenți și adulții tineri;
- E. Este extrem de rară la adulții tineri.

D (5, pag. 243)

649. Diagnosticul diferențial al gingivitei și gingivostomatitei micotice se face cu:

- A. Gingivita și gingivostomatita ulcero-necrotică;
- B. Gingivita și gingivostomatita herpetică;
- C. Gingivita și gingivostomatita aftoasă recidivantă;
- D. Leucoplazia;
- E. Gingivita cronică descuamativă.

D (6, pag. 254)

650. Detartrajul cu ultrasunete este contraindicat la următorii pacienți, cu excepția:

- A. Pacienți cu reflex de vomă exagerat;
- B. Pacienți cu boli infecțioase, contagioase;
- C. Copii mici;
- D. Hiperestezie dentinară;
- E. Bolnavi hemofilici.

E (6, pag. 325)

651. Efectele secundare ale utilizării clorhexidinei NU sunt:

- A. Scade depunerea de tartru;
- B. Colorarea în galben-maroniu a dinților, obturațiilor fizionomice;
- C. Modificarea tranzitorie a senzației gustative;
- D. Iritații minime și descuamări;
- E. Reacții alergice.

A (6, pag. 329-330)

652. Indicațiile chiuretelor Gracey sunt următoarele:

- A. Detartrajul șanțului gingival;
- B. Detartrajul subgingival în pungile parodontale;
- C. Chiuretajul radicular;
- D. Chiuretajul țesutului de granulație;
- E. Toate răspunsurile sunt corecte.

E (6, pag. 316)

653. Substanțele medicamentoase cu eliberare lentă care pot fi aplicate subgingival sunt:

- A. Tetraciclina;
- B. Metronidazolul;
- C. Răspunsurile A, B și E sunt corecte;
- D. Niciun răspuns nu este corect;
- E. Clorhexidina.

C (6, pag. 340)

654. Tratamentul în gingivita hiperplazică prin inflamație microbiană constă în:

- A. Aplicarea unei soluții de $ZnCl_2$ concentrație 30%;
- B. Aplicarea unei combinații de antiseptice prin badijonaj și meșe;
- C. Îndepărtarea obturațiilor în exces;
- D. Operație cu lambou și excizia gingiei fibromatoase;
- E. Aplicarea de extracte vegetale, în ședințe scurte cu schimbarea poziției de lucru.

D (6, pag. 466)

655. Tratamentul gingivitei de sarcină comportă următoarele recomandări:

- A. Evitarea manoprelor de igienizare în primele două trimestre de sarcină;
- B. Excizia chirurgicală imediată a hiperplaziei gingivale;
- C. Gingivectomie gingivoplastică;
- D. Stabilirea exactă a diagnosticului precoce în primele săptămâni și confirmarea radiologică a acestuia;
- E. Leziunile gingivale incipiente se tratează conservativ, antimicrobian (aplicații locale de perhidrol).

E (6, pag. 466)

656. Tratamentul de urgență al gingivostomatitei ulceronecrotice constă în:

- A. Detartraj minuțios cu ultrasunete și chiurete Gracey, atât supragingival cât și subgingival;
- B. Administrarea imediată de Acyclovir;
- C. Aplicarea locală de colutorii complexe cu antibiotice, corticosteroizi, antihistaminice;
- D. Evitarea îndepărtării depozitelor de fibrină, astfel încât să nu expunem leziunile ulceroase;
- E. Aplicare de soluție orală 0,1 % maleat de dimetinden - Fenistil, care amendează rapid manifestările acute.

C (6, pag. 469)

657. Tratamentul retracțiilor gingivale constă în:

- A. Chiuretaj în punji false;

- B. Operația cu lambou deplasat coronar, cu și fără utilizarea derivaților de matrice a smalțului;
- C. Operație cu lambou deplasat apical;
- D. Gingivectomie;
- E. Extracție sau amputație radiculară.

B (6, pag. 473)

658. Tratamentul abcesului parodontal marginal impune:

- A. Excizie chirurgicală datorită tendinței crescute de recidivă;
- B. Operație cu lambou în accesul simplu al monoradicularilor;
- C. Îndepărtarea exudatului purulent prin spălare abundentă cu soluții antiseptice;
- D. Utilizarea procedurilor de bioreactivare tisulară;
- E. Utilizarea procedurilor de aplicare a luminii polarizate sau a laserului terapeutic.

C (6, pag. 475)

659. Tratamentul în gingivita cronică simplă, necomplicată, constă în:

- A. Detartraj efectuat cu grijă pentru îndepărtarea depozitelor subgingivale;
- B. Aplicarea după detartraj a unor substanțe antimicrobiene prin badijonaj;
- C. Tratamentul bolilor generale asociate;
- D. Debridare gingivală;
- E. Toate de mai sus.

E (6, pag. 465)

660. Tratamentul pericoronaritelor nu include:

- A. Decapușonare chirurgicală;
- B. Spălături antiseptice abundente;
- C. Instilații de colutorii complexe cu antibiotice;
- D. Administrarea pe cale generală de antibiotice în caz de trismus și adenopatie;
- E. Extracția de urgență.

E (6, pag. 470)

661. Pentru expunerea furcașilor de grad I, tratamentele recomandate sunt următoarele, cu excepția:

- A. Debridare gingivală;
- B. Detartraj;
- C. Amputație radiculară;
- D. Chiuretaj subgingival;
- E. Gingivectomie.

C (6, pag. 476)

662. Tratamentul parodontitei juvenile NU constă în:

- A. Reechilibrare ocluzală;
- B. Debridare gingivală;
- C. Tratament antimicrobian (augumentin);
- D. Chiuretaj subgingival, operație cu lambou, extracția dinților nerecuperabili;
- E. Detartraj.

A (6, pag. 472)

663. Parodontita marginală agresivă, rapid progresivă, nu are ca etape de tratament:

- A. Debridarea gingivală;
- B. Detartrajul;
- C. Terapia antimicrobiană local și general în formele profunde și rebele;
- D. Terapia adresată predominant afecțiunilor generale suprapuse;
- E. Reechilibrarea ocluzală.

D (6, pag. 472-473)

664. Tratamentul hiperesteziei dentinare nu constă în:

- A. Atingeri cu glicerină caldă;
- B. Impregnări cu ferrocianură de potasiu soluție 20%;
- C. Aplicații locale de fluorură de sodiu cu caolin și glicerină (nafestezină);
- D. Fulgurații cu aparatul de diateremie;
- E. Aplicații cu hidroxid de calciu.

E (6, pag. 475-476)

665. Introducerea pastelor de obturat în canal se poate face prin mai multe procedee:

- A. Cu acele Lentullo, utilizate prin rotirea lor în sensul invers acelor de ceasornic;
- B. Cu acele Lentullo, utilizate prin rotirea lor în sensul acelor de ceasornic;
- C. Cu ace Kerr files, prin pistonare;
- D. Cu ace Hedström, prin pistonare;
- E. Cu ace Kerr reamers, prin pistonare.

B (5, pag. 214)

666. Sigilarea canalelor radiculare cu paste ce se întăresc în interiorul lor are următoarele dezavantaje:

- A. Control precis în timpul introducerii pastei în canal;
- B. Depășirea rară a constricției apicale;
- C. Omogenitatea obturației;
- D. Variații volumetrice după priză;
- E. Solubilizare inexistentă.

D (5, pag. 214)

667. Alegerea acului Lentullo, ca parte a timpilor operatori în obturarea canalelor radiculare, se face după următoarele criterii:

- A. Pentru canale înguste: ace Lentullo nr. 3-4;
- B. Pentru canale largi: ace Lentullo nr 1-2;
- C. Frontalii superiori și primii premolari superiori: ace Lentullo pentru piesa în unghi.
- D. Molari inferiori: ace Lentullo pentru piesa dreaptă;
- E. Premolari inferiori: ace Lentullo pentru piesa în unghi.

E (5, pag. 215)

668. Proba conului de gutapercă, în cazul adoptării tehnicii de obturație mixtă de canal, se face după următoarele criterii:

- A. Cât mai subțire în raport cu volumul canalului;
- B. Volumul său nu se raportează la volumul canalului;
- C. Să nu ajungă aproape de constricția apicală;
- D. Să ajungă aproape de constricția apicală, fără a o depăși;
- E. Să ajungă cât mai aproape de constricția apicală, depășind-o.

D (5, pag. 215)

669. În cadrul obturării canalelor radiculare, etapa de încărcare cu pastă, acul Lentullo:

- A. Este introdus încărcat cu pasta de obturat, în rotație, până la reperul apical;
- B. Dacă se blochează în canal, se retrage 2 mm;
- C. Este retras lent din canal prin mișcări de rotație de-a lungul pereților;
- D. Este încărcat în rotație, la turație mare, în sens invers acelor de ceasornic, prin introducerea în pastă doar a vârfului acului;
- E. Este încărcat trecând acul paralel prin pasta strânsă pe marginea plăcuței de sticlă.

C (5, pag. 216)

670. Tehnica de obturare ce utilizează un ac Kerr tip burghiu presupune:

- A. Alegerea unui ac Kerr tip burghiu de calibru mai mare cu un număr decât al acului cel mai gros cu care s-a lărgit canalul pe toată lungimea de lucru;
- B. Încărcarea cu pastă a acului pe toată lungimea sa;
- C. Introducerea acului pe canal până la reperul stabilit prin odontometrie;
- D. Răsucirea acului în sensul acelor de ceasornic pentru a depune pasta în canal;
- E. Alternarea mișcărilor de rotație în sensul acelor de ceasornic cu mișcări de pistonare ale acului.

C (5, pag. 216)

671. Indicațiile Biocalexului:

- A. Gangrena pulpară simplă;
- B. Persistența pulpei vii în canal;
- C. Parodontite apicale acute;
- D. Aplicarea în jumătatea apicală a canalului;
- E. Curburi accentuate ale treimii apicale care permit instrumentarea porțiunii respective a canalului.

A (5, pag. 218)

672. Contraindicațiile Biocalexului:

- A. Gangrena pulpară simplă;
- B. Parodontite apicale cronice;
- C. Parodontite apicale acute;
- D. Obstacol de material organic pe canale;
- E. Curburi accentuate ale treimii apicale care nu permit instrumentarea porțiunii respective a canalului.

C (5, pag. 218)

673. Fenomenul de tug back:

- A. Rezidă în fixarea festă a conului în canal pe o porțiune de 3-4 mm, de la emergența canalului;
- B. Rezidă în fixarea festă a conului în canal pe o porțiune de 3-4 mm, cu ajutorul pastei de sigilare;
- C. Reprezintă rezistența întâmpinată la introducerea în canal a conului pe toată lungimea de lucru;
- D. Reprezintă rezistența întâmpinată la retragerea din canal a conului, introdus pe toată lungimea de lucru;
- E. Împiedică realizarea unei obturații corecte.

D (5, pag. 219)

674. Un avantaj al tehnicii de cimentare a unui con unic calibrat la apex este:

- A. Conul asigură o sigilare eficientă de unul singur;
- B. Insolubilitatea sigilanților;
- C. Existența premiselor de sigilare a canalului pe o distanță de 2-3 mm;
- D. Posibilitatea persistenței unor porțiuni relativ întinse ale canalului, obturate parțial cu ciment de sigilare;
- E. Simplitatea și rapiditatea execuției.

E (5, pag. 219)

675. Care din următoarele afirmații referitoare la proba conului este adevărată:

- A. Proba vizuală constă în introducerea unui con de calibrul celui mai gros instrument folosit pentru lărgirea porțiunii apicale a canalului pe toată lungimea sa de lucru;
- B. Proba tactilă constă în determinarea capacității conului, o dată introdus pe toată lungimea de lucru, de a se fixa fest la nivelul emergenței canalului;
- C. Proba tactilă e mai sensibilă la conurile de gutapercă decât la cele metalice;
- D. Proba tactilă are o șansă apreciabilă de eroare la canalele care nu prezintă o secțiune ovalară în porțiunea lor apicală;
- E. Conul trebuie să fie plasat la o distanță mai mică de 2 mm față de constricția apicală determinată prin odontometrie.

A (5, pag. 219-220)

676. Nu face parte din timpii operatori ai obturației de canal:

- A. Proba clinico-radiologică a conului;
- B. Toaleta finală a canalului prin spălătură endodontică;
- C. Uscarea canalului cu conuri de hârtie nesterile uscate;
- D. Introducerea cimentului de sigilare pe canal;
- E. Introducerea conului în canal.

C (5, pag. 221-222)

677. Nu este adevărată următoarea afirmație în ceea ce privește tehnica obturației prin modelarea individuală a conului:

- A. Este indicată în cazul canalelor mai subțiri decât cel mai gros con standardizat de gutapercă;

- B. Implică ramolirea simultană prin încălzire a mai multor conuri de gutapercă groase ținute împreună cu pensa în flacăra;
 - C. Implică modelarea ruloului de gutapercă într-un con de grosime adecvată calibrului canalului;
 - D. Conul recent modelat este răcit în apă;
 - E. Conurile individuale sunt transformate prin rularea sub presiune între două plăcuțe de sticlă sterile, într-o masă de gutapercă unică cât mai omogenă.
- A (5, pag. 222)

678. În tehnica de condensare laterală la rece a gutapercii:

- A. Spreaderului i se imprimă o mișcare de presiune apicală și rotație;
 - B. Se selectează un spreader de un asemenea calibru, care să îi permită să ajungă, de-a lungul conului de gutapercă principal, până la o distanță de 3 mm de constricția apicală;
 - C. Conul de gutapercă trebuie să fie cu un număr mai mic decât calibrul celui mai gros instrument cu care s-a lărgit canalul pe toată lungimea de lucru;
 - D. Conul de gutapercă se introduce în canal la o distanță de 2 mm de constricția apicală;
 - E. Conul de gutapercă auxiliar se alege cu un număr mai mare decât spreaderul.
- A (5, pag. 224-226)

679. Tehnica recomandată de Stock în obturarea canalelor radiculare este următoarea:

- A. Canale accesibile, apoi canale largi;
 - B. Canale accesibile, apoi canale cu probleme;
 - C. Molari superiori: palatinal, distovestibular, mezi vestibular;
 - D. Molari superiori: mezi vestibular, distovestibular, palatinal;
 - E. Molari inferiori: distal, mezi vestibular, meziolingual.
- D (5, pag. 226)

680. Nu face parte din regulile general valabile în efectuarea tratamentului biomecanic al canalului:

- A. Evitarea lărgirii constricției apicale;
 - B. Prepararea unui stop apical adecvat;
 - C. Alegerea unui con master adaptat corespunzător în porțiunea apicală;
 - D. Controlul radiologic obligator după prima manevră de condensare laterală convențională la rece a conului master;
 - E. Alegerea unui spreader adecvat, mai mic decât conul master.
- E (5, pag. 230)

681. În tehnica de condensare verticală la cald a gutapercii, premisele preoperatorii sunt:

- A. Proba conului de gutapercă: conul principal trebuie să se blocheze, la propulsarea în canal, la o distanță de 1 mm de constricția apicală;
- B. Proba pluggerului: conferă un efect maxim de condensare dacă extremitatea sa plată activă contactează o suprafață cât mai redusă de gutapercă;
- C. Se exercită o presiune laterală directă asupra pereților;
- D. Proba pluggerului: selecția unui set de 2-4 pluggere de calibre diverse, cu repere plasate la intervale de 5 mm pe partea activă;
- E. Proba conului de gutapercă: conul principal trebuie adaptat exact la constricția apicală.

D (5, pag. 232)

682. Constituie avantaj al tehnicii de condensare termomecanica a gutapercii:

- A. Conferă obturației densitate și omogenitate crescute;
- B. Este laborioasă;
- C. Necesită exersare îndelungată;
- D. Facilitează depășirile;
- E. Generează o cantitate mare de caldură în spațiul endodontic.

A (5, pag. 234)

683. Nu face parte din timpii operatori ai tehnicii de condensare termomecanică a gutapercii:

- A. Proba conului de gutapercă, plasat la 1,5 mm de constricția apicală;
- B. Alegerea unui compactor de același calibru cu acul Kerr cel mai gros cu care s-a lărgit canalul până la 1- 1,5 mm de reperul apical;
- C. Proba clinică a compactorului în canal;
- D. Introducerea compactorului în canal până se întâmpină o ușoară rezistență;
- E. Retragerea lentă a compactorului, la turație minimă.

E (5, pag. 235)

684. Regulile obligatorii în tehnica de injectare a gutapercii ramolite prin încălzire, utilizând sistemul Obtura, presupun:

- A. Lărgirea minimă a canalului;
- B. Plasarea la emergența canalului a vârfului canulei;
- C. Injectarea gutapercii la o temperatură cât mai mare;
- D. Injectarea gutapercii la o consistență mare;
- E. Proba clinică prealabilă a pluggerelor pentru asigurarea pătrunderii la adâncimea dorită.

E (5, pag. 237)

685. Timpii operatori în tehnica de injectare a gutapercii ramolite prin încălzire, utilizând sistemul Obtura, includ:

- A. Crearea stopului apical în dentină prin lărgirea canalului la acest nivel cel puțin cu acul nr. 50;
- B. Alegerea unor pluggere care să pătrundă în treimea apicală;
- C. Coafarea conului cu ciment de sigilare;
- D. Injectarea lentă a gutapercii în canal, păstrând suficient spațiu în jurul canulei pentru a nu se incorpora bule de aer în obturație;
- E. Obturarea segmentului apical al canalului în 60 de secunde.

D (5, pag. 237)

686. Conurile de argint au ca avantaj:

- A. Flexibilitate mai mare decât a conurilor de gutapercă;
- B. Sunt necomprimabile;
- C. Duc la o închidere deficitară a canalelor;
- D. Dezobturare foarte dificilă;
- E. Nu aderă la sigilant.

A (5, pag. 243)

687. Metoda chirurgicală aleasă în tratamentul parodontitelor apicale acute sau cronice nu depinde de:

- A. Forma anatomo-clinică a parodontitei apicale;
- B. Condițiile topografice locale;
- C. Starea generală a pacientului;
- D. Stadiul evolutiv al parodontitei;
- E. Starea generală a aparținătorilor.

E (5, pag. 249)

688. Metoda chirurgicală aleasă în tratamentul parodontitelor apicale acute sau cronice poate fi reprezentată în prima etapa de:

- A. Uscarea camerei pulpare cu jet de aer;
- B. Extirparea vitală a pulpei radiculare;
- C. Trepanarea dintelui, deschiderea camerei pulpare, permeabilizarea canalelor radiculare, drenaj endodontic;
- D. Medicație antiseptică;
- E. Administrarea de dexametazonă i.m.

C (5, pag. 249)

689. În cazul unei parodontite apicale acute hiperemice de iritație determinată de materialul de obturație care a depășit apexul, fără alte complicații, atitudinea terapeutică este:

- A. Diferită, mergând de la expectativă până la intervenție chirurgicală;
- B. Osteotomie transmaxilară;
- C. Trepanarea dintelui, deschiderea camerei pulpare, permeabilizarea canalelor radiculare, drenaj endodontal;
- D. Îndepărtarea cât mai rapidă a materialului de obturație de canal;
- E. Uscarea camerei pulpare cu jet de aer.

A (5, pag. 251)

690. În parodontitele apicale acute, tratamentul medicamentos este un tratament:

- A. Principal;
- B. Cu importanță maximă;
- C. Care se administrează întotdeauna intramuscular;
- D. Administrat pe cale intravenoasă;
- E. Adjuvant.

E (5, pag. 249)

691. Factorii care condiționează intensitatea manifestărilor în depășirile apicale sunt:

- A. Calitatea materialului de obturație;
- B. Culoarea materialului de obturație;
- C. Starea parodontiului apical imediat după obturația de canal;
- D. Tehnica de obturare aleasă;
- E. Vecinătatea unor formațiuni musculare.

A (5, pag. 251)

692. Pentru a realiza drenajul endodontic în condiții optime în parodontitele apicale acute exudative seroase este necesar să efectuăm cât mai repede:

- A. Deschiderea dintelui fără a exacerba durerile pacientului;
- B. Obturația coronară cu compozit;
- C. Șlefuirea dintelui și amprentarea;
- D. Înlocuirea obturației de canal;
- E. Deschiderea dintelui folosind piesa contraunghi.

A (5, pag. 252)

693. Tehnica drenajului endodontic cuprinde:

- A. Imobilizarea definitivă a dintelui;
- B. Obturarea definitivă a canalelor;
- C. Reperarea orificilor canalelor radiculare cu freza;
- D. Spălături cu ser fiziologic;
- E. Utilizarea turbinei pentru crearea accesului.

E (5, pag. 253)

694. Pentru prevenirea trecerii parodontitei apicale exudative seroase înspre o parodontită exudativă purulentă se recomandă:

- A. Instituirea unui tratament medicamentos general cu: antibiotice, ser, apă de gură;
- B. Instituirea unui tratament medicamentos general cu: antibiotice, antialgice, apă de gură;
- C. Instituirea unui tratament medicamentos general cu: antibiotice, antialgice, antiinflamatoare;
- D. Clătiri cu apă de gură pe baza de clorhexidină;
- E. Anestezie locală.

C (5, pag. 253)

695. Osteotomia transmaxilară se realizează astfel:

- A. Imobilizarea temporară a dintelui;
- B. Trepanarea tablei osoase și a osului la nivelul apexului dintelui respectiv cu o freză sferică montată la turbină;
- C. Anestezie generală;
- D. Trepanarea tablei osoase și a osului la nivelul apexului dintelui respectiv cu o freză sferică montată la piesa dreaptă;
- E. Prin extracția dintelui.

D (5, pag. 253-254)

696. Care dintre următoarele afirmații referitoare la tratamentul parodontitei apicale acute exudative purulente este adevărată:

- A. Extracția dintelui este indicată în toate situațiile;
- B. Este diferențial în funcție de faza în care se găsește localizat exudatul purulent;
- C. În faza endoosoasă se realizează incizia mucoasei la nivelul abcesului;
- D. Este diferențial în funcție de faza în care se găsește localizat exudatul seros;
- E. În faza submucoasă se administrează imediat și întotdeauna antibiotice.

B (5, pag. 254)

697. În faza subperiostală a parodontitei apicale acute exudative purulente se efectuează:

- A. Doar incizie mucoperiostală și lamă de dren pentru 24h asociată cu analgetice;
- B. Obturarea definitivă a canalului;
- C. Administrarea imediată de antibiotice;
- D. Spălături cu ser fiziologic;
- E. Drenaj endodontic, incizie mucoperiostală și lamă de dren pentru 24h asociată cu analgetice.

E (5, pag. 254)

698. Extracția dinților cu parodontită apicală acută exudativă este indicată:

- A. Doar după efectuarea unui tratament endodontic corect;
- B. După obturarea definitivă a canalului;
- C. Doar dacă nu se poate efectua un tratament endodontic corect din cauze locale sau generale;
- D. Doar dacă nu se poate efectua un tratament endodontic corect din cauze generale;
- E. Întotdeauna când avem de a face cu acest tip de afecțiune.

C (5, pag. 254)

699. Extracția dinților cu parodontită apicală acută exudativă se face:

- A. Preferabil la rece;
- B. Recomandabil la cald;
- C. Reecomandabil la cald, după cedarea fenomenelor inflamatorii acute;
- D. Doar dacă se poate efectua un tratament endodontic corect;
- E. Întotdeauna când avem de a face cu acest tip de afecțiune.

A (5, pag. 254)

700. În parodontitele apicale acute exudative seroase:

- A. Nu se practică niciodată drenajul endodontic;
- B. Se practică întotdeauna extracția dintelui în cauză;
- C. Se practica drenajul endodontic urmat întotdeauna de osteotomia transmaxilară;
- D. Se practică spălături extracanaliculare cu soluții antiseptice;
- E. Se practică drenajul endodontic urmat de osteotomia transmaxilară doar dacă drenajul endodontic nu este suficient.

E (5, pag. 257)

701. Schema de tratament în parodontitele apicale acute exudative purulente cuprinde:

- A. În stadiul submucos: drenaj endodontic asociat cu antibiotice;
- B. În stadiul subperiostal: drenaj endodontic urmat de extracția dintelui în cauză;
- C. În stadiul endoosos: drenaj endodontic și incizia mucoasei;
- D. În stadiul endoosos: drenaj endodontic asociat cu tratament cu analgetice;
- E. În stadiul subperiostal: incizie mucoperiostală urmată de extracție.

D (5, pag. 257)

702. În stadiul submucos al parodontitelor apicale acute exudative purulente tratamentul corect este:

- A. Întotdeauna extracția dintelui și drenajul alvolar;

- B. Obturarea definitivă a canalului;
- C. Drenaj endodontic asociat cu antibiotice;
- D. Drenaj endodontic, incizia mucoasei, medicație analgetică, urmate de extracția dintelui și drenaj alveolar în cazul în care tratamentul endodontic eșuează;
- E. Drenaj endodontic și incizie mucoperiostală.

D (5, pag. 257)

703. Cauzele persistenței secreției pe canal în parodontitele apicale cronice cuprind:

- A. Tratament început imediat după stingerea unui proces acut de parodontită;
- B. Cauze iatrogene cum ar fi lărgirea insuficientă a apexului în timpul tratamentului mecanic;
- C. Apex închis la copii și adolescenți;
- D. Spălături cu ser fiziologic;
- E. Utilizarea corectă a agenților fizici.

A (5, pag. 258)

704. În tratamentul parodontitelor apicale fistulizate:

- A. După obturația de canal se execută întodeauna și chiuretajul apical;
- B. Existența fistulei oferă o cale de sterilizare mai bună prin spălături cu antiseptice pe traiectul dinte-fistulă;
- C. Se insistă cu spalaturile doar în dinte având grijă ca acestea să nu intre pe traiectul dinte-fistulă;
- D. Se fac spălături doar cu ser fiziologic;
- E. Chiar dacă se obține uscarea canalului nu se obturează niciodată în aceeași ședință.

B (5, pag. 259-260)

705. În tratamentul parodontitelor apicale cronice cu forme lezionale grave:

- A. Este de dorit să se facă extracția dintelui;
- B. Se face tratamentul chirurgical cu extracția ulterioară a dintelui;
- C. Se încearcă intervenția chirurgicală cu menținerea dintelui;
- D. Se fac multe irigații cu ser fiziologic;
- E. Pentru crearea accesului se prefera piesa dreaptă.

C (5, pag. 260)

706. Schema de tratament în parodontitele apicale cronice cu secreție moderată și persistentă pe canal constă în:

- A. Tratament cu antiseptice și paste cu antibiotice urmat cel mai probabil de extracția dintelui în cauză;
- B. Obturarea imediată definitivă a canalelor radiculare;
- C. Tratament cu antiseptice și paste cu antibiotice și obturare provizorie cu Ca(OH)_2 ;
- D. Spălături cu ser fiziologic;
- E. Obturare provizorie cu formaldehidă.

C (5, pag. 260)

707. Schema de tratament în parodontitele apicale cronice cu secreție abundentă și persistentă pe canal constă în:

- A. Imobilizarea definitivă a dintelui;
 - B. Obturarea imediată definitivă a canalelor radiculare;
 - C. Drenaj prin fistula medicamentoasă creată cu pasta pe bază de arsenic;
 - D. Amputație radiculară;
 - E. Drenaj endodontic și obturare provizorie cu $\text{Ca}(\text{OH})_2$.
- E (5, pag. 260)

708. În tratamentul parodontitei apicale cronice fistulizate:

- A. Urmează în principiu aceleași etape ca și tratamentul folosit în gangrena pulpară simplă;
 - B. Nu se face niciodată obturarea canalului radicular în prima ședință;
 - C. Reperarea orificiilor canalelor radiculare se face doar cu freza;
 - D. Nu se insistă niciodată cu spălăturile pe traiectul dinte-fistulă;
 - E. Nu este posibilă practicarea chiuretajului apical prin fistulă.
- A (5, pag. 260)

709. În tratamentul parodontitelor apicale cronice cu forme lezionale mari sunt cuprinse:

- A. Abcesul apical cronic;
 - B. Granulomul nechistic;
 - C. Abcesul apical acut;
 - D. Parodontite apicale simple;
 - E. Gangrena.
- A (5, pag. 260)

710. Tratamentul parodontitelor apicale cronice cu forme lezionale mari cuprinde:

- A. Intervenții chirurgicale cu extracția dintelui;
 - B. Intervenții chirurgicale cu menținerea dintelui;
 - C. Întotdeauna extracție;
 - D. Tratament asemănător cu cel al gangrenei;
 - E. Tratament asemănător cu cel din pulpită.
- B (5, pag. 260)

711. Unul dintre componentele parodonțiului marginal profund este :

- A. Substanța fundamentală;
 - B. Osul maxilar;
 - C. Desmodonțiul;
 - D. Fibrele;
 - E. Osul mandibular.
- C (6, pag. 40)

712. Trauma ocluzală este urmată de modificări adaptive, unul dintre ele fiind:

- A. Nemodificarea mobilității dentare;
- B. Scăderea mobilității dentare fiziologice;
- C. Lărgirea spațiului dento-alveolar;
- D. Îngustarea spațiului dento-alveolar;
- E. Subțierea laminei dura.

C (6, pag. 145)

713. În parodontitele marginale bacteriile implicate sunt în majoritate:

- A. Bacili gram negativi anaerobi;
- B. Bacili gram pozitivi anaerobi;
- C. Bacili gram negativi aerobi;
- D. Bacili gram pozitivi aerobi;
- E. Nici una din variantele de mai sus.

A (6, pag. 111)

714. Experimentele au aratat instalarea unei inflamații gingivale în cazul unei igiene orale defectuoase la:

- A. 8 - 12 zile;
- B. 10 - 12 zile;
- C. 10 - 21 zile;
- D. 18 - 28 zile;
- E. 22 - 32 zile.

C (6, pag.111)

715. Care din următoarele afirmații referitoare la *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* este adevărată:

- A. Bacteria este un patogen parodontal major în parodontite agresive;
- B. E asociată cu formele minore de distrucție parodontală;
- C. Bacteriile se prezintă sub forma de cocobacili gram-pozitivi;
- D. Aparține complexului roșu;
- E. Nici una din afirmațiile de mai sus.

A (6, pag. 112)

716. Care din următoarele afirmații referitoare la *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* este falsă:

- A. Patogenitatea speciei este asigurată de factorii de structură, factorii exotoxici și factori enzimatici;
- B. Acțiunea patogenă se manifestă prin efect antifagocitar;
- C. Acțiunea patogenă se manifestă prin efecte citotoxice celulare și de stimulare a resorbției osoase;
- D. Bacteriile se prezintă sub formă de cocobacili gram-pozitivi;
- E. Nici una din afirmațiile de mai sus.

D (6, pag.112-113)

717. Care din următoarele afirmații referitoare la *Porphyromonas gingivalis* este falsă:

- A. Specia este dominantă în parodontitele agresive rapid progresive;
- B. Potențialul patogen al speciei este accentuat de sinergismul cu alte specii parodontopatogene;
- C. Efectul patogen al speciei apare ca urmare a unor acțiuni multiple antifagocitare, leucopenice, toxicolitice asupra celulelor epiteliale, fibroblaste, macrofage;

- D. Patogenitatea bacteriilor nu este determinată de factorii săi de structură și de elaborarea de enzime cu rol de agresiune în țesutul parodontal;
 - E. Nici una din afirmațiile de mai sus.
- D (6, pag.113-114)

718. Care din următoarele afirmații referitoare la *Tannerella forsithensia* este falsă:

- A. Specia este considerată alături de *Porphyromonas gingivalis* un parodontopatogen major;
- B. Aspectul pe frotiu este de bacil gram pozitiv anaerob;
- C. Patogenitatea este asigurată de factori de structură și enzimatici;
- D. Crește semnificativ în profunzimea pungilor parodontale;
- E. Nici una din afirmațiile de mai sus.

B (6, pag. 114-115)

719. Tulburările funcțiilor gonadelor se caracterizează prin apariția de:

- A. Gingivite de pubertate;
- B. Gingivita marginală superficială;
- C. Gingivita marginală profundă;
- D. Gingivita profundă generalizată;
- E. Gingivita determinată de placa bacteriană.

A (6, pag. 154)

720. Care din afirmațiile de mai jos referitoare la trauma ocluzală nu este adevărată?

- A. Este definită ca o leziune a parodonțiului ca rezultat al unei forțe ocluzale excesive;
- B. Nu produce modificări la nivelul parodonțiului de susținere;
- C. Poate fi acută sau cronică;
- D. Poate fi cauzată de obturații înalte;
- E. Poate fi cauzată de diverse obiceiuri vicioase.

B (6, pag. 144)

721. Tartrul subgingival are o compoziție similară cu a tartrului supragingival, dar cu unele particularități:

- A. Un raport calciu-sodiu mai scăzut;
- B. Un raport calciu-fosfor mai scăzut;
- C. Un conținut crescut de sodiu, în special, în porțiunile profunde ale pungilor parodontale;
- D. Un conținut scăzut de sodiu, în special, în porțiunile profunde ale pungilor parodontale;
- E. Un conținut crescut de hidroxiapatită.

C (6, pag. 140)

722. Fixarea tartrului pe suprafața dintelui se face prin:

- A. Atașarea prin intermediul unei pelicule anorganice;
- B. Legături moleculare tip dipol-dipol;
- C. Legături cristaline tip van der Waals;
- D. Unirea între cristalele anorganice din tartru cu cele din structura dintelui;
- E. Forțe electrostatice de la nivelul membranelor celulare.

D (6, pag. 141)

723. Care din următoarele afirmații referitoare la tartrul dentar nu este adevărată:

- A. Este aderent de suprafața dentară;
- B. Nu conține componente organice;
- C. Este aderent de lucrări protetice;
- D. Conține și componente organice;
- E. Reprezintă un complex organo-mineral.

B (6, pag. 137)

724. Tartrul supragingival se caracterizează prin:

- A. Are culoare maroniu închis spre negru;
- B. Este dispus în șanțul gingival sub marginea gingivală liberă;
- C. Este localizat preferențial pe suprafața linguală a incisivilor inferiori;
- D. Se depune doar pe suprafața ocluzală a molarilor inferiori;
- E. Se formează doar când periajul nu este corect.

C (6, pag. 138)

725. Conform teoriilor actuale, tartrul dentar:

- A. Este agent etiologic în parodontopatii;
- B. Constituie o cauză direct determinantă în etiologia bolii parodontale;
- C. Este un factor favorizant în producerea bolii parodontale;
- D. Nu este un factor favorizant în producerea bolii parodontale;
- E. Nu reprezintă un important factor patogen.

C (6, pag. 144)

726. În raport cu dispoziția sa față de marginea gingivală liberă și conturul papilei interdentare, tartrul dentar nu poate fi:

- A. Supragingival;
- B. Tartru salivar;
- C. Subgingival;
- D. Tartru seric;
- E. Tartru ocluzal.

E (6, pag. 138)

727. Care din afirmațiile de mai jos privind tartrul subgingival este corectă:

- A. Este de culoare maroniu închis spre negru, cu consistență crescută, dens, de cele mai multe ori foarte aderent;
- B. Este dispus deasupra marginii gingivale libere, sub forma unor depozite lamelare cu o suprafață dură, neregulată;
- C. Uneori se prezintă sub forma unor depozite mari în funcție de tipul de masticăție;
- D. Prin rețracția gingivală, tartrul subgingival devine vizibil și se alătură tartrului supragingival, ca o componentă principală a acestuia;
- E. Tartrul subgingival apare înainte de 5 ani.

A (6, pag. 139)

728. Care din următoarele specii bacteriene nu aparțin complexului oranj:

- A. Fusobacterium;
- B. Prevotella;
- C. Campylobacter;
- D. Eubacterium nodatum;
- E. Porphyromonas gingivalis.

E (6, pag.112)

729. Ritmul de formare al tartrului dentar depinde de:

- A. Vârstă;
- B. Natura alimentelor și particularitățile masticației;
- C. Gradul de mobilitate a dintelui;
- D. Procesul de calcificare a plăcii bacteriene;
- E. Structurile plăcii dentare preexistente.

B (6, pag. 141)

730. Cauzele parafunțiilor pot fi de ordin:

- A. Toate de mai jos;
- B. Neurologic;
- C. Psihologic;
- D. Ocluzal;
- E. Profesional.

A (6, pag. 149)

731. Cele mai frecvente parafunții care favorizează producerea parodontopatiilor marginale cronice sunt:

- A. Ținerea diverselor obiecte între dinți (pixuri, creioane, scobitori, etc);
- B. Bruxismul (sau scrâșnirea dinților);
- C. Tipul de masticație;
- D. Gradul de mobilitate;
- E. Deschiderea diverselor sticle cu ajutorul dinților.

B (6, pag. 1148-49)

732. Care din factorii de mai jos nu sunt factori favorizanți în etiologia parodontitei marginale cronice:

- A. Placa bacteriană;
- B. Tartrul dentar;
- C. Trauma ocluzală;
- D. Cariile dentare;
- E. Edentația.

A (6, pag. 103)

733. Chistul dermoid:

- A. Nu poate fi prezent la naștere;
- B. Se localizează numai pe linia mediană;

- C. Se poate localiza în loja submandibulară;
 - D. Apare cel mai frecvent la nou-născuți;
 - E. Nu este un chist de dezvoltare.
- C (1, pag. 403)

734. Chistul dermoid:

- A. Are creștere bruscă, simptomatică;
 - B. Nu distinde mucoasa acoperitoare;
 - C. Are o consistență fluctuantă;
 - D. Este mobil pe planurile adiacente;
 - E. Nu se poate suprainfecta datorită grosimii crescute a peretelui chistic.
- D (1, pag. 403)

735. Diagnosticul diferențial al chistului dermoid cu localizare în planșeul bucal se poate face cu:

- A. Adenita submentonieră;
 - B. Chistul canalului tireoglos;
 - C. Tumorile glandelor sublinguale;
 - D. Abcesul lojei submentoniere;
 - E. Ranula suprahioidiană.
- C (1, pag. 403-404)

736. Diagnosticul diferențial al chistului dermoid situat sub planul m. milohioidian se poate face cu:

- A. Chistul teratoid;
 - B. Adenopatia metastatică submentonieră;
 - C. Ranula sublinguală;
 - D. Supurațiile lojei sublinguale;
 - E. Limfangiomul chistic al planșeului bucal.
- B (1, pag. 404)

737. Chistul dermoid care se dezvoltă sub planul m. milohioidian:

- A. Modifică tegumentele supraiacente;
 - B. Este cel mai frecvent chist prezent la nou-născuți;
 - C. Se mai numește și chist dermoid subhioidian;
 - D. Are aceleași caracteristici palpatorii ca și în cazul localizării orale;
 - E. Dă aspect de "bărbie clepsidră".
- D (1, pag. 403)

738. Din punct de vedere anatomo-patologic, despre chistul dermoid se poate afirma că:

- A. Membrana chistică este subțire;
- B. Conținutul chistic include o cantitate mică de keratină;
- C. Membrana chistică poate conține glande sudoripare;
- D. Membrana chistică este formată din epiteliu stratificat nekeratinizat;
- E. Membrana chistică nu conține anexe aberante ale pielii.

C (1, pag. 404)

739. Despre tratamentul chistului dermoid este adevărat:

- A. Extirparea presupune numai abordul oral;
- B. Extirparea este de multe ori dificilă;
- C. Recidivele sunt frecvente, chiar dacă extirparea a fost completă;
- D. Se vor extirpa numai chisturile care induc tulburări respiratorii;
- E. Abordul chirurgical este cervical.

B (1, pag. 404)

740. Despre chistul dermoid sunt adevărate următoarele, cu excepția:

- A. Este un chist de dezvoltare;
- B. Uneori este prezent la naștere;
- C. Localizarea tipică este în planșeul bucal, pe linia mediană;
- D. Poate varia în dimensiuni;
- E. Are creștere bruscă.

E (1, pag. 403)

741. Din punct de vedere anatomo-patologic, despre chistul dermoid se pot afirma următoarele, cu excepția:

- A. Conține structuri ale dermului;
- B. Membrana chistică este subțire;
- C. Membrana chistică poate conține glande sebacee;
- D. Membrana chistică poate conține glande sudoripare;
- E. Membrana chistică poate conține anexe aberante ale pielii.

B (1, pag. 404)

742. Despre chistul branhial este adevărată următoarea afirmație:

- A. Apare mai frecvent la sexul masculin;
- B. Are o perioadă de latență cu durată scurtă;
- C. Unele studii statistice arată că două treimi dintre chisturile brahiale apar pe partea dreaptă;
- D. La palpare are o consistență moale;
- E. Apare în special la nou-născuți.

D (1, pag. 406-407)

743. Despre chistul branhial este adevărată următoarea afirmație:

- A. Apare mai frecvent la adolescenți;
- B. Are o perioadă de latență cu durată scurtă;
- C. Apare în special la nou-născuți;
- D. Se datorează transformării chistice a incluziilor epiteliale restante de la locul de unire a arcurilor brahiale, pe linia mediană;
- E. Mecanismul etiologic este identic cu cel al chistului canalului tireoglos.

A (1, pag. 406)

744. Despre chistul branhial este falsă următoarea afirmație:

- A. Are dimensiuni variabile;
- B. Are o consistență fluctuantă;
- C. Se mobilizează în deglutiție;
- D. Are raport intim cu carotida externă;
- E. Are raport intim cu carotida internă.

C (1, pag. 407)

745. Despre chistul branhial sunt adevărate următoarele, cu excepția:

- A. Poate ajunge până la 8-10 cm;
- B. Se mobilizează la mișcările capului;
- C. Nu se mobilizează liber;
- D. Nu este fixat;
- E. Nu aderă la planul tegumentar.

B (1, pag. 407)

746. Diagnosticul diferențial al chistului branhial se poate face cu:

- A. Paragangliomul;
- B. Adenopatia metastatică submentonieră;
- C. Ranula;
- D. Limfangiomul chistic al planșeului bucal;
- E. Chistul teratoid.

A (1, pag. 407)

747. Diagnosticul diferențial al chistului branhial se poate face cu:

- A. Adenopatii din limfoame;
- B. Chistul teratoid;
- C. Abcesul lojei submentoniere;
- D. Supurațiile lojei sublinguale;
- E. Ranula.

A (1, pag. 407)

748. Din punct de vedere anatomo-patologic, despre chistul branhial se poate afirma că:

- A. Peretele este subțire;
- B. Peretele poate fi format din epiteliu de tip respirator ciliat;
- C. Peretele este format întotdeauna din epiteliu keratinizat;
- D. Peretele este format dintr-un singur strat de celule limfatice;
- E. Peretele este format din dublu strat de celule limfatice.

B (1, pag. 407)

749. Din punct de vedere anatomo-patologic, despre chistul branhial este falsă următoarea afirmație:

- A. Peretele chistului poate prezenta ulcerații, atunci când a fost suprainfectat;
- B. Un strat de țesut limfoid circumscrie parțial peretele chistului;
- C. Un strat de țesut limfoid circumscrie în întregime peretele chistului;
- D. Conținutul chistului este un lichid clar;

E. Când se suprainfectează, conținutul devine purulent.

D (1, pag. 407)

750. Despre tratamentul chistului branhial este adevărată următoarea afirmație:

A. Presupune o incizie tegumentară verticală, de-a lungul marginii posterioare a m. sternocleidomastoidian;

B. În trecut se folosea abordul prin incizie orizontală;

C. Incizia verticală prezintă avantajul unui acces mai facil;

D. În prezent incizia verticală se preferă în detrimentul inciziei orizontale;

E. Abordul chirurgical este mixt.

C (1, pag. 407)

751. Despre tratamentul chistului branhial este adevărată următoarea afirmație:

A. Chistul branhial poate recidiva chiar dacă este extirpat în totalitate;

B. Sunt citate cazuri de malignizare a chistului branhial;

C. Extirparea chistului branhial este facilă în cazul suprainfectării;

D. Abordul chirurgical este mixt;

E. Extirparea este necesară numai atunci când determină tulburări respiratorii.

B (1, pag. 407)

752. Despre tratamentul chistului branhial este falsă următoarea afirmație:

A. Abordul chirurgical este cervical;

B. Extirparea chistului branhial presupune desprinderea acestuia de pachetul vasculo-nervos al gâtului;

C. Extirparea chistului branhial în porțiunea sa superioară presupune desprinderea acestuia de peretele lateral al faringelui;

D. Extirparea chistului branhial în porțiunea sa superioară presupune desprinderea acestuia de vârful apofizei stiloide;

E. Chistul branhial poate recidiva chiar dacă este extirpat în totalitate.

E (1, pag. 407)

753. Despre ranulă este falsă următoarea afirmație:

A. Este caracteristic glandelor salivare mici;

B. Rezultă prin transformarea chistică a epitelului unuia dintre canalele de excreție ale glandei sublinguale care se deschid în planșeul bucal;

C. Rezultă prin transformarea chistică a epitelului unuia dintre canalele de excreție ale glandei sublinguale care se deschid în porțiunea terminală a canalului Wharton;

D. Este înrudită cu sialochistul planșeului bucal;

E. Cuvântul derivă din latinescul rana.

A (1, pag. 412)

754. Despre ranula sublinguală este adevărată următoarea afirmație:

A. Este localizată median în plașeul bucal, deasupra mușchiului milohioidian;

B. Are o colorație tipică albă;

C. Are o consistență fluctuantă;

- D. Este dureroasă la plapare;
 - E. Nu aderă la planurile profunde.
- C (1, pag. 413)

755. Despre ranula sublinguală este falsă următoarea afirmație:

- A. Aderă la planurile profunde;
 - B. Aderă la corticala linguală a mandibulei;
 - C. Poate ocupa în totalitate hemiplanșeul în care se găsește;
 - D. Uneori poate depăși linia mediană;
 - E. Poate ajunge la dimensiuni importante.
- B (1, pag. 413)

756. Despre ranula "în bisac" este falsă următoarea afirmație:

- A. Se dezvoltă numai sub m. milohioidian;
 - B. Clinic, formațiunea chistică bombează submentonier;
 - C. Clinic, formațiunea chistică bombează submandibular;
 - D. Clinic, formațiunea chistică bombează între marginea bazilară a mandibulei și osul hioid;
 - E. Tegumentele acoperitoare sunt mobile, neaderente.
- A (1, pag. 413)

757. Diagnosticul diferențial al ranulei sublinguale se face cu:

- A. Tumori maligne ale mucoasei planșeului bucal;
 - B. Hemangiomul mucoasei labiale;
 - C. Tumori maligne ale glandelor salivare mici;
 - D. Tumori benigne ale glandelor salivare mici;
 - E. Limfangiomul mucoasei labiale.
- A (1, pag. 413)

758. Diagnosticul diferențial al granulomului piogen cu alte localizări orale ("botriomicom") se face cu:

- A. Fibromul mucoasei orale;
 - B. Fibromul osifiant periferic;
 - C. Epulis fibros;
 - D. Epulis cu celule gigante;
 - E. Granulom periferic cu celule gigante.
- A (1, pag. 420)

759. Din punct de vedere anatomo-patologic, despre granulomul piogen este falsă următoarea afirmație:

- A. Se evidențiază o proliferare marcată a structurilor vasculare;
 - B. Suprafața leziunii este ulcerativă, cu prezența unei membrane fibrino-purulente;
 - C. Este prezent un infiltrat inflamator intralezional abundent;
 - D. Leziunile mai vechi prezintă zone extinse de fibroză;
 - E. Zonele de fibroză pot înlocui în totalitate celelalte structuri ale leziunii.
- C (1, pag. 420)

760. Despre tratamentul granulomului piogen gingival sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. Tratamentul constă în extirparea chirurgicală cu margini de siguranță de aproximativ 2 mm;
- B. Se îndepărtează periostul subiacent;
- C. Dacă se constată că osul este moale se practică chiuretajul osos până în țesut sănătos;
- D. Dacă se constată ca osul este demineralizat se practică chiuretajul osos până în țesut sănătos;
- E. Plaga postoperatorie se vindecă per primam.

E (1, pag. 420)

761. Despre tratamentul "botriomicomului" este falsă următoarea afirmație:

- A. Constă în extirparea chirurgicală împreună cu țesut adiacent clinic normal;
- B. Este necesară îndepărtarea factorului iritativ local;
- C. Plaga se închide de obicei prin sutură primară;
- D. Recidivele sunt frecvente;
- E. Este necesară identificarea factorului iritativ local.

D (1, pag. 420)

762. Despre granulomul periferic cu celule gigante este falsă următoarea afirmație:

- A. Este o leziune hiperplazică cu aspect pseudotumoral;
- B. Derivă din periost;
- C. Derivă din structurile ligamentului parodontal;
- D. Este asociată hiperparatiroidismului;
- E. Are etiologie iritativă.

D (1, pag. 421)

763. Despre granulomul periferic cu celule gigante este adevărată următoarea afirmație:

- A. Este mai frecventă la adulții tineri;
- B. Se localizează frecvent la nivelul regiunii laterale a limbii;
- C. Diagnosticul diferențial se face cu granulomul piogen gingival;
- D. Poate ajunge până la 27 cm;
- E. Are culoare galbenă.

C (1, pag. 421-422)

764. Din punct de vedere anatomo-patologic, despre papilom este falsă următoarea afirmație:

- A. Este o proliferare benignă a stratului spinos al epiteliului;
- B. Prezintă proiecții papilare exofitice;
- C. Epiteliul prezintă ortokeratoză;
- D. Epiteliul prezintă parakeratoză;
- E. Mitozele sunt rar întâlnite.

E (1, pag. 426)

765. Din punct de vedere anatomo-patologic, despre papilom sunt adevărate următoarele, cu excepția:

- A. Epiteliul prezintă ortokeratoză;

- B. Epiteliul prezintă parakeratoză;
 - C. Epiteliul prezintă acantoliză;
 - D. Este prezent un infiltrat inflamator cronic intralezional;
 - E. Se evidențiază koilocite.
- D (1, pag. 426)

766. Despre tratamentul papilomului oral este falsă următoarea afirmație:

- A. Tratamentul constă în extirparea completă a leziunii împreună cu baza de implantare;
- B. Nu prezintă risc de malignizare;
- C. Papilomul necesită tratament chirurgical;
- D. Recidivele după extirparea completă sunt rare;
- E. Prezintă un risc de malignizare scăzut.

B (1, pag. 426)

767. Despre tratamentul papilomului sino-nazal este adevărată următoarea afirmație:

- A. Nu necesită un tratament chirurgical;
- B. Când se localizează la nivelul sinusului maxilar se realizează cura radicală a sinusului maxilar;
- C. Necesită tratament chirurgical numai când apar tulburări respiratorii;
- D. Necesită rezecția peretelui sino-nazal;
- E. Căile de abord chirurgical este mixtă.

B (1, pag. 426)

768. Despre keratochisturile odontogene este adevărată următoarea afirmație:

- A. Reprezintă 10-15% din totalul chisturilor odontogene;
- B. Apare mai ales la vârsta a III-a;
- C. Sunt mai frecvente la femei;
- D. Pot fi prezente și la copii;
- E. Se localizează cel mai frecvent la nivelul maxilarului superior.

D (1, pag. 452)

769. Despre keratochistul odontogen sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. Sunt în general asimptomatice;
- B. Pe măsură ce evoluează induc mobilitatea dinților adiacenți;
- C. Pe măsură ce evoluează induc resorbția rădăcinilor dinților adiacenți;
- D. Pe măsură ce evoluează induc tulburări senzitive în teritoriu;
- E. Împing pachetul vasculo-nervos alveolar inferior spre bazilara mandibulei.

D (1, pag. 452)

770. Despre keratochistul odontogen sunt false următoarele afirmații, cu excepția:

- A. Au tendința de a se extinde mai mult în plan vestibulo-lingual;
- B. Prezintă un conținut chistic sărac în keratină;
- C. Pe măsură ce evoluează induc tulburări senzitive în teritoriu;
- D. Se prezintă numai sub formă uniloculară;
- E. Împing pachetul vasculo-nervos alveolar inferior spre bazilara mandibulei.

E (1, pag. 452-454)

771. Din punct de vedere radiologic despre keratochisturile odontogene este falsă următoarea afirmație:

- A. Apar sub forma unor leziuni osoase radiotransparente, cu limite nete;
- B. Pot fi uniloculare;
- C. Pot fi multiloculare;
- D. Resorbția rădăcinilor dinților adiacenți erupți pe arcada dentară este patognomonică;
- E. Resorbția rădăcinilor dinților adiacenți erupți pe arcada dentară este frecventă.

D (1, pag. 453)

772. Keratochistul odontogen dentiger trebuie diferențiat de:

- A. Chistul paradontal lateral;
- B. Mixomul odontogen;
- C. Fibromul ameloblastic;
- D. Cavitatea osoasă idiopatică;
- E. Chistul rezidual.

C (1, pag. 453)

773. Keratochistul odontogen primordial unilocular trebuie diferențiat de:

- A. Ameloblastom;
- B. Chistul folicular;
- C. Mixomul odontogen;
- D. Tumora centrală cu celule gigante;
- E. Malformații arterio-venoase centrale.

A (1, pag. 453)

774. Pentru keratochistul odontogen primordial multilocular diagnosticul diferențial se face cu:

- A. Chistul folicular;
- B. Chistul rezidual;
- C. Mixomul odontogen;
- D. Cavitatea osoasă idiopatică;
- E. Chistul paradontal lateral.

C (1, pag. 453)

775. Din punct de vedere anatomo-patologic, despre keratochistul odontogen este adevărată următoarea afirmație:

- A. Prezintă o membrană formată din epiteliu ciliar;
- B. Nu este prezentă o reacție inflamatorie perilezională;
- C. Conținutul chistic este format dintr-un lichid tulbure;
- D. Conținutul chistic nu conține keratină;
- E. Peretele fibros nu poate prezenta focare de keratinizare.

B (1, pag. 453-454)

776. Despre chistectomia keratochistului odontogen este adevărată următoarea afirmație:

- A. Este adeseori necesar un abord cervical al mandibulei pentru cazurile care interesează unghiul și ramul mandibulei;
- B. Este necesar un abord minimal;
- C. În cazul keratochisturilor primordiale nu se recomandă extirparea unei porțiuni din mucoasă;
- D. Dacă corticala mandibulară este efracționată este necesară extirparea unei zone de țesut din părțile moi adiacente;
- E. Este obligatorie extragerea dinților adiacenți în toate cazurile.

A (1, pag. 454)

777. Despre tratamentul keratochistului odontogen sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. Dinții adiacenți pot fi menținuți dacă osul restant o permite;
- B. Chistectomia se va practica ca primă intenție curativă, pentru un keratochist de dimensiuni relativ mici;
- C. Marsupializarea se poate practica în cazul keratochisturilor odontogene dentigere;
- D. Rezecția osoasă marginală sau segmentară este indicată atunci când au existat recidive multiple;
- E. Pachetul vasculo-nervos alveolar inferior nu va fi conservat.

E (1, pag. 454)

778. Care dintre următoarele afirmații referitoare la efectul anestezic al mepivacainei este falsă:

- A. Are o potență de 2 în comparație cu procaina;
- B. Are o toxicitate de 1,5-2 față de procaină;
- C. Durata anesteziei eficiente este de 30 minute;
- D. Durata de instalare a anesteziei este de 2-3 minute;
- E. Durata anesteziei eficiente este de 2-3 ore.

C (1, pag. 11)

779. La pacienții adulți, normoponderali, fără alte afecțiuni generale, doza maximă de articaină pentru o administrare este de:

- A. 0,7 mg/kg corp;
- B. Maxim 1500 mg într-o ședință;
- C. 1,25 ml articaină cu adrenalină 1/100.000;
- D. 12,5 ml articaină cu adrenalină 1/100.000;
- E. 12,5 ml articaină cu adrenalină 1/50.000.

D (1, pag. 13)

780. Nu reprezintă avantaj al anesteziei intraligamentare:

- A. Posibilitatea localizării anesteziei la un singur dinte;
- B. Durata scurtă de instalare a anesteziei (25-40 secunde);
- C. Lipsa anesteziei la nivelul părților moi;
- D. Folosirea unei cantități reduse de substanță anestezică;
- E. Substanța anestezică produce ischemie prin presiune în spațiul alveolo-dentar.

E (1, pag. 22)

781. Aria de anestezie a nervilor alveolari supero-anteriori cuprinde:

- A. Premolarii de partea anesteziată;
- B. Fibromucoasa palatină;
- C. Peretele superior al sinusului maxilar și mucoasa care îl tapetează;
- D. Pleoapa superioară;
- E. Procesul alveolar între linia mediană și primul premolar (atunci când nervul alveolar supero-mijlociu este inexistent).

E (1, pag. 28)

782. Contraindicațiile locale ale extracției dentare sunt următoarele, cu excepția:

- A. Leziuni locale ale mucoasei orale;
- B. Dinți cu mobilitate gradul II/III la care tratamentul parodontal conservator nu e indicat;
- C. Sinuzita maxilară rinogenă;
- D. Procese supurative acute;
- E. Tumori maligne în teritoriul oro-maxilo-facial.

B (1, pag. 65)

783. Printre avantajele lamboului semilunar utilizat în vederea efectuării rezecției apicale nu regăsim:

- A. Incizia și decolarea sunt facile;
- B. Inserțiile musculare și ale frenurilor reprezintă obstacole anatomice care implică modificarea traseului inciziei;
- C. Nu necesită o anestezie locală extinsă;
- D. Pacientul poate menține o bună igienă orală;
- E. Nu se intervine asupra marginii gingivale libere.

B (1, pag. 177)

784. Care dintre următoarele afirmații referitoare la principiile de tratament în cazul pacienților cu supurații oro-maxilo-faciale este falsă:

- A. Incizia se practică în zonele declive;
- B. Incizia se practică în zonele centrale ale tumefacției;
- C. Inciziile cutanate sunt largi;
- D. Drenajul supurației se practică preferabil cu tuburi fixate la tegument sau mucoasă;
- E. Spălăturile antiseptice efectuate sunt unidirecționale.

B (1, pag. 245)

785. Care dintre următoarele afirmații cu privire la greșelile de tehnică ale anesteziei la spina Spix este falsă:

- A. Puncția efectuată mai jos nu va intercepta nervul alveolar inferior la intrarea în canalul mandibular și anestezia nu se instalează;
- B. Puncția efectuată mai sus va determina anestezia nervului infraorbital;
- C. Puncția efectuată prea lateral (în afară) va duce la proptirea acului în marginea anterioară a ramului mandibular;

- D. Puncția efectuată prea profund va infiltra glanda parotidă cu anestezia nervului facial și pareza tranzitorie a acestuia;
- E. Puncția efectuată prea medial (înăuntru) de plica pterigomandibulară va determina o anestezie la nivelul laterofaringelui însoțită de tulburări de deglutiție.

B (1, pag. 29-30)

786. Direcția acului în anestezia la gaura mentonieră este:

- A. Oblică în jos, înăuntru și înainte;
- B. Oblică în sus, înafară și înapoi;
- C. Oblică în jos, înafară și înainte;
- D. Oblică în jos, înăuntru și înapoi;
- E. Oblică în sus, înăuntru și înainte.

A (1, pag. 32)

787. Diagnosticul diferențial al keratochistului odontogen primordial multilocular nu se face cu:

- A. Chistul rezidual;
- B. Ameloblastomul;
- C. Mixomul odontogen;
- D. Tumora centrală cu celule gigante;
- E. Malformațiile arterio-venoase osoase centrale.

A (1, pag. 453)

788. Diagnosticul diferențial al chistului radicular lateral nu se poate face cu:

- A. Chistul parodontal lateral;
- B. Keratochistul odontogen primordial;
- C. Parodontopatia marginală cronică profundă;
- D. Parodontopatia marginală cronică superficială;
- E. A și B.

D (1, pag. 470)

789. Maturarea smalțului se face prin:

- A. Pierdere de proteine și apă;
- B. Depunere de calciu;
- C. Absorbție de apă;
- D. Absorbție de proteine;
- E. Reducerea dimensiunii cristalitelor.

A (9, pag. 23)

790. Care dintre următoarele afirmații referitoare la ritmul de formare al dentinei este adevărată:

- A. Este identic indiferent de dinte;
- B. Este identic la un dinte pentru porțiunea coronară și pentru porțiunea radiculară;
- C. Este mai lent pentru porțiunea coronară;
- D. Este mai lent pentru porțiunea radiculară;

E. Este mai rapid pentru dentina secundară.

D (9, pag. 34)

791. Următoarele afirmații referitoare la forma coroanelor dinților temporari sunt adevărate, cu excepția:

- A. Coroanele dinților temporari sunt mai scurte decât cele ale dinților omologi permanenți;
- B. Coroanele dinților temporari sunt mai globuloase decât cele ale dinților omologi permanenți;
- C. Coroanele dinților temporari sunt mai înguste la colet față de coroanele dinților permanenți;
- D. Coroanele molarilor temporari prezintă o creastă cervicală pe fața vestibulară;
- E. Coroanele dinților temporari sunt mai late la colet față de coroanele dinților permanenți.

E (9, pag. 121)

792. Printre modalitățile de răspuns ale pulpei unui dinte temporar la diferite agresțiuni nu întâlnim:

- A. Reparare cu conservarea vitalității;
- B. Dentinogeneză anormală cu obstruarea completă a canalului radicular;
- C. Mortificare pulpară;
- D. Amelogeneză anormală;
- E. Reacție cementară.

D (9, pag. 146)

793. În gingivita cronică, sângerarea nu poate fi provocată:

- A. Prin atingerea și presiunea exercitată de alimente în cursul masticăției;
- B. Prin periajul dentar;
- C. Prin folosirea scobitorii;
- D. Prin explorarea cu sonda;
- E. Spontan.

E (6, pag. 224)

794. Nu constituie semn al gingivitei de sarcină:

- A. Gingia tumefiată, mărită de volum;
- B. Gingia moale, decolabilă de pe dinte;
- C. Sângerarea se produce la cele mai mici atingeri;
- D. Sângerarea se produce doar la atingeri ferme;
- E. Culoarea gingiei variază de la roșu-viu la roșu-violaceu.

D (6, pag. 228-229)

795. Factorii favorizanți ai gingivitei și gingivostomatitei ulcero-necrotice sunt următorii, cu excepția:

- A. Fumatul excesiv;
- B. Gangrena pulpară;
- C. Deficitul de vitamine C, B1, B2 (în alcoolism);
- D. Igiena bucală incorectă, înâmplătoare sau absentă;
- E. Pericoronaritele.

B (6, pag. 242)

796. Nu constituie semn obiectiv al abcesului parodontal marginal:

- A. Jenă dureroasă la masticăție;
- B. Tumefacție circumscrisă, rotundă sau ovalară;
- C. Dinții limitanți sunt indemni la carie;
- D. Mucoasa acoperitoare este întinsă, lucioasă, roșie;
- E. Mucoasa acoperitoare poate prezenta un orificiu fistulos.

A (6, pag. 284)

797. Lacunele cuneiforme nu se formează:

- A. Datorită traumei ocluzale;
- B. Prin eroziune chimică acidă;
- C. Prin periaj excesiv ce uzează cementul și dentina;
- D. Prin procese carioase cantonate pe fețele proximale ale dinților frontali;
- E. Pe fond de stres.

D (6, 285)

798. Tratamentul inițial al gingivitelor și parodontopatiilor marginale nu cuprinde:

- A. Tratamentul complicațiilor acute;
- B. Igienizarea efectuată de către medic;
- C. Tratamentul ortodontic;
- D. Desființarea microulcerățiilor din pungile parodontale false;
- E. Instruirea pacienților privind igiena bucală.

C (6, pag. 289)

799. Următoarele manopere trebuie evitate în sarcină, cu excepția:

- A. Radiografiile;
- B. Igiena bucală cotidiană;
- C. Ședințele lungi, obositoare;
- D. Orice medicație care ar putea avea efect toxic, teratogen sau de deprimare a respirației fetale;
- E. Tratamentele efectuate în trimestrul al III-lea de sarcină.

B (6, pag. 467)

800. Tratamentul de urgență în gingivostomatita ulcero-necrotică nu constă în:

- A. Spălături bucale largi, efectuate des, cu soluții antiseptice;
- B. Depozitele infectate de fibrină se îndepărtează prin ștergere cu tampoane sau comprese îmbibate în apă oxigenată, acționate cu blândețe;
- C. Se aplică local colutorii complexe;
- D. Se dislocă numai blocurile mari de tartru, de preferință prin detartraj manual;
- E. Se dislocă numai blocurile mari de tartru, de preferință prin detartraj cu ultrasunete.

D (6, pag. 469)

801. Cariile cronice din dentiția temporară prezintă următoarele caracteristici, cu excepția:

- A. Se întâlnesc rar la dinții temporari;
- B. Ajung la camera pulpară după o evoluție de 2 luni;

- C. Debutează printr-o poartă largă de intrare, dar cu interesarea redusă a dentinei;
- D. Ajung la camera pulpară după o evoluție de 1-2 ani;
- E. Devin mai frecvente după vârsta de 8 ani.

B (10, pag. 45)

802. Care dintre următoarele afirmații privind caria de biberon este falsă:

- A. Este o formă severă de carie precoce a dinților temporari;
- B. Are tendință de evoluție rapidă în suprafață și profunzime;
- C. Extinderea de face conform ordinii de erupție a grupelor dentare;
- D. Copiii cu carii de biberon cresc într-un ritm mai rapid decât copiii fără carii;
- E. Se localizează în general pe suprafețele dentare considerate cu risc scăzut la carie.

D (10, pag. 49-50)

803. Protezele parțiale fixe îndeplinesc următoarele funcții, cu excepția:

- A. Închiderea breșei edentate cu refacerea consecutivă a continuității arcadei dentare;
- B. Împiedicarea apariției migrărilor și basculărilor dentare;
- C. Obținerea succiunii la periferia câmpului protetic;
- D. Protecția creștelor edentate de impactul alimentar din cursul masticăției;
- E. Refacerea planului de ocluzie denivelat.

C (7, pag. 435)

804. Cavitațiile de clasa I rezultă în urma leziunilor coronare care evoluează:

- A. Pe suprafețele proximale ale incisivilor și caninilor cu păstrarea unghiului incizal;
- B. Pe suprafețele proximale ale premolarilor și molarilor;
- C. În toate fosetele și fisurile de pe suprafața ocluzală a molarilor și premolarilor;
- D. Pe suprafețele proximale ale incisivilor și caninilor cu afectarea unghiului incizal;
- E. La colet.

C (4, pag. 173)

805. Cavitațiile de clasa a V-a rezultă în urma tratamentului cariilor care au evoluat:

- A. În 1/3 gingivală a fețelor vestibulare și orale ale dinților;
- B. La nivelul marginilor incizale ale dinților anteriori;
- C. La nivelul vârfului cuspizilor dinților laterali;
- D. La nivelul suprafeței palatinale a frontalilor maxilari;
- E. În toate fosetele și fisurile de pe suprafața ocluzală a molarilor și premolarilor.

A (4, pag. 174)

806. Principiile fundamentale implicate în obținerea formei de rezistență a cavitațiilor nu cuprind:

- A. Conformarea cavitațiilor cu bază plană;
- B. Conformarea cavitațiilor cu bază concavă;
- C. Reducerea extensiei pereților cavitației;
- D. Acoperirea sau includerea dinților distruși în restaurare ca să prevină fractura lor prin forțe laterale;

E. Furnizarea unei grosimi suficiente materialului restaurativ, pentru a-i preveni fractura sub încărcătura ocluzală.

B (4, pag. 177)

807. Smalțul matur al dinților erupți are aproximativ:

- A. 97% structură minerală și 3% matrice organică și apă;
- B. 59% structură minerală și 41 % matrice organică și apă;
- C. 75% structură minerală și 25% matrice organică și apă;
- D. 10% structură minerală și 90% matrice organică și apă;
- E. 74% structură minerală și 26% matrice organică și apă.

A (9, pag. 24)

808. Care dintre următoarele afirmații despre dentină este falsă:

- A. Întâi se formează dentina coronară, apoi cea radiculară;
- B. Formarea dentinei primare fiziologice încetează odată cu intrarea dintelui în activitate;
- C. Dentina de reacție (terțiară) se produce ca modalitate de apărare față de diferitele agresiuni patologice sau terapeutice;
- D. Ritmul de formare al dentinei radiculare este mai lent decât cel al dentinei coronare;
- E. Ritmul de depunere al dentinei este același indiferent de dinte.

E (9, pag. 33-34)

809. Dintele 55 din dentiția temporară în sistemul FDI este:

- A. Incisivul central superior stâng;
- B. Caninul inferior drept;
- C. Molarul secund superior drept;
- D. Molarul secund inferior stâng;
- E. Primul molar superior drept.

C (9, pag. 119)

810. Care dintre următoarele afirmații despre incisivul lateral superior temporar este falsă:

- A. Are o formă asemănătoare cu a incisivului central superior temporar;
- B. Coroana este mai mică și mai îngustă decât cea a incisivului central superior temporar;
- C. Cingulumul este mai puțin proeminent;
- D. Nu prezintă niciodată foramen caecum;
- E. Are o formă asemănătoare cu a incisivului lateral superior permanent, dar sunt mai mari și mai globuloși.

E (9, pag. 123)

811. Clasificarea pulpitelor acute nu cuprinde:

- A. Pulpitele deschise ulcerose;
- B. Pulpitele seroase parțiale;
- C. Pulpitele seroase totale;
- D. Pulpitele purulente coronare;
- E. Pulpitele purulente corono-radiculare.

A (5, pag. 68)

812. Indicațiile de tratament în hiperemia preinflamatorie sunt următoarele, cu excepția:

- A. Tratamentul cariei simple și coafajul indirect;
- B. Tratamentul cariei simple și coafajul direct în dublu timp, în deschiderile accidentale ale camerei pulpare;
- C. Extirparea devitală;
- D. Extirparea vitală;
- E. Amputația vitală la dinții permanenți în curs de dezvoltare, când prin exereza dentinei ramolite s-a deschis larg camera pulpară.

C (5, pag. 72)

813. Diagnosticul pozitiv în necroza pulpară nu cuprinde:

- A. Modificarea de culoare a dintelui;
- B. Semne radiologice concludente;
- C. Lipsa sensibilității la palpate cu sonda în camera pulpară și canalul radicular;
- D. Teste de vitalitate negative;
- E. Însămânțare bacteriană negativă (cu rezerve).

B (5, pag. 98)

814. Diagnosticul diferențial al gangrenei pulpare se face cu:

- A. Hiperemia preinflamatorie;
- B. Pulpita acută seroasă;
- C. Pulpita acută purulentă;
- D. Pulpitele cronice;
- E. Caria incipientă.

D (5, pag. 102)

815. Semnele obiective în parodontita apicală acută seroasă (difuză) nu cuprind:

- A. Congestia mucoasei în dreptul rădăcinii;
- B. Adenopatia regională;
- C. Durere lancinantă, permanentă, care nu este redusă la administrarea calmantelor obișnuite;
- D. Depresibilitate și durere la palparea cu degetul pe mucoasa orală;
- E. Depresibilitate și durere la palparea cu degetul pe mucoasa vestibulară.

C (5, pag. 108)

816. Simptomatologia în granulomul chistic cuprinde:

- A. Dintele nu este modificat de culoare;
- B. Teste de vitalitate pozitive;
- C. Sensibilitate pe canal;
- D. Prezența sau nu a unui proces carios;
- E. Sângerare pe canal.

D (5, pag. 121)

817. Timpii operatori ai tratamentului mecanic de canal în gangrena pulpară nu cuprind:

- A. Anestezia topică;

- B. Crearea accesului la camera pulpară;
 - C. Permeabilizarea și evidarea conținutului gangrenos;
 - D. Stabilirea lungimii canalului;
 - E. Răzuirea dentinei alterate de pe pereții canalului.
- A (5, pag. 160)

818. Printre cauzele generale ale hemoragiei persistente pe canal găsim:

- A. Lezarea parodontiului marginal;
 - B. Perforarea podelei camerei pulpare;
 - C. Menstruația;
 - D. Prezența apexului larg deschis la copii și tineri;
 - E. Extirparea pulpară incompletă.
- C (5, pag. 170)

819. Timpii operatori ai obturației cu paste care se întăresc în canal nu cuprind:

- A. Izolarea;
 - B. Îndepărtarea obturației definitive;
 - C. Controlul meșelor;
 - D. Toaleta canalului;
 - E. Alegerea acului Lentullo.
- B (5, pag. 215)

820. Schema de tratament în stadiul endoosos al parodontitei apicale acute exudative purulente cuprinde:

- A. Drenaj endodontic asociat cu analgetice;
 - B. Incizie mucoperiostală;
 - C. Coafaj indirect;
 - D. Coafaj direct;
 - E. Extirpare vitală.
- A (5, pag. 257)

821. Tratamentul parodontitelor apicale cronice cu secreție moderată și persistentă pe canal cuprinde:

- A. Extracție;
 - B. Rezecție apicală;
 - C. Extirpare vitală;
 - D. Obturație provizorie de canal cu paste pe bază de hidroxid de calciu;
 - E. Coafaj indirect.
- D (5, pag. 260)

822. Reacțiile gingivale alergice nu pot să apară la:

- A. Materiale de restaurare (mercur, nichel, acrilat);
- B. Paste de dinți;
- C. Ape de gură;
- D. Injurii fizice;

E. Aditivi din guma de mestecat.

D (6, pag. 215)

823. Semnul precoce al gingivitei cronice este:

- A. Gingivita marginală;
- B. Gingivita difuză;
- C. Papilita;
- D. Gingivita localizată;
- E. Gingivita generalizată.

C (6, pag. 224)

824. Nu reprezintă semn clinic obiectiv al gingivitei cronice:

- A. Sângerare gingivală;
- B. Culoare roșie închisă a gingiei;
- C. Apariția de punji false;
- D. Suprafața gingiei este netedă și lucioasă;
- E. Gingia este moale, ușor depresibilă în formele inflamatorii exudative.

B (6, pag. 224-225)

825. Factorii favorizanți ai gingivitei hiperplazice prin inflamație microbiană nu cuprind:

- A. Cavități carioase proximale sau de colet vestibular sau oral;
- B. Obturații în exces, în contact sau în imediata apropiere a gingiei;
- C. Obturații cu suprafața retentivă în vecinătatea gingiei;
- D. Contact atraumatic și neretentiv între corpul de punte și gingia dinților stâlpi;
- E. Cariii secundare retentive pentru detritusuri alimentare și placă bacteriană, situate în apropierea gingiei.

D (6, pag. 225-226)

826. Simptomatologia gingivitei de sarcină nu cuprinde:

- A. Gingia este tumefiată, mărită de volum, netedă sau boselată, lucioasă;
- B. Culoarea variază de la roșu-viu până la roșu-violaceu;
- C. Sângerarea se produce doar la atingeri ferme;
- D. Durerile gingivale apar numai în cursul unor suprainfectări cu caracter acut;
- E. Gingia este de consistență moale și decolabilă de pe dinte.

C (6, pag. 228-229)

827. Semnul patognomonic al parodontitei marginale cronice superficiale este reprezentat de:

- A. Prurit gingival;
- B. Senzația de egresiune a unui dinte sau a unui grup de dinți, însoțită de o durere periradiculară și interradiculară;
- C. Usturimi gingivale;
- D. Jenă dureroasă gingivală, accentuată de periaj și masticăție;
- E. Sângerări frecvente ale gingiei la atingeri ușoare și sucțiunea gingiei.

B (6, pag. 260)

828. Printre semnele clinice obiective ale parodontitei marginale cronice superficiale găsim:

- A. Prurit gingival;
- B. Senzația de egresiune a unui dinte sau a unui grup de dinți, însoțită de o durere periradiculară și interradiculară;
- C. Usturimi gingivale;
- D. Jenă dureroasă gingivală, accentuată de periaj și masticație;
- E. Semne de inflamație gingivală.

E (6, pag. 261)

829. Semnele obiective ale abcesului parodontal sunt următoarele, cu excepția:

- A. Jenă dureroasă la masticație, uneori și spontană, localizată, de intensitate medie;
- B. Tumefacție circumscrișă, rotundă sau ovalară, cu dimensiuni variabile;
- C. Mucoasa acoperitoare este întinsă, lucioasă, roșie și poate prezenta în zona de bombare maximă o porțiune de culoare albă-gălbuie, semn al unei perforări iminente sau chiar un orificiu fistulos;
- D. Percuția transversală a a dinților limitrofi abcesului este, de regulă, mai dureroasă decât cea verticală;
- E. Dinții limitanți sunt, în general, indemni la carie.

A (6, pag. 284)

830. Complicațiile loco-regionale ale parodontitelor apicale pe cale retrogradă prin pungi parodontale adânci nu sunt reprezentate de:

- A. Celulite;
- B. Septicemie;
- C. Sinuzită maxilară;
- D. Tromboflebita sinusului cavernos;
- E. Abces cerebral.

B (6, pag. 286)

831. Tratamentul inițial al gingivitelor și parodontopatiilor marginale nu cuprinde:

- A. Tratamentul complicațiilor acute;
- B. Igienizarea efectuată de către medic;
- C. Desființarea microulcerățiilor din pungile parodontale false;
- D. Instruirea pacienților privind igiena bucală;
- E. Tratamentul de menținere a rezultatelor obținute.

E (6, pag. 289)

832. Indicațiile utilizării chiuretelor Gracey nu cuprind:

- A. Detartrajul șanțului gingival;
- B. Detartrajul subgingival din pungile parodontale;
- C. Detartrajul de finețe al depozitelor mici, după îndepărtarea tartrului subgingival cu alte instrumente;
- D. Chiuretajul alveolelor postextractionale;
- E. Chiuretajul țesutului de granulație de pe peretele moale al pungilor parodontale.

D (6, pag. 316)

833. Printre indicațiile detartrajului cu ultrasunete nu găsim:

- A. Tartru supragingival;
- B. Pacienți cu reflex de vomă exagerat;
- C. Pete colorate depuse pe suprafața smalțului;
- D. Tartrul din șanțul gingival sau din pungile parodontale superficiale, de 3-4 mm;
- E. Gingivo-stomatita ulcero-necrotică.

B (6, pag. 324-325)

834. Condițiile pe care trebuie să le îndeplinească intermediarii într-o proteză fixă, după Irvin Glicman, sunt următoarele, cu excepția:

- A. Să fie estetici;
- B. Să păstreze raporturi ocluzale favorabile cu vecinii;
- C. Să fie concepuți și elaborați pentru a nu reține resturi alimentare și placă dentară;
- D. Să permită un acces maxim pentru asigurarea unei igiene corespunzătoare;
- E. Să respecte aliniamentul coletelor șirului dentar.

B (7, pag. 452)

835. Care dintre următoarele afirmații referitoare la administrarea lidocainei în timpul gravității și lactației este falsă:

- A. Lidocaina clorhidrat se încadrează în clasa de toxicitate B;
- B. Riscul teratogen pare a fi relativ scăzut, dar se recomandă temporizarea administrării la gravide în primul trimestru de sarcină;
- C. Nu este necesară monitorizarea cardiacă fetală, deoarece lidocaina nu penetrează bariera fetoplacentară;
- D. Hipotensiunea de sarcină poate apărea în rare situații la paciente cu sarcină avansată, după administrarea de lidocaină;
- E. Nu s-a dovedit clar faptul că lidocaina ar fi eliminată în laptele matern.

C (1, pag. 10)

836. Care dintre următoarele afirmații referitoare la reacțiile adverse la administrarea de articaină este adevărată:

- A. Articaina nu are niciodată manifestări la nivelul SNC;
- B. Manifestările alergice la administrarea de articaină sunt foarte frecvente;
- C. Manifestările cardiovasculare sunt reprezentate de creșterea puterii de contracție a miocardului, cu creșterea alurii ventriculare și creșterea tensiunii arteriale;
- D. Administrarea de articaină este asociată cu un risc crescut de necroză locală, corelat în special cu injectarea rapidă și în cantitate mare a anesteziului;
- E. Articaina nu poate avea niciodată manifestări respiratorii.

D (1, pag. 14)

837. Care dintre următoarele afirmații despre anestezia topică este falsă:

- A. Anestezia topică se bazează pe permeabilitatea mucoasei pentru o serie de substanțe anestezice;

- B. Insensibilizarea se realizează pentru o profunzime de 2-3 mm sub mucoasă;
- C. Concentrația anestezicului folosit este mai mică decât cea folosită pentru injectare;
- D. Se utilizează pentru mici intervenții pe fibromucoasa gingivală;
- E. Se utilizează pentru suprimarea reflexului de vomă în cazul folosirii materialelor de amprentă sau în cazul aplicării filmului radiologic distal în cavitatea orală.

C (1, pag. 19)

838. Printre indicațiile anesteziei plexale nu găsim:

- A. Extracția molarului de 12 ani inferior;
- B. Rezecția apicală;
- C. Inserarea implanturilor dentare;
- D. Intervenții chirurgicale parodontale;
- E. Extirparea tumorilor gingivale și a chisturilor de mici dimensiuni.

A (1, pag. 21)

839. Printre reperele pentru spina Spix nu se găsește:

- A. Creasta temporală;
- B. Creasta zigomatică;
- C. Plica pterigo-mandibulară;
- D. Planul de ocluzie al molarilor inferiori;
- E. Niciuna dintre formațiunile de mai sus nu este reper pentru spina Spix.

B (1, pag. 29)

840. Care dintre următoarele afirmații despre anestezia nervului bucal este adevărată:

- A. În practica curentă, anestezia nervului bucal este o anestezie de completare în procedeul clasic de anestezie la spina Spix;
- B. Puncția se practică în șanțul mandibulo-lingual în dreptul ultimului molar;
- C. În practica curentă, anestezia nervului bucal este o anestezie de completare în procedeul clasic de anestezie la gaura mentonieră;
- D. Teritoriul anesteziat cuprinde mucoasa hemiplanșeului bucal;
- E. Teritoriul anesteziat cuprinde versantul lingual al crestei alveolare de la ultimul molar la linia mediană.

A (1, pag. 31)

841. Reprezintă factori de risc pentru fractura radiculară a dintelui de extras următoarele, cu excepția:

- A. Rădăcini subțiri, efilate;
- B. Rădăcini curbe, cudate, în „baionetă”;
- C. Rădăcini divergente;
- D. Sept interradicular subțire;
- E. Anchiloză dento-alveolară.

D (1, pag. 92)

842. Nu reprezintă complicație a extracției dentare:

- A. Tumefacția;

- B. Trismusul;
- C. Luxația ATM;
- D. Hemoragia postextractională;
- E. Alveolita.

C (1, pag. 98-102)

843. Complicațiile infecțioase ale extracției dentare nu sunt favorizate de:

- A. Nerespectarea riguroasă a asepsiei și antisepsiei;
- B. Utilizarea intempestivă, fără răcire, a instrumentarului rotativ;
- C. Efectuarea extracției în plin proces inflamator;
- D. Extracția dentară când afară este cald;
- E. Chiuretajul alveolar incomplet.

D (1, pag. 100)

844. Aspectul radiologic al keratochistului odontogen este:

- A. Leziuni osoase radiotransparente, cu limite nete, uneori cu un fenomen de corticalizare perilezională;
- B. Leziuni osoase radioopace, cu limite nete, uneori cu un halou perilezional;
- C. Fagure de miere;
- D. Bule de săpun;
- E. Nedecelabil radiologic.

A (1, pag. 453)

845. Tratamentul chistului rezidual după tratament endodontic constă în:

- A. Amputație;
- B. Obturație de canal;
- C. Chistectomie cu rezecție apicală și sigilarea suprafeței de secțiune a rădăcinii;
- D. Extracție dentară;
- E. Expectativă.

C (1, pag. 470)

846. Nu reprezintă criteriu de diagnostic în nevralgia trigeminală clasică:

- A. Atacuri paroxistice de durere cu durată de la fracțiuni de secundă până la 2 minute, afectând una sau mai multe ramuri ale nervului trigemen;
- B. Durerea este intensă, ascuțită, superficială sau cu caracter de „împungere”;
- C. Durerea este declanșată de ariile trigger sau de factorii trigger;
- D. Atacurile sunt stereotipe la fiecare individ;
- E. Există un deficit neurologic evident clinic.

E (1, pag. 917)

847. Printre elementele de diagnostic pozitiv în necroza pulpară NU se regăsește:

- A. Lipsa sensibilității la palpare cu sonda;
- B. Sensibilitate la percuția în ax și la percuția laterală;
- C. Modificare de culoare a dintelui;
- D. Teste de vitalitate negative;

E. Însămânțare bacteriană negativă (cu rezerve).

B (5, pag. 98)

848. Diagnosticul diferențial în necroza pulpară se face cu:

- A. Parodontita apicală cronică;
- B. Pulpita acută seroasă;
- C. Parodontita apicală acută;
- D. Hiperemia preinflamatorie;
- E. Parodontita apicală acută arsenicală.

A(5, pag. 98-99)

849. Care dintre următoarele afirmații este falsă în ceea ce privește gangrena pulpară simplă?

- A. La examenul clinic se constată prezența procesului carios cu deschiderea camerei pulpare;
- B. Apariția sângerării la sondarea canalelor radiculare;
- C. Probele de vitalitate sunt negative;
- D. Însămânțarea pe medii de cultură pune în evidență o bogată floră microbiană;
- E. Pulpa dentară se prezintă sub forma unor resturi pulpare dezagregate umede sau uscate.

B (5, pag. 101)

850. Parodontita apicală acută hiperemică poate evolua spre:

- A. Pulpită seroasă totală;
- B. Parodontită apicală purulentă;
- C. Pulpită purulentă totală;
- D. Necroză pulpară;
- E. Resorbție și vindecare spontană.

B (5, pag. 107)

851. Printre factorii chimico-toxici care pot produce necroza pulpară nu se numără:

- A. Formolul;
- B. Fenolul;
- C. Trioximetilenul;
- D. Clorhexidina;
- E. Arsenicul.

D (5, pag. 96-97)

852. Un dinte cu necroză pulpară poate prezenta:

- A. Colorație normală;
- B. Hipersensibilitate și hiperestezie;
- C. O obturație recentă;
- D. Lipsa de sensibilitate la sondarea camerei pulpare și a canalelor radiculare;
- E. Teste de vitalitate pozitive la intensități crescute ale curentului electric.

D (5, pag. 98)

853. Diagnosticul diferențial în gangrena pulpara simplă se face cu:

- A. Fractura radiculară;
- B. Gangrena complicată cu parodontita apicală acută;
- C. Pulpita acută seroasa totală;
- D. Pulpita acută seroasă parțială;
- E. Pulpita purulentă totală.

B (5, pag. 102)

854. Printre formele anatomo-clinice a gangrenei pulpare nu se numără:

- A. Umedă;
- B. Uscată;
- C. Complicată;
- D. Hiperemică;
- E. Parțială la dinții pluriradiculari.

D (5, pag. 101)

855. Gangrena dentară constituie un focar de infecție pentru restul organismului determinând următoarele afecțiuni, cu excepția:

- A. Diabetul zaharat;
- B. Glomerulonefrita;
- C. Endocardita;
- D. Afecțiuni reumatismale;
- E. Toate de mai sus.

A (5, pag. 102)

856. Printre complicațiile gangrenei pulpare simple nu se întâlnește:

- A. Parodontita apicală acută;
- B. Fractura corono-radiculară;
- C. Papilita;
- D. Endocardita;
- E. Glomerulonefrita.

C (5, pag. 102)

857. Trăsătura esențială a parodontitei apicale cronice condensate este:

- A. Imagine radiologică difuză, cu spații trabeculare înguste;
- B. Imagine radiologică de osteită circumscrișă, radiotransparentă;
- C. Îngustarea spațiului periapical;
- D. Răspunsul slab pozitiv la testele de vitalitate;
- E. Percuția în ax pozitivă.

C (5, pag. 124)

858. Percuția în ax este pozitivă în parodontitele apicale cronice:

- A. În 90% din cazuri;
- B. În 20% din cazuri;
- C. În 100% din cazuri;
- D. În 70% din cazuri;

E. În 50% din cazuri.

B (5, pag. 114)

859. Printre complicațiile parodontitei apicale acute seroase nu se numără:

- A. Adenopatie loco-regională;
- B. Prinderea dinților învecinați în procesul inflamator;
- C. Supurația spațiilor și lojilor cervico-faciale;
- D. Chistul ameloblastic;
- E. Sinuzita de maxilar.

D (5, pag 109)

860. Cele 3 stadii evolutive ale parodontitei apicale acute purulente sunt:

- A. Stadiul mucos, epitelial și osos;
- B. Stadiul endoosos, subperiostal și submucos;
- C. Stadiul epitelial, conjunctiv și endoosos;
- D. Stadiul endoosos, osos și periostal;
- E. Stadiul endoosos, periostal și epitelial.

B (5 pag 110)

861. Din punct de vedere al mecanismului de formare (după Fish) al granulomului simplu conjunctiv, se descriu următoarele zone, cu excepția:

- A. Zona de necroză;
- B. Zona exsudativă, inflamatorie;
- C. Zona de iritație;
- D. Zona de stimulare;
- E. Zona de neoformație.

E (5, pag 118)

862. Care dintre următoarele forme de parodontită apicală cronică este cu imagine radiologică neconturată?

- A. Abcesul apical cronic;
- B. Parodontita apicală cronică cu hipercementoză;
- C. Parodontita apicală cronică fibroasă;
- D. Parodontita apicală cronică condensată;
- E. Granulomul chistic.

D (5, pag. 113-114)

863. În parodontita apicală cronică difuză progresivă Partsch, diagnosticul diferențial se face cu următoarele afecțiuni:

- A. Condensare osoasă cicatriceală postterapeutică;
- B. Parodontita apicală cronică fibroasă;
- C. Abcesul apical cronic;
- D. Osteita paradentară;
- E. Granulomul chistic.

E (5, pag. 124)

864. Granulomul epitelial poate prezenta forma:

- A. Chistică;
- B. Epitelială;
- C. Granulară;
- D. Degenerativă;
- E. Fibroasă.

A (5, pag. 120)

865. Forma chistică a granulomului epitelial nu se poate caracteriza prin:

- A. Este o variantă a formei fungoase;
- B. Osul învecinat nu manifestă modificări decât atunci când granulomul se infectează și începe o demineralizare osoasă a zonelor înconjurătoare;
- C. Simptomatologia sa e identică cu a granulomului simplu conjunctiv;
- D. Din punct de vedere radiologic, are o radiotransparență mai diminuată decât granulomul conjunctiv;
- E. Poate genera sinuzite odontogene.

D (5, pag. 121)

866. Factorii locali care generează apariția necrozei pulpare nu sunt reprezentați de:

- A. Aparat ortodontic greșit calculat;
- B. Luxații dentare;
- C. Arsenic;
- D. Creșterea permeabilității vasculare;
- E. Azotat de argint.

D (5, pag 95-97)

867. În etiologia parodontitei apicale cronice fibroase nu găsim:

- A. Extirparea devitală;
- B. Traumatizarea țesutului periapical cu instrumente de canal;
- C. Gangrena pulpară simplă;
- D. Obturația de canal incompletă;
- E. Resturile epiteliale ale lui Mallasez.

E (5, pag. 116)

868. Edemul din parodontita apicală acută seroasă nu se caracterizează prin:

- A. Tegumente destinse, albicioase;
- B. Nu prezintă contur;
- C. Localizarea este în funcție de dintele cauzal;
- D. Este alb, depresibil;
- E. Este roșu, delimitat.

E (5, pag. 109)

869. Diagnosticul pozitiv în parodontita apicală acută seroasă se pune pe următoarele elemente:

- A. Percuția în ax pozitivă;
- B. Lipsa semnelor de vitalitate pulpară;
- C. Durere cu caracter acut;
- D. Stare generală afectată;
- E. Toate variantele de mai sus.

E (5, pag. 109)

870. Diagnosticul pozitiv în parodontita apicală acută purulentă se pune pe următoarele semne:

- A. Fistulizare cu eliminare de puroi;
- B. Testul de vitalitate la rece pozitive;
- C. Creșterea în intensitate a durerii în stadiul submucos;
- D. Apariția abcesului parodontal marginal;
- E. Examenul radiologic indică o radiotransparență rotund ovalară, bine circumscrisă.

A (5, pag. 112-113)

871. Diagnosticul pozitiv în parodontita apicală cronică condensantă se pune pe următoarele semne, cu excepția:

- A. Imaginea radiologică: aspect mai albicios al osului periapical datorită hipermineralizării;
- B. Imaginea radiologică difuză cu spații intertrabeculare mărite de volum;
- C. Imagine radiologică de osteoliză periapicală cu contur difuz, centrul imaginii fiind mai închis la culoare;
- D. Teste de vitalitate negative;
- E. Spațiul periodontal periapical are tendința să fie desființat de zona hipermineralizată.

C (5, pag. 124)

872. Diagnosticul pozitiv în granulomul simplu conjunctiv se pune pe următoarele semne clinice:

- A. Teste de vitalitate negative;
- B. Existența fistulei;
- C. Modificări ale aspectului mucoasei vestibulare la nivelul apexului;
- D. Examenul radiologic;
- E. Toate variantele de mai sus.

E (5, pag. 120)

873. Examenul clinic în parodontitele apicale cronice nu cuprinde unul din următoarele semne:

- A. Modificări de aspect ale dintelui, caracteristice gangrenei pulpare;
- B. Durere foarte intense și continuă;
- C. Prezența unei fistule;
- D. Prezența unui nodul;
- E. Acentuarea desenului vascular pe mucoasa vestibulară.

B (5, pag. 114)

874. Diagnosticul diferențial al parodontitei apicale acute seroase se face cu următoarele afecțiuni, cu excepția:

- A. Foliculita acută a dinților incluși;
- B. Parodontita apicală cronică;
- C. Pulpita acută;
- D. Parodontita apicală acută supurată;
- E. Nevralgia de trigemen.

B (5, pag. 109)

875. Din punct de vedere morfopatologic, puroiul din pulpita purulentă parțială este format din:

- A. Granulocite vii și moarte;
- B. Germeni microbieni;
- C. Limfocite;
- D. Detritus organic;
- E. Toate de mai sus.

E (5, pag. 77)

876. Semnele clinice subiective în pulpita purulentă parțială nu includ:

- A. Durerea durează câteva minute;
- B. Durerea poate fi iradiată;
- C. Durerea apare spontan, mai ales noaptea;
- D. Durerea este inițial localizată;
- E. Durerea este accentuată la cald.

A (5, pag. 78-79)

877. Nu face parte din grupul pulpitelor cronice:

- A. Pulpită cronică închisă scleroatrofică;
- B. Pulpită cronică deschisă granulomatoasă;
- C. Pulpită cronică închisă polipoasă;
- D. Pulpită cronică hiperplazică;
- E. Pulpită cronică deschisă ulceroasă.

C (5, pag. 80)

878. Din punct de vedere simptomatic, pulpita cronică închisă propriu-zisă nu se caracterizează prin:

- A. Lipsa aproape totală a semnelor subiective;
- B. Pacientul nu a avut dureri la dintele în cauză;
- C. Testele de vitalitate dau răspunsuri pozitive la intensități foarte mari ale excitantului;
- D. Dintele prezintă o obturație mare, veche, cu procese de carie secundară;
- E. La deschiderea camerei pulpare apare sensibilitate dureroasă crescută.

E (5, pag. 89)

879. Diagnosticul pozitiv în granulomul intern Palazzi este dat de:

- A. Sensibilitate scăzută a pulpei la testele de vitalitate;

- B. Lărgire a camerei pulpare observată la examenul radiologic în localizarea coronară a leziunii;
- C. Modificarea conturului camerei pulpare observată la examenul diafanoscopic;
- D. Când leziunea este localizată radicular, se constată radiologic o dilatare neregulată a canalului;
- E. Toate de mai sus.

E (5, pag. 91-92)

880. Diagnosticul pozitiv în pulpita seroasă totală se pune pe următorul semn:

- A. Percuția în ax negativă;
- B. Lipsa sensibilității la testele de vitalitate termice;
- C. Existența unui proces carios profund;
- D. Acuitatea fenomenelor dureroase;
- E. Iradierea durerii depășește întotdeauna linia mediană a feței.

D (5, pag 76)

881. Diagnosticul diferențial în pulpita cronică închisă hiperplazică se face cu:

- A. Pulpita acută seroasă totală;
- B. Pulpita cronică deschisă ulceroasă;
- C. Pulpita cronică închisă propriu-zisă;
- D. Pulpita acută purulentă parțială;
- E. Polipul gingival.

C (5 pag 92-93)

882. Diagnosticul pozitiv în pulpita acută purulentă parțială nu se pune pe următorul semn:

- A. Durere pulsatilă;
- B. Exacerbarea durerii la cald, diminuarea la rece;
- C. Picătură de puroi la deschiderea camerei pulpare;
- D. Durere localizată;
- E. Durere iradianată.

E (5, pag. 79)

883. În pulpita acută seroasă parțială, obiectiv se pun în evidență următoarele semne, cu excepția:

- A. Dinte cu carie profundă, cu depozite bogate de dentină alterată;
- B. Percuția în ax negativă;
- C. Durere vie, localizată;
- D. Percuție transversală nedureroasă;
- E. Teste de vitalitate intens pozitive.

C (5, pag. 73)

884. La inspecție, în pulpita cronică deschisă ulceroasă se constată:

- A. Prezența unei cavități carioase profunde, cu deschiderea largă a camerei pulpare;
- B. Obturații de compozit recente;
- C. Palpare cu sonda nedureroasă superficial;
- D. Înțeparea în profunzime provoacă durere și sângerare;

E. Percuție în ax și transversală negative.

A (5, pag. 85)

885. Simptomatologia în pulpita acută seroasă totală este dominată de:

- A. Crize dureroase violente, insuportabile;
- B. Durerea nu iriază;
- C. Caracterul pulsatil al durerii;
- D. Percuția în ax pozitivă;
- E. Prezența unui proces carios profund.

A (5, pag. 75)

886. Diagnosticul diferențial în pulpita purulentă parțială se face cu:

- A. Caria dentară simplă;
- B. Pulpita seroasă coronară;
- C. Pulpita seroasă totală;
- D. Pulpita cronică deschisă;
- E. Parodontita apicală acută purulentă.

B (5, pag. 79)

887. În pulpita seroasă totală a unui dinte maxilar, durerea nu poate iradia către:

- A. Dinții vecini;
- B. Dinții antagoniști;
- C. Hemimaxilarul opus;
- D. Zona temporală;
- E. Zona orbitală.

C (5, pag. 75)

888. Pulpita cronică închisă hiperplazică poate evolua și se poate complica cu:

- A. Pulpita seroasă parțială;
- B. Pulpita seroasă totală;
- C. Necroza pulpară;
- D. Parodontita marginală cronică;
- E. Parodontita apicală cronică.

C (5, pag. 93)

889. Diagnosticul pozitiv în pulpita acută seroasă parțială nu se pune pe:

- A. Caracterul localizat al durerii;
- B. Durere vie, spontană sau provocată ce durează de la câteva minute la câteva ore;
- C. Teste de vitalitate pozitive mai ales la rece;
- D. Carie profundă fără deschiderea camerei pulpare;
- E. Percuție în ax dureroasă.

E (5, pag. 74)

890. În pulpita acută seroasă totală, nu constituie element de diagnostic pozitiv:

- A. Caracterul continuu al durerii;

- B. Intensitatea mare a durerii;
- C. Percuția în ax dureroasă;
- D. Hipersensibilitate la testele de vitalitate termice;
- E. Carie profundă cu camera pulpară deschisă.

E (5, pag. 76)

891. Diagnosticul pozitiv în pulpita cronică deschisă ulceroasă se pune pe următorul semn:

- A. Existența cariei profunde cu deschiderea camerei pulpare;
- B. Răspuns pozitiv la percuția în ax a dintelui;
- C. Absența sângerării la înțeparea pulpei cu sonda;
- D. Durere continuă;
- E. Răspunsuri negative la testele de vitalitate.

A (5, pag. 85)

892. Soluția Walkhoff conține:

- A. Fenol 30%, camfor 60 % și alcool 10%;
- B. Monoclorfenol și alcool 10%
- C. P-monoclorfenol, mentol și camfor;
- D. P-monoclorfenol și tricrezol;
- E. P-monoclorfenol, alcool și eter 10%.

C (5, pag. 177)

893. Eficiența asociațiilor de antibiotice în tratamentul de canal al gangrenei pulpare depinde de următorii factori:

- A. Evitarea antibioticelor cu reacții adverse;
- B. Evitarea unor doze insuficiente;
- C. Evitarea antagonismelor;
- D. Evitarea rezistenței încrucișate;
- E. Toate de mai sus.

E (5, pag. 187)

894. Preparație mecanică corectă a canalului:

- A. Nu este însoțită de irigații cu soluții antiseptice, deoarece acestea sunt iritante;
- B. Se obține utilizând aceeași tehnică pentru toată lungimea canalului;
- C. Se obține utilizând numai tehnici moderne, sonice, ultrasonice, laser;
- D. Necesită de obicei combinarea unei tehnici manuale cu una din celelalte tehnici;
- E. Se realizează până la apexul radiologic.

D (5, pag. 173)

895. Nu beneficiază de tratament conservator dinții care prezintă:

- A. Rădăcini în baionetă;
- B. Rădăcini cu curburi exagerate;
- C. Căi false interradiculare;
- D. Implantare deficitară;
- E. Toate de mai sus.

E (5, pag. 159)

896. Tratamentul mecanic în gangrenă pulpară se efectuează:

- A. Până la foramenul apical;
- B. Până la constricția apicală;
- C. Până la unirea celor 2/3 coronare cu 1/3 apicală a canalului;
- D. Până la jumătatea canalului;
- E. Cu o ușoară depășire a constricției apicale.

B (5, pag. 166)

897. Dintre compușii clorați, în sterilizarea canalelor radiculare, cei mai utilizați sunt:

- A. Cloraminele;
- B. Hipocloritul de sodiu;
- C. Clorhexidina;
- D. Clorura de sodiu;
- E. Soluție de clorură de sodiu 7%.

B (5, pag. 180)

898. Hidroxidul de calciu se utilizează ca antiseptic în tratamentul endodontic al gangrenei pulpare pentru următoarele calități, cu excepția:

- A. Este puternic bactericid;
- B. Oprește secrețiile persistente din canale;
- C. Se resoarbe ușor în caz de depășire a formeneului apical;
- D. Nu dizolvă detritusurile organice necrozate;
- E. Are acțiune antitoxică.

D (5, pag. 198-199)

899. Radiografia dentară nu poate evidenția la dinții cu necroză sau gangrenă pulpară:

- A. Raporturile de vecinătate cu formațiuni anatomice;
- B. Degenerescențele odontoplastice secundare;
- C. Numărul și forma rădăcinilor;
- D. Lungimea rădăcinilor în raport cu cea a dinților vecini;
- E. Existența unor corpi străini în canal.

B (5, pag. 159)

900. Nu constituie cauză generală a hemoragiei persistente pe canal:

- A. Hemofilia;
- B. Diatezele hemoragice;
- C. Afecțiunile hepatice cu alterarea mecanismelor de coagulare a sângelui;
- D. Stările fiziologice congestive: menstruație;
- E. Gravitatea.

E (5, pag. 170)

901. Hidroxidul de calciu constituie antisepticul de elecție folosit în tratamentul endodontic al gangrenei pulpare simple și complicate deoarece are următoarele calități, cu excepția:

- A. Este un puternic bactericid;
- B. Are acțiune antitoxică;
- C. Dizolvă detritusurile organice necrozate și infectate din canale care servesc ca mediu de cultură pentru microflora endodontică;
- D. Oprește secrețiile persistente din canale care apar în unele cazuri de parodontită apicală cronică printr-un mecanism complex al efectului alcalinizant al ionului OH cu cel tisular de regenerare și remineralizare;
- E. Nu are acțiune citotoxică și caustică asupra țesuturilor vii periapicale.

E (5, pag. 199)

902. Tratamentul parodontitei apicale acute arsenicale, forma gravă, constă în:

- A. Extracția dintelui;
- B. Chiuretarea alveolei până la țesut sănătos;
- C. Aplicarea în alveolă de conuri cu antibiotice;
- D. Protejarea alveolei cu o meșă aplicată superficial;
- E. Toate de mai sus.

E (5, pag. 256)

903. Pentru permeabilizarea canalelor radiculare se pot folosi următoarele substanțe, cu excepția:

- A. Acid sulfuric 40%;
- B. Chelatori;
- C. Acid sulfuric 20-30%;
- D. Antiformină;
- E. EDTA 10%.

A (5, pag. 162)

904. Timpii operatori ai tratamentului mecanic în gangrena pulpară nu cuprind:

- A. Crearea accesului la camera pulpară;
- B. Permeabilizarea și evidarea conținutului gangrenos;
- C. Îndepărtarea dentinei alterate de pe pereții canalului;
- D. Stabilirea lungimii canalului;
- E. Obturarea radiculară definitivă în aceeași ședință.

E (5, pag. 160)

905. Tehnica de preparare "Step-back" se mai numește:

- A. Tehnica standard;
- B. Tehnica convențională;
- C. Tehnica de telescopare regresivă;
- D. Tehnica de telescopare progresivă;
- E. Tehnica prin forțe compensate.

C (5, pag. 167)

906. În cazul secreției seroase abundente pe canal din parodontita apicală cronică, nu se indică:

- A. Drenaj endodontal;
- B. Cauterizarea chimică cu acid tricloracetic;
- C. Crearea unei fistule artificiale medicamentoase;
- D. Obturarea provizorie cu pasta pe bază de hidroxid de calciu;
- E. Lăsarea deschisă a dintelui.

B (5, pag. 259)

907. În cazul secreției seroase moderate pe canal, nu se indică:

- A. Tratamentul medicamentos cu antiseptice;
- B. Cauterizarea chimică;
- C. Crearea unei fistule artificiale medicamentoase;
- D. Cauterizarea electrică;
- E. Paste cu antibiotice.

C (5, pag. 258)

908. În parodontita apicală acută hiperemică consecutivă depășirii apexului cu material de obturație, este contraindicată:

- A. Expectativa;
- B. Dezobturarea canalului radicular;
- C. Intervenția chirurgicală;
- D. Administrarea de antialgice;
- E. Infiltrația plexală cu novocaină 1%.

B (5, pag. 256)

909. În parodontita apicală acută purulentă, faza endoosoasă, nu se practică:

- A. Drenaj endodontic;
- B. Osteotomie transmaxilară;
- C. Pansament cu antiseptice;
- D. medicație analgetică;
- E. Drenaj alveolar.

C (5, pag. 257)

910. Administrarea antibioticelor în tratamentul parodontitelor apicale acute exudative purulente se recomanda în următoarele circumstanțe:

- A. În faza subperiostală;
- B. În faza endoosoasă, când drenajul este nesatisfăcător din diferite cauze;
- C. În faza subperiostală, cand drenajul este nesatisfăcător și starea pacientului este alterată;
- D. În faza submucoasă;
- E. Când nu se poate face un tratament corect endodontic.

C (5, pag. 254)

911. Tratamentul parodontitei apicale acute exudative seroase necesită:

- A. Spălături endocaniculare cu soluții antiseptice;
- B. Permeabilizarea apexului;
- C. Lăsarea dintelui deschis;

- D. Aplicarea de prișnițe;
- E. Toate de mai sus.

E (5, pag. 257)

912. Diagnosticul pozitiv al hiperemiei preinflamatorii presupune:

- A. Persistența durerii 30-40 min după încetarea excitantului, localizată, provocată mai ales de cald, existența unui proces carios profund nepenetrant sau tratamente recente pe dintele în cauză, teste de vitalitate pozitive;
- B. Persistența durerii câteva minute după încetarea excitantului, localizată, provocată mai ales de rece și dulce, existența unui proces carios profund nepenetrant sau tratamente recente pe dintele în cauză, teste de vitalitate pozitive;
- C. Persistența durerii 5-10 min după încetarea excitantului, nelocalizată, provocată mai ales de dulce, de intensitate mare, existența unui proces carios nepenetrant sau tratamente recente pe dintele în cauză, teste de vitalitate pozitive;
- D. Persistența durerii 25-30 min după încetarea excitantului, localizată, provocată mai ales de cald, existența unui proces carios profund penetrant, percuție în ax pozitivă;
- E. Persistența durerii cât persistă excitantul, localizată, provocată mai ales de rece și dulce, existența unui proces carios profund nepenetrant sau tratamente recente pe dintele în cauză, teste de vitalitate pozitive.

B (5, pag. 71)

913. Factorii generali implicați în etiopatogenia necrozei pulpare sunt:

- A. Traumatismele dentare;
- B. Avitaminezele;
- C. Factori termici;
- D. Factori chimico-toxici bucali;
- E. Luxațiile dentare.

B (5, pag. 94)

914. Evoluția cea mai frecventă a unei parodontite apicale acute purulente este spre:

- A. Fistulizare;
- B. Vindecare definitivă;
- C. Cronicizare;
- D. Osteomielită;
- E. Supurația lojilor și spațiilor cervico-faciale.

C (5, pag. 112)

915. Parodontita apicală acută hiperemică:

- A. Reprezintă faza inițială a inflamației pulpare;
- B. Reprezintă faza inițială a inflamației ligamentelor periodontale;
- C. Reprezintă faza inițială a inflamației osului alveolar apical;
- D. Reprezintă faza inițială a inflamației septului interradicular;
- E. Reprezintă faza inițială a inflamației septului interdental.

C (5, pag. 104)

916. Printre parodontitele apicale cronice cu imagine conturată pot fi enumerate următoarele, cu excepția:

- A. Parodontitei apicale cronice fibroase;
- B. Granulomului simplu conjunctiv;
- C. Granulomului epitelial;
- D. Granulomului chistic;
- E. Parodontitei apicale cronice condensate.

E (5, pag. 113-114)

917. Trăsătura esențială a parodontitei apicale cronice condensate este:

- A. Imagine radiologică difuză, cu spații trabeculare înguste;
- B. Imagine radiologică de osteită circumscrisă, radiotransparentă;
- C. Îngustarea spațiului periapical;
- D. Răspunsul slab pozitiv la testele de vitalitate;
- E. Percuția în ax este pozitivă.

C (5, pag. 124)

918. Prima fază a inflamației parodonțiului apical cuprinde "timpul mut", fără răsunet clinic, în care modificările sunt:

- A. Biochimice;
- B. Mecanice;
- C. Chimice;
- D. Enzimatic;
- E. Fizice.

A (5, pag. 106)

919. Rapiditatea fenomenelor de dinamică vasculară în inflamațiile parodonțiului apical este:

- A. Între câteva minute și 3-4 ore;
- B. Între 3 și 4 zile;
- C. Între 2 și 3 ore;
- D. 10-20 minute;
- E. Câteva săptămâni.

A (5, pag. 106)

920. Tabloul morfopatologic al parodontitei apicale acute seroase este dominat de:

- A. Modificările vasculare;
- B. Modificările chimice;
- C. Modificările enzimatice;
- D. Durere;
- E. Rezorbție osoasă.

A (5, pag. 108)

921. Zona periferică a granulomului periapical poartă și denumirea de:

- A. Zonă de stimulare sau de încapsulare;
- B. Zonă exudativă;

- C. Zonă de iritație;
- D. Zonă de necroză;
- E. Zonă de vindecare.

A (5, pag. 119)

922. Diagnosticul pozitiv în parodontita apicală purulentă se pune pe următoarele semne:

- A. Durere la testele de vitalitate dentară;
- B. Durere exacerbată la sondarea canalelor radiculare;
- C. Stare generală afectată;
- D. Lipsa durerii la percuția în ax;
- E. Aspect normal al mucoasei vestibulare și al tegumentelor.

C (5, pag. 109)

923. În stadiul endoosos al parodontitei apicale acute purulente, circumscrise, procesul de necroză de lichefiere este favorizat de:

- A. Tensiune mică intratisulară;
- B. Creșterea pH-ului local;
- C. Tulburări vasculare care împiedică o bună activitate trofică;
- D. Scăderea infiltratului leucocitar;
- E. Micșorarea spațiilor medulare.

C (5, pag. 110)

924. Semnele subiective în parodontita apicală acută purulentă cuprind:

- A. Durere de intensitate mică;
- B. Durere cu caracter lancinant;
- C. Diminuarea durerii la schimbarea poziției capului;
- D. Strângerea dinților produce ușurare;
- E. Senzație de agresiune.

E (5, pag. 111)

925. Diagnosticul diferențial al parodontitei apicale cronice fibroase se face cu:

- A. Necroza pulpară;
- B. Pulpitele cronice;
- C. Pulpitele acute;
- D. Parodontite apicale acute;
- E. Hiperemia preinflamatorie.

B (5, pag. 117)

926. Diagnosticul pozitiv al parodontitei apicale acute purulente se pune pe:

- A. Teste de vitalitate pozitive ale dintelui cauzal;
- B. Teste de vitalitate negative ale dinților vecini;
- C. Fistulizarea cu eliminare de puroi;
- D. Modificarea de culoare a dintelui;
- E. Iradierea durerii în arcadă antagonistă.

C (5, pag. 112)

927. Diagnosticul pozitiv în granulomul chistic se pune pe:

- A. Teste de vitalitate pozitive;
- B. Crepitație și depresibilitate în dreptul apexului;
- C. Sângerare la sondarea canalelor radiculare;
- D. Adenopatie loco-regională;
- E. Imagine radiologică difuză.

B (5, pag. 122)

928. Diagnosticul pozitiv în parodontita apicală acută seroasă se face pe bază următoarelor semne:

- A. Probe de vitalitate dentară pozitive;
- B. Durerea are caracter cronic;
- C. Tumefierea mucoasei și tegumentelor;
- D. Lipsă durerii la percuție în axul dintelui;
- E. Nu apar modificări în starea generală a organismului.

C (5, pag. 109)

929. Granulomul chistic reprezintă:

- A. O osteită apicală cronică și distrucție osoasă cu contur difuz;
- B. Înlocuirea țesutului osos cu țesut de granulație cu numeroși fibroblaști și histiocyte;
- C. Stadiul final al unui granulom epitelial;
- D. Stadiul inițial al unei parodontite apicale cronice fibroase;
- E. O leziune periapicală cu contur difuz pe radiografie.

C (5, pag. 121)

930. În parodontita apicală cronică fibroasă, tabloul morfopatologic arată:

- A. Vasele sangvine cu pereți subțiați;
- B. Leziunea este extinsă în osul alveolar;
- C. Sunt prezenți numeroși fibroblaști și fibrociți;
- D. O parte din ligamentele Scharpay sunt îngroșate;
- E. Pernițele vasculare descrise de Schweitzer sunt bine dezvoltate.

C (5, pag. 116)

931. Osteofibroză periapicală este o reacție de condensare osoasă care apare în:

- A. Gangrena pulpară simplă;
- B. Hiperemia preinflamatorie;
- C. Pulpita acută purulentă totală;
- D. Pulpita cronică;
- E. Pulpita acută seroasă totală.

D (5, pag. 125)

932. Reacțiile din zonă exudativă ("de contaminare") în granulomul simplu conjunctiv se caracterizează prin:

- A. Vasoconstricție;

- B. Lipsa exudatului;
- C. Prezența unui infiltrat celular mai ales polimorfonuclear;
- D. Exudatul inflamator concentrează exotoxinele microbiene;
- E. Lipsesc celulele macrofage.

C (5, pag. 118)

933. Tabloul morfopatologic în parodontita apicală acută seroasă arată:

- A. Pereți vasculari îngroșați;
- B. Ligamente alveolo-dentare subțiate;
- C. Disociere fibrilară prin depolimerizare;
- D. Corticală internă alveolară cu un contur regulat;
- E. Îngustarea spațiilor intertrabeculare.

C (5, pag. 108)

934. Cu ce se face diagnosticul diferențial al granulomului chistic:

- A. Actinomicoza;
- B. Adenopatiile supurate;
- C. Granulomul epitelial;
- D. Osteomielită;
- E. Toate cele de mai sus.

C (5, pag. 122)

935. A două fază în evoluția inflamației parodonțului:

- A. Este numită timpul mut;
- B. Este caracterizată prin manifestările vasculare și clinice;
- C. Este fază de alterare tisulară primară;
- D. Este o hiperemie de tip pasiv;
- E. Durează între câteva ore și câteva zile.

B (5, pag. 106)

936. Diagnosticul pozitiv în parodontita apicală acută seroasă se pune pe baza următoarelor semne:

- A. Absența durerii;
- B. Durere moderată;
- C. Tumefierea mucoasei și a tegumentelor;
- D. Teste de vitalitate pozitive;
- E. Lipsa durerii la percuția în axul dintelui.

C (5, pag. 109)

937. Izolarea dintelui în timpul tratamentului mecanic al gangrenei pulpare:

- A. Este obligatorie pe tot timpul tratamentului;
- B. Este facultativă pe tot timpul tratamentului;
- C. Nu este necesară izolarea dintelui decât după primul pansament ocluziv;
- D. Este obligatorie în a treia ședință;
- E. Este obligatorie doar în momentul obturării radiculare definitive.

C (5, pag. 167)

938. Tratamentul gangrenei și necrozei pulpare se efectuează în:

- A. 1 etapă;
- B. 2 etape;
- C. 3 etape;
- D. 4 etape;
- E. 5 etape.

C (5, pag. 158)

939. Obturarea de canal în aceeași ședință se realizează când:

- A. Avem un canal uscat;
- B. Am tratat o pulpită cronică;
- C. Am tratat o pulpită acută purulentă, parțială sau totală;
- D. În timpul tratamentului câmpul operator a fost invadat de salivă;
- E. Nu putem opri hemoragia.

A (5, pag. 170)

940. Constituie modalități de introducere în canale a hidroxidului de calciu:

- A. Introducerea cu acul Lentullo;
- B. Introducerea cu instrumentar de mână;
- C. Condensarea cu fuloare de canal;
- D. Injectarea cu seringă;
- E. Toate de mai sus.

E (5, pag. 200)

941. pH-ul hidroxidului de calciu este cuprins între:

- A. 10-11;
- B. 11-12;
- C. 12-13;
- D. 7-9;
- E. 8-10.

B (5, pag. 198)

942. Prognosticul tratamentului endodontic, atunci când se respectă întocmai tehnica de lucru, arată rezultate pozitive în:

- A. 100 % din cazuri;
- B. 80-90 % din cazuri;
- C. 86-95 % din cazuri;
- D. 75-86 % din cazuri;
- E. 85-95 % din cazuri.

C (5, pag. 160)

943. Tratamentul medicamentos al canalului înaintea obturării acestuia se face în caz de:

- A. Extirpare în scop protetic;

- B. Hiperemie preinflamatorie;
- C. Pulpită acută purulentă parțială;
- D. Pulpită acută seroasă parțială;
- E. Pulpită acută seroasă totală.

C (5, pag. 170)

944. Constituie timpi operatori în tratamentul mecanic al gangrenei pulpare:

- A. Crearea accesului la camera pulpară;
- B. Permeabilizarea și evidarea conținutului gangrenos;
- C. Stabilirea lungimii canalului;
- D. Răzuirea dentinei alterate de pe pereții canalului;
- E. Toate manoperele de mai sus.

E (5, pag. 160)

945. Obturația de canal cu acul Lentullo se face la o turație de:

- A. 200-400 rotații/minut;
- B. 400-600 rotații/minut;
- C. 600-800 rotații/minut;
- D. 800-1000 rotații/minut;
- E. 1000-1200 rotații/minut.

C (5, pag. 216)

946. Hand spreaderle au lungimea părții active de circa:

- A. 10 mm;
- B. 15 mm;
- C. 20 mm;
- D. 25 mm;
- E. 30 mm.

E (5, pag. 223)

947. În lipsa stopului apical, în condensarea laterală la cald Endotec, se recomandă introducerea conului de gutapercă master:

- A. Până la limita apicală stabilită prin odontometrie;
- B. Până la 1 mm de limita apicală stabilită prin odontometrie;
- C. Până la 2 mm de limita apicală stabilită prin odontometrie;
- D. Dincolo de limita apicală;
- E. Până în treimea medie a canalului.

C (5, pag. 229)

948. La introducerea conului de gutapercă principal în canal, în tehnica condensării laterale la rece, acesta trebuie să se oprească:

- A. La constricția apicală;
- B. La o distanță de 0,5-1 mm de constricția apicală;
- C. La o distanță de 3- 4 mm de constricția apicală;
- D. În treimea coronară a canalului;

E. În treimea medie a canalului.

B (5, pag. 224)

949. La proba conului master, în tehnica de condensare termomecanică a gutapercii (McSpadden), acesta trebuie să se oprească:

- A. La constricția apicală;
- B. La 1,5 mm de constricția apicală;
- C. La 2 mm de constricția apicală;
- D. La 3-4 mm de constricția apicală;
- E. La apexul radiologic.

B (5, pag. 235)

950. Alegerea conului de gutapercă principal față de calibrul celui mai gros instrument de lărgire a canalului pe toată lungimea de lucru, trebuie să fie:

- A. Cu 1 număr mai mare;
- B. Cu 2 numere mai mare;
- C. Cu 1 număr mai mic;
- D. Cu 2 numere mai mic;
- E. Cu 3 numere mai mic.

A (5, pag. 224)

951. Pentru individualizarea formei vârfului, porțiunea apicală a conului de gutapercă se introduce în cloroform pe o distanță de:

- A. 2 mm;
- B. 4 mm;
- C. 7 mm;
- D. 8 mm;
- E. 10 mm.

A (5, pag. 225)

952. În tehnica de condensare la cald a gutapercii conul principal trebuie să se blocheze la distanța următoare față de constricția apicală:

- A. 5 mm;
- B. 4 mm;
- C. 0,5 mm;
- D. 1 mm;
- E. 2-3 mm.

E (5, pag. 232)

953. Leziunile termice ale parodonțiului sau chiar ale osului alveolar apar în cazul supraîncălzirii gutapercii prin activarea prelungită a butonului de control al încălzirii:

- A. Peste 100 sec;
- B. Peste 110 sec;
- C. Peste 120 sec;
- D. Peste 80 sec;

E. Peste 20 sec.

E (5, pag. 229)

954. Mișcările reciproce de rotație a spreaderului din canal au o amplitudine în grade:

A. 80;

B. 70;

C. 60;

D. 50;

E. 30-40.

E (5, pag. 226)

955. Ramolirea porțiunii apicale de 2 mm a conului, prin introducerea în cloroform, se face pentru o perioadă de:

A. 3-4 sec;

B. 3 minute;

C. 1 minut;

D. 2 minute;

E. 20 minute.

A (5, pag. 225)

956. Selectarea spreaderului se face astfel încât să ajungă de-a lungul conului de gutapercă master până la o distanță de constricția apicală de:

A. 1-2 mm;

B. 2-3 mm;

C. 3 mm;

D. 3-4 mm;

E. 0,5 mm.

A (5, pag. 224)

957. Tehnica Endotec permite obturarea canalului radicular cu condiția unei lărgiri minime a calibrului cu plugger / spreader:

A. Nr. 10;

B. Nr. 15;

C. Nr. 20;

D. Nr. 25;

E. Nr. 30 și 45.

E (5, pag. 228)

958. Timpul în care gutaperca rămâne plastică în canal după îndepărtarea plugger/spreaderului încălzit este de:

A. 10-15 sec;

B. 30 sec;

C. 60 sec;

D. 50 sec;

E. 70 sec.

A (5, pag. 229)

959. Printre cauzele care produc imposibilitatea propulsării conului de gutapercă pe toată lungimea de lucru a canalului întâlnim:

- A. Nefolosirea instrumentului endodontic de lărgit, de același calibru cu conul, pe toată lungimea de lucru a canalului;
- B. Formarea unui prag;
- C. Formarea unei căi false;
- D. Fracturarea unui instrument pe canal;
- E. Toate de mai sus.

E (5, pag. 220-221)

960. Indicațiile tehnicii de condensare termomecanică a gutapercii (McSPADDEN) sunt următoarele:

- A. Canale înguste;
- B. Canale curbe;
- C. Canale scurte;
- D. Rezorbții radiculare interne;
- E. Rezorbții radiculare externe.

D (5, pag. 235)

961. Materialul de obturație de canal Biocalex 4 produce o expansiune volumetrică de:

- A. 150-200%;
- B. 250-280%;
- C. 300-350%;
- D. 240-270%;
- E. 230-260%.

B (5, pag. 217)

962. Premiza obligatorie în tehnica de injectare a gutapercii ramolite prin încălzire este următoarea:

- A. Lărgirea adecvată a canalului radicular;
- B. Respectarea regurilor de preparare a canalelor radiculare;
- C. Utilizarea cimentului de sigilare pentru realizarea sigilării apicale;
- D. Plasarea corectă a vârfului canulei;
- E. Lărgirea excesivă a canalului radicular.

C (5, pag. 237)

963. Tehnica de cimentare a unui con unic, calibrat la apex, poate produce:

- A. Solubilitatea sigilanților;
- B. Sigilare imperfectă;
- C. Persistența unor porțiuni relativ întinse ale canalului obturate parțial cu ciment de sigilare;
- D. Premize de sigilare a canalului radicular doar pe o distanță de 2-3 mm de la constricția apicală;
- E. Toate de mai sus.

E (5, pag. 219)

964. Tehnica de obturație cu paste care se întăresc în canal prezintă următoarele dezavantaje:

- A. Variații volumetrice după priză;
- B. Solubilizare apreciabilă;
- C. Neomogenitatea obturației;
- D. Depășirea frecventă a constricției apicale;
- E. Toate de mai sus.

E (5, pag. 214)

965. Reprezintă avantaj al tehnicii de condensare termoplastica a gutapercii (McSPADDEN):

- A. Este mai lentă;
- B. Există posibilitatea fracturării compactoarelor;
- C. Obturează cea mai mare parte a spațiului endodontic;
- D. Facilitează depășirile în lipsă unui stop dentinar apical corespunzător;
- E. Există posibilitatea apariției unor leziuni termice ale parodonțiului de susținere.

C (5, pag. 234)

966. Finger spreaderul prezintă următoarele avantaje față de hand spreader:

- A. Permite îndepărtarea cu ușurință din canal, însoțită de dislocarea gutapercii;
- B. Nu permite rotirea spreaderului în jurul axului sau în ambele sensuri;
- C. Conferă operatorului o mare sensibilitate tactilă;
- D. Partea activă are forma cilindrică;
- E. Lungimea părții active este de cca 20 mm.

C (5, pag. 223)

967. Care este timpul minim de menținere a spreaderului în canal în cazul tehnicii de condensare laterală la rece, pentru a mula corespunzător conul de gutapercă:

- A. 5 secunde;
- B. 10 secunde;
- C. 15 secunde;
- D. 40 secunde;
- E. 45 secunde.

C (5, pag. 226)

968. Precizați dezavantajul tehnicii de condensare laterală la rece a gutapercii:

- A. Contraindicată după extirparea devitală;
- B. Contraindicată în parodontitele apicale cronice fistulizate;
- C. Contraindicată în perforația podelei camerei pulpare;
- D. Obturația de canal rezultată este neomogenă;
- E. Succesul clinic este nesigur.

D (5, pag. 224)

969. La introducerea conului de gutapercă principal în canal, în tehnica de condensare laterală la rece, acesta trebuie să se oprească:

- A. La constricția apicală;
- B. La o distanță de 0,5-1 mm de constricția apicală;
- C. La o distanță de 3-4 mm de constricția apicală;
- D. În treimea coronară a canalului;
- E. În treimea medie a canalului.

B (5, pag. 224)

970. Coafarea conului principal cu ciment de sigilare și propulsarea să în canal se face până la:

- A. 1 mm de constricția apicală;
- B. 2-3 mm de constricția apicală;
- C. 4 mm de constricția apicală;
- D. 5 mm de constricția apicală;
- E. 10 mm de constricția apicală.

B (5, pag. 232)

971. Contraindicațiile Biocallexului sunt:

- A. Parodontitele apicale cronice;
- B. Obstacole de material organic pe canale;
- C. Curburi accentuate ale 1/3 apicale a rădăcinii;
- D. Parodontite apicale cronice fistulizate;
- E. Parodontite apicale acute.

E (5, pag. 218)

972. Factorii care condiționează severitatea manifestărilor clinice în depășirile apicale nu sunt reprezentați de:

- A. Starea parodontiului apical dinainte de obturație;
- B. Volumul de substanță care a depășit apexul;
- C. Calitatea materialului de obturație;
- D. Forma pe secțiune a canalului radicular;
- E. Tipul de reactivitate individuală.

D (5, pag. 251-252)

973. În cazul secreției seroase abundente pe canal din parodontita apicală cronică, nu se indică:

- A. Drenaj endodontic;
- B. Lăsarea deschisă a dintelui;
- C. Crearea unei fistule artificiale medicamentoase;
- D. Obturarea provizorie cu pastă pe bază de hidroxid de calciu;
- E. Cauterizarea chimică cu acid tricloracetic.

E (5, pag. 259)

974. În cazul secreției seroase moderate pe canal, nu se indică:

- A. Tratamentul medicamentos cu antiseptice;
- B. Cauterizarea chimică;
- C. Crearea unei fistule artificiale medicamentoase;
- D. Cauterizarea electrică;
- E. Aplicarea pastelor cu antibiotic.

C (5, pag. 258)

975. În parodontita apicală acută hiperemică consecutivă depășirii apexului cu material de obturație, este contraindicată:

- A. Expectativa;
- B. Intervenția chirurgicală;
- C. Dezobturarea canalului radicular;
- D. Administrarea de antialgice;
- E. Infiltrația plexală cu novocaină 1%.

C (5, pag. 256)

976. Dacă secreția se menține în canal și după folosirea pansamentelor medicamentoase, se poate recurge la obturația provizorie a canalului cu:

- A. Dontisolon;
- B. Pastă Walkhoff;
- C. Ciment oxid de zinc eugenol;
- D. Endometazonă;
- E. Ciment fosfat de zinc.

B (5, pag. 259)

977. Care din următoarele materiale cauzează cele mai dureroase reacții în cazul depășirii apexului:

- A. Produsele care conțin aldehidă formică;
- B. Rășinile policondensate provenite din asocierea aldehidei formice cu rezorcina;
- C. Eugenatul de zinc iodoformat;
- D. Araldit;
- E. Rășini cu epoxizi.

C (5, pag. 251)

978. Tratamentul parodontitei apicale acute exudative seroase necesită:

- A. Spălături endocaniculare cu soluții antiseptice;
- B. Permeabilizarea apexului;
- C. Lasarea dintelui deschis;
- D. Aplicarea de prișnițe;
- E. Toate de mai sus.

E (5, pag. 257)

979. Tratamentul parodontitei apicale arsenicale, forma gravă, constă în:

- A. Extracția dintelui;
- B. Chiuretarea alveolei până la țesut osos sănătos;

- C. Aplicarea în alveolă de conuri cu antibiotice;
 - D. Protejarea alveolei cu o meșă aplicată superficial;
 - E. Toate de mai sus.
- E (5, pag. 256)

980. Care este doza maximă recomandată de acetat de prednison în tratamentul unei parodontite apicale acute exsudative seroase:

- A. 1 tb. de 5 mg o dată pe zi;
- B. 1 tb. de 5 mg de 2 ori pe zi;
- C. 1 tb. de 5 mg de 3 ori pe zi;
- D. 1 tb. de 5 mg de 4 ori pe zi;
- E. 1 tb. de 5 mg de 5 ori pe zi.

D (5, pag. 253)

981. Cele mai intense fenomene algice apar în obturațiile de canal cu depășire efectuate cu:

- A. Foredent;
- B. AH₂₆;
- C. N₂;
- D. Ciment fosfat de zinc;
- E. Eugenat de zinc iodoformat.

E (5, pag. 251)