***SUBIECTE LICENȚĂ MEDICINĂ DENTARĂ 2018***

**ENDODONȚIE-ODONTOTERAPIE**

1. Diagnosticul pozitiv in hiperemia preinflamatorie se pune pe baza următoarelor elemente:

A. Proces carios fără deschiderea camerei pulpare

B. Teste de vitalitate pozitive

C. Durerea persistă câteva minute după indepartarea excitantului

D. Semnalarea unor tratamente anterioare pe dintele în cauză

E. Durerea apare la excitații de intensitate mai mare decât cele obișnuite

Răspuns corect: A, B, C, D (M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007 pag. 71)

2. Sunt adevărate următoarele afirmații despre hiperemia preinflamatorie:

A. Este încadrată ca o entitate clinică separată și faza incipientă a inflamației

B. Are o simptomatologie proprie

C. Necesită metode particulare de tratament

D. Leziunile sunt minime și reversibile printr-un tratament corespunzător

E. Leziunile sunt minime și ireversibile printr-un tratament corespunzător

Răspuns corect: A, B, C, D (M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007 pag. 68)

3. Alte caractere care trebuie reținute, în legătură cu inflamațiile pulpare, sunt:

A. Debutul lor se face întotdeauna printr-o hiperemie preinflamatorie

B. Finalul oricărui proces inflamator asupra căruia nu se acționează terapeutic este necroza pulpară

C. Hiperemia preinflamatorie poate determina o pulpită seroasă coronară sau o pulpită seroasă totală

D. Pulpita seroasă coronară poate determina o pulpită purulentă parțială

E. Necroza pulpară poate determina o pulpită seroasă totală

Răspuns corect: A, B, C, D (M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007 pag. 69)

4. Factorii fizici care pot determina o hiperemie preinflamatorie sunt:

A. Traumatismele din cursul pregătirii cavităților sau a șlefuirii bonturilor

B. Excitațiile termice dezvoltate în cursul pregătirii cavităților sau a șlefuirii bonturilor

C. Excitațiile termice transmise prin obturații metalice neizolate

D. Exoteoxinele bacteriene

E. Diverse substanțe medicamentoase

Răspuns corect: A, B, C (M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007 pag. 70)

5. Factorii chimico-toxici care pot determina o hiperemie preinflamatorie sunt:

A. Traumatismele din cursul pregătirii cavităților sau a șlefuirii bonturilor

B. Excitațiile termice dezvoltate în cursul pregătirii cavităților sau a șlefuirii bonturilor

C. Excitațiile termice transmise prin obturații metalice neizolate

D. Exoteoxinele bacteriene aflate în procesul carios

E. Diverse substanțe medicamentoase întrebuințate în terapia cariei simple

Răspuns corect: D, E (M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007 pag. 70)

6. Sub acțiunea factorilor care determină o hiperemie preinflamatorie, apar o serie de modificări la nivelul țesutului pulpar, care se succed, după cum urmează:

A. Excitarea terminațiilor nervoase ce determină un spasm vascular de scurtă durată

B. Vasodilatație arteriolară și capilară datorită paraliziei vasoconstrictorilor și excitării vasodilatatorilor

C. Creșterea volumului patului capilar și intensificarea afluxului de sînge

D. Scăderea volumului patului capilar și intensificarea afluxului de sînge

E. Vasodilatație arteriolară și capilară datorită paraliziei vasodilatatorilor și excitării vasoconstrictorilor

Răspuns corect: A, B, C (M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007 pag. 70)

7. Morfopatologic, hiperemia preinflamatorie se caracterizează prin:

A. Prezența vaselor sanguine contractate, cu pereți subțiri și fenomenul de marginație leucocitară

B. Prezența vaselor sanguine dilatate, cu pereți subțiri și fenomenul de marginație leucocitară

C. Indivizii microbieni pot fi evidențiați în canaliculele dentinare, dar lipsesc în pulpă

D. Odontoblastele și fibroblaștii au un volum mai redus

E. Examenul histochimic nu pune în evidență prezența fosfatazelor alcaline în apropierea stratului de odontoblaști

Răspuns corect: B, C (M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007 pag. 70)

8. Indicaţii de tratament în hiperemia preinflamatorie:

A. Tratamentul cariei simple si coafajul indirect

B. Tratamentul cariei simple si cofajul direct in dublu timp

C. Amputatia devitală

D. Extirparea vitală

E. Extracţia dintelui

Răspuns corect: A, B, D (M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007, pag. 72)

9. Diagnosticul pozitiv în pulpita acută seroasă parţială:

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 și curenți electrici

D. Carie profundă fără deschiderea camerei pulpare

E. Percuţie in ax dureroasă

Răspuns corect: A, B, C, D (M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007 pag. 74)

10. Indicaţii de tratament in pulpita acută seroasă parţială:

A. Coafaj direct in dublu timp

B. Amputație vitală

C. Amputație devitală

D. Extirpare vitală

E. Extracţia dintelui

Răspuns corect: A, B, D (M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007 pag. 74)

11. Pulpita acută seroasă totală - diagnostic pozitiv:

A. Durere cu caracter continuu

B. Intensitate mare a durerii

C. Percuţie in ax dureroasă

D. Hipersensibilitate la testele de vitalitate termice

E. Carie profundă cu camera pulpară deschisă

Răspuns corect: A, B, C, D (M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007 pag. 76)

12. Diagnosticul pozitiv al necrozei pulpare se pune pe seama:

A. Modificărilor de culoare a dintelui

B. Testelor de vitalitate negative

C. Percuţiei în ax negative

D. Mirosului fetid

E. Însămânțării bacteriene negative

Răspuns corect: A, B, E (M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007 pag. 98)

13. Diagnosticul diferenţial al necrozi se face cu:

A. Gangrena pulpară simplă

B. Granulonul intern Palazzi

C. Paradontita apicală cronică

D. Pulpita cronica deschisă

E. Pulpita cronica închisă propriu-zisă

Răspuns corect: A, C, D, E (M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007 pag. 98-99)

14. Diagnosticul pozitiv al gangrenei pulpare se pune pe baza următoarelor semne:

A. Carie profundă cu deschiderea camerei pulpare

B. Fetiditate

C. Dureri la masticaţie

D. Teste de vitalitate negative

E. Examen bacteriologic pozitiv

Răspuns corect:A, B, D, E (M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007 pag. 101)

15. Parodontita apicala acută hiperemică (abortivă) poate fi indusă de:

A. microtraumatisme repetate ce se exercita asupra dintelui, cum ar fi cele induse de aparate ortodontice, cand forţele nu sunt bine controlate si dirijate

B. traumatisme directe generate în cursul tratamentelor endodontice

C. pungi parodontale adânci in cursul tratării lor cu meşe îmbibate în substanţe medicamentoase

D. agenţi microbieni, cea mai frecvent implicată fiind flora aerobă

E. eşecuri ale anesteziei

Răspuns corect: A, B, C, D (M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007 pag. 104)

16. Accesul microorganismelor, ce constituie agenţi microbieni in etiologia parodontitei apicale acute hiperemice, se poate produce prin:

A. canalul radicular

B. pungi parodontale

C. soluţii de continuitate (plagă a mucoasei)

D. microtraumatisme

E. lucrări protetice defectuoase

Răspuns corect: A, B, C (M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007 pag. 105)

17. \*Prima fază a inflamației parodonțiului apical cuprinde "timpul mut", fără răsunet clinic, in care modificările sunt:

A. biochimice

B. mecanice

C. chimice

D. enzimatice

E. fizice

Răspuns corect: A (M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007 pag. 106)

18. \*Rapiditatea fenomenelor de dinamică vasculară în inflamațiile parodonțiului apical este cuprinsă între:

A. câteva minute și 3-4 ore

B.. 3-4 zile

C. 2-3 ore

D. 10-20 minute

E. câteva săptămâni

Răspuns corect: A (M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007 pag. 106)

19. Diagnosticul diferenţial al parodontitei apicale acute hiperemice se face cu:

A. pulpita acută seroasă totală

B. pulpita acută purulentă totală

C. pulpita acuta seroasă parţială

D. pulpita acută purulentă parţială

E. parodontita apicala cronică recidivantă (actualizarea uneia preexistente)

Răspuns corect: A, B, E (M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007 pag. 107)

20. \*Tabloul morfopatologic al parodontitei apicale acute seroase este dominat de:

A. modificările vasculare

B. modificările chimice

C. modificările enzimatice

D. durere

E. rezorbtie osoasă

Răspuns corect: A (M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007 pag. 108)

21. Evoluţia parodontitei apicale hiperemice poate lua următoarele căi:

A. parodontită apicală purulentă

B. parodontită apicală seroasă

C. parodontită cronică fibroasă

D. pulpită apicală seroasă

E. necroză pulpară

Răspuns corect: A, B, C (M. Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007, pag. 107)

22. Complicaţiile parodontitei apicale acute seroase pot fi:

A. prinderea dinţilor învecinaţi în procesul inflamator

B. adenopatie loco-regională

C. supuraţia spaţiilor şi lojilor cervicofaciale

D. sinuzită de maxilar

E. durere la percuţie în ax

Răspuns corect: A, B, C, D (M. Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007, pag. 109)

23. \*Zona periferică a granulomului periapical poartă si denumirea de:

A. zona de stimulare sau de încapsulare (fibroza productivă)

B. zona exudativă

C. zona de iritație

D. zona de necroză

E. zona de vindecare

Răspuns corect: A (M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007 pag. 119)

24. Celulele epiteliale din structura granulomului epitelial își pot avea originea în:

A. resturile epiteliale ale lui Mallasez

B. mucoasa sinusală

C. mucoasa bucală în cazul unor fistule

D. pulpa dintelui

E. osul alveolar

Răspuns corect: A, B, C (M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007 pag. 120)

25. Diagnosticul diferenţial in granulomul chistic se face cu:

A. granulomul simplu conjunctiv

B. granulomul epitelial

C. pulpita cronică granulomatoasă

D. pulpita seroasă totală

E. parodontita apicală acută seroasă

Răspuns corect: A, B (M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007 pag. 122)

26. La nivelul căror dinţi apar anomalii frecvente de canale?

A. incisivii inferiori: 2 canale (V și L)

B. molarul prim superior: rădăcina meziovestibulară poate avea două canale (V și P)

C. premolarul 2 inferior: 2 canale (V și L)

D. primul si al doilea molar inferior: 2 canale pe rădăcina distală

E. premolarul 1 superior

Răspuns corect: A, B, C, D (M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007 pag. 162-163)

27. Sistemele de canale sau tipul de configuraţie după Weine sunt?

A. canalul unic, drept până la apex, se deschide într-un singur foramen apical

B. două canale independente plecând din camera pulpara, se unesc intr-un canal unic inainte de apex si se deschid într-un singur foramen apical

C. două canale complet separate care se deschid fiecare în foramene apicale separate

D. canalul unic pornind din camera pulpară care se bifurcă în două canale, fiecare deschizându-se printr-un foramen apical separat

E. trei canale complet separate care se deschid fiecare în foramene apicale separate

Răspuns corect: A, B, C, D (M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007 pag. 163)

28. Aparatele de măsură electronică, existente pentru uzul stomatologic, pot fi clasificate astfel:

A. aparate analogice (Endometer, Dentometer)

B. aparate audiometrice

C. aparete digitale

D. aparate de înaltă frecvență

E. sonda bimetalică Kuralt

Răspuns corect: A, B, C, D (M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007 pag. 165)

29. În prepararea canalelor sunt descrise următoarele metode:

A. metode manuale

B. metode sonice

C. metode ultrasonice

D. ionoforeza

E. metoda cu laser

Răspuns corect: A, B, C, E (M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007 pag. 166)

30. \*Obturarea de canal în aceeaşi şedinţă se realizează când ?

A. avem un canal uscat, iar stadiul de inflamație pulpară nu a depășit pe cel de pulpită seroasă totală

B. pulpite cronice

C. pulpite acute purulente, parţiale sau totale

D. când in timpul tratamentului câmpul operator a fost invadat de saliva

E. când nu putem opri hemoragia

Răspuns corect: A (M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007 pag. 170)

60. Tehnica Endotec urmărește realizarea obturației de canal prin:

1. condensare la cald
2. condensare verticală
3. condensare simultană laterală și verticală
4. utilizarea unui instrument cu dublu rol: spreader si plugger
5. utilizarea oricaror tipuri de conuri de gutaperca

Răspuns corect : A, C, D, E ((M. Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007 pag. 228)

61. Alegerea acului Lentullo pentru realizarea obturației de canal se face după următoarele criterii:

1. topografia edentaţiei
2. integritatea fizică a acului Lentullo
3. volumul canalelor radiculare
4. topografia dinților
5. materialul utilizat pentru realizarea obturatiei

Răspuns corect : B, C, D (M. Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007 pag. 215)

62. Compactorul original McSpadden prezintă următoarele caracteristici:

1. este alcatuit din conuri suprapuse dispuse invers, cu baza spre vârf
2. actionează ca un șurub cu răsucire inversă
3. este alcatuit din conuri suprapuse dispuse cu vârful spre bază
4. ramolește gutaperca în canal prin frecarea dată de instrumentul rotativ
5. propulsează gutaperca ramolită cu 1mm înainte și lateral de tija sa

Răspuns corect : A, B, D, E (M. Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007, pag. 234)

63. \*Obturatia de canal cu acul Lentullo se face la o turație de:

1. 200-400 rotații/minut
2. 400-600 rotații/minut
3. 600-800 rotații/minut
4. 800-1000 rotații/minut
5. 1000-1200 rotații/minut

Răspuns corect : C (M. Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007, pag. 216)

64. \*Hand spreaderele au lungimea părții active de circa:

1. 10 mm
2. 15 mm
3. 20 mm
4. 25 mm
5. 30 mm

Răspuns corect : E (M. Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007, pag. 223)

65. \*La proba conului master, în tehnica de condensare termomecanică a gutapercii (McSpadden), acesta trebuie să se blocheze în lumenul canalului:

1. La constricția apicală
2. La 1,5 mm de constricția apicală
3. La 2 mm de constricția apicală
4. La 3-4 mm de constricţia apicală
5. La apexul radiologic

Răspuns corect : B ((M. Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007, pag. 235)

66. \*Materialul de obturație de canal Biocalex 4 produce o expansiune volumetrică de:

1. 150-200%
2. 250-280%
3. 300-350%
4. 240-270%
5. 230-260%

Răspuns corect : B (M. Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007, pag. 217)

67. \*Premiza obligatorie în tehnica de injectare a gutapercii ramolite prin încălzire este următoarea:

1. Lărgirea adecvată a canalului radicular
2. Respectarea regurilor de preparare a canalelor radicualre
3. Utilizarea cimentului de sigilare pentru realizarea sigilării apicale
4. Plasarea corectă a vârfului canulei
5. Lărgirea excesivă a canalului radicular

Răspuns corect : C (M. Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007, pag. 237)

68. \*Tehnica de obturație cu paste care se întăresc în canal prezintă următoarele dezavantaje:

1. Variatii volumetrice dupa priză
2. Solubilizare apreciabilă
3. Neomogenitatea obturației
4. Depășirea frecventă a constricției apicale
5. Toate de mai sus

Răspuns corect : E (M. Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007, pag. 214)

69. \*Avantajele tehnicii de condensare termoplastică a gutapercii (Mc Spadden):

1. este mai lentă
2. există posibilitatea fracturării compactoarelor
3. obturează cea mai mare parte a întregului spațiu endodontic
4. facilitează depășirile în lipsa unui stop dentinar apical corespunzător
5. există posibilitatea apariției unor leziuni termice ale parodonțiului de sustiner

Răspuns corect : C ((M. Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007, pag. 234)

70. \*Precizati dezavantajul tehnicii de condensare laterală la rece a gutapercii:

1. Contraindicată dupa extirparea devitala
2. Contraindicată în parodontitele apicale cronice fistulizate
3. Contraindicată în perforația podelei camerei pulpare
4. Obturație de canal neomogenă
5. Succes clinic nesigur

Răspuns corect : D (M. Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007, pag. 224)

71. \*Metoda ocalexică:

1. E bazată pe expansiunea oxidului de calciu
2. Principiul metodei constă în sterilizarea canalului prin hidroxidul de calciu format
3. E indicată în tratamentul gangrenelor
4. E indicată în tratamentul parodontitelor apicale cronice
5. Toate de mai sus

Răspuns corect : E (M. Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007, pag. 217)

72. Adăugarea de dezinfectante în pastele de obturație radiculară nu este benefică deoarece:

1. crește riscul obturațiilor de canal cu depășire
2. nu reduce semnificativ microinfiltrațiile marginale
3. antisepticele irită parodonțiul apical
4. antisepticele sunt inactivate rapid prin dizolvarea în umorile tisulare
5. produc colorații ale dintilor

Răspuns corect : C, D (M. Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007, pag. 214)

73. În tehnica de injectare a gutapercii ramolite prin încălzire este necesară respectarea următoarelor reguli obligatorii pentru obturarea corectă:

1. trebuie evitată lărgirea excesivă a canalelor
2. plasarea corectă a vârfului canulei
3. injectarea gutapercii la temperatura indicată de prospect
4. injectarea gutapercii la consistența adecvată
5. proba clinică prealabilă a pluggerelor

Răspuns corect : B, C, D, E (M. Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007, pag. 237)

74. Puseurile acute declanșate de utilizarea Biocalex-ului se rezolvă prin:

1. tratament antiinflamator
2. tratament antibiotic
3. îndepartarea Biocalex-ului din canal
4. aplicarea unor paste cu antibiotice si corticosteroizi
5. administrarea de analgetice

Răspuns corect : C, D (M. Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007, pag. 219)

75. În cazul metodei ocalexice, Biocalexul folosit ca pansament endodontic are actiune benefică prin efectul:

1. Bacteriostatic
2. Bactericid
3. De stimulare a activității osteoblastelor la nivelul focarelor osteolitice periapicale
4. De stimulare a osteoclastelor
5. De pătrundere în cele mai fine ramificații ale canalelor radiculare

Răspuns corect : B, C, E (M. Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007, pag. 217)

1. Gangrena pulpara este caracterizata prin:
2. Mortificare aseptica a pulpei
3. Descompunerea pulpei sub actiunea germenilor anaerobi de putrefactie
4. Mortificare septica a pulpei
5. Poate interesa strict teritoriul dintelui (gangrena complicata)
6. Poate interesa strict teritoriul dintelui (gangrenea simpla)

Raspunsuri corecte: B, C, E (M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007 pag. 94)

1. Urmatorele afirmatii cu privire la factorii mecanici, asociati necrozei pulpare sunt adevarate :
2. Cei mai bine reprezentati factori mecanici sunt traumatismele
3. Sectionarea, smulgerea sau dilacerarea tesutului pulpar, sunt urmate de necroza pulpara
4. Fortele ortodontice gresit calculate nu pot produce necroze pulpare
5. Traumatismul provocat de fractura dintelui nu pot produce necrozarea pulpei
6. Luxatia si intruzia sunt considerati factori mecanici

Raspunsuri corecte: A, B, E (Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007, pag 95-96)

1. Factorii termici cauzali ai necrozei pulpare sunt reprezentati de:

A. Exercitarea de temperaturi scazute sau crescute

B. O scadere cu 5 ( deci la 42C) ca si in cazul amprentarii cu mase termoplastice

C. Slefuire fara racire

D. La scaderile de temperatura chiar de 20, modificarile pulpare sunt nesemnificative

E. daca scaderea de temperatura e brutala nu apar modificari pulpare

Raspunsuri corecte: A, C, D (M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007, pag 96)

1. Care dintre urmatorele substante chimice pot declansa necroza pulpara:
2. Formolul
3. Apa oxigenata
4. Acidul tricloracetic
5. Arsenicul
6. Hipocloritul de sodiu

Raspunsuri corecte: A, C, D, E ( M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007, pag 96 )

1. Care dintre urmatoarele afirmatii cu privire la simptomatologia gangrenei simple sunt adevarate:
2. In general gangrena simpla, nu are o simptomatologie manifesta
3. Nu se constata prezenta unor carii profunde
4. Se observa modificari de culoare a dintelui in cauza
5. Sondarea canalelor este dureroasa si nesangeranda
6. Probele de vitalitate sunt negative chiar si la intensitati mari

Rapunsuri corecte: A, C, E ( M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007, pag 101)

1. Diagnosticul pozitiv al gangrenei pulpare se pune pe baza urmatoarelor:
2. Teste de vitalitate pozitive
3. Examen bacteriologic negative
4. Insensibilitate totala la songajul in canal
5. Carie superficiala fara deschiderea camerei pulpare
6. Fetiditatea (nu este caracteristica), ea putandu-se gasi si in carii superficiale

Rapunsuri corecte: C, E ( M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007, pag. 101)

1. Diagnosticul diferential al gangrenei pulpare se face cu:
2. Necroza pulpara
3. Pulpita acuta
4. Parodontita apicala cronica
5. Pulpita cronica
6. Gangrena complicata cu parodontita apicala acuta

Raspunsuri corecte: A, C, D, E ( M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007, pag 102 )

1. Care dintre urmatoarele afirmatii cu privire la evolutia gangrenei pulpare sunt adevarate:
2. Gangrena slabeste rezistenta dintelui si favorizeaza fractura coronara
3. Gangrena simpla nu poate evolua spre parodontiul apical
4. Gangrena dentara nu poate determina imbolnavire la distanta (glomerulonefrite)
5. Gangrena dentara reprezinta un focar important de infectie pentru restul organismului
6. Gangrena slabeste rezistenta dintelui si favorizeaza fracturile corono-radiculare

Raspunsuri corecte: A, D, E (M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007, pag 102)

1. \*Tehnica step down – step back:
2. mai este denumită şi tehnica dublei telescopari
3. mai este denumită şi telescoparea regesivă
4. mai este denumită şi tehnica forțelor compensate
5. mai este denumită şi telescoparea progresivă
6. a fost introdusă de Roane

Răspuns corect: A (M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007 pag. 168-169)

1. Se instituie obligatoriu un tratament medicamentos înainte de obturarea canalului în urmatoarele situații:

A. pulpite acute purulente parțiale sau totale

B. pulpite cornice

C. când avem un canal uscat ,iar stadiul de inflamație pulpară nu la depăşit pe cel de pulpită seroasă totală

D.când nu putem opri hemoragia

E. când in timpul tratamentului câmpul operator a fost invadat de saliva

Răspuns corect: A, B, D, E (M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007 pag. 170)

1. Metodele sonice de preparere a canalelor se realizează prin :

A. vibrarea instrumentelor în canal

B.cu ajutorul unui aparat tip Sonic-Air sau Endostar, la care se montează instrumente endodontice speciale

C. Sistemul Giromatic

D. Sistemul Canal Finder

E. Canal Master U

Răspuns corect: A,B(M.Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007 pag. 171)

1. Metoda Dick

A. este o metodă clinco- radiologică

B. este o metodă electronica

C. utilizează o singură radiografie

D. utilizează mai multe radiografii

E. utilizează acele sonda Kuralt

Răspuns corect: A,C (M. Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007pg. 164-165)

1. Metoda cu laser :

A. utilizeaza un laser pulsatoriu de 35 W

B. în timpul funcționării se face o răcire a canalului cu un system de răcire tip spray

C. are şi efect de potențare a acțiunii soluțiilor antiseptice folosite pentru spălături endodontice

D. prin introducerea laserului nu se urmareşte suprimarea peliculei de “detritus dentinar “

E. nu influentează acțiunea soluțiilor antiseptice folosite pentru spălături

Răspuns corect: A, B, C (M. Gafar, A. Iliescu - Endodonţie clinică şi practică, Ed.ll, Ed.medicală, Bucureşti, 2007pg. 173)

1. Ecosistemul microbian ce contribuie la formarea plăcii bacteriene:
   1. cuprinde aproximativ 100 de specii bacteriene
   2. reprezintă 90% din constituenții plăcii bacteriene
   3. cuprinde leucocite şi macrofage
   4. cuprinde microorganisme gram pozitive şi gram negative
   5. cuprinde bastonaşe, fusiforme, filamentoase, spirili, spirochete

C, D, E (35, 31-57, 6, 52)

1. Cavitatea de clasa a VI-a:
2. rezultă în urma tratării cariilor ce s-au format la nivelul feţelor palatinale ale frontalilor superiori
3. rezultă în urma tratării cariilor ce s-au format la nivelul marginilor incizale ale frontalilor inferiori
4. este existentă în nomenclatura propusă de Black
5. rezultă în urma tratării cariilor ce s-au format în vârful cuspizilor premolarilor
6. presupune distrucția unghiului incizal al frontalilor afectaţi

B, D, (34, 167-185, 6, 174)

1. Ameloplastia:
2. reprezintă pierderea prin acţiune mecanică a marginilor incizale sau feţele ocluzale ca rezultăt al mişcărilor funcţionale şi parafuncţionale
3. reprezintă bizotarea conturului marginal de smalţ la 45°
4. reprezintă un procedeu de modelare a suprafeţelor smalţului cu instrumentar rotativ
5. presupune remodelarea fisurilor ce nu penetrează mai mult de 1/2 din grosimea smalţului
6. se face şi la dinţii susceptibili de carie, la care nu este anticipată prepararea unei cavităţi

C, E (34, 167-185, 6, 176)

1. Forma de convenienţă, ca etapă în prepararea cavităţilor, presupune:
2. obţinerea unei cavităţi care permite restauraţiei să reziste forţelor ocluzale
3. obţinerea unei cavităţi care să permită o accesibilitate uşoară
4. obţinerea unei cavităţi care să permită o observare adecvată
5. plasarea marginilor cavităţii în poziţia pe care o va ocupa în final prepararea
6. de cele mai multe ori presupune extensia mezială, vestibulară sau orală a pereţilor cavităţii

B, C, E (34, 167-185, 6, 178)

1. La finisarea pereţilor de smalţ şi a marginilor cavităţii trebuie să se ţină cont de:
2. gradul de netezime dorit
3. direcţia prismelor de smalţ
4. tipul de material restaurator cu care se va realiza obturaţia de bază
5. tipul de material restaurator ce va fi aplicat in cavitate
6. localizarea marginilor

A, B, D, E (34, 167-185, 6, 180)

1. Dintre dezavantajele linerilor amintim:
2. izolare termică necorespunzatoare
3. protecție chimică prin sigilarea canaliculelor dentinare
4. lipsa rezistenței mecanice semnificative
5. desprinderea de pe suprafața plăgii dentinare în timpul contracției de priză a compozitelor
6. alcalinitatea crescută

A, C, D (34, 294-333, 6, 296)

1. Avantajele cimenturilor ionomer de sticlă folosite ca liner sunt:
2. biocompatibilitatea
3. adezivitatea la dentină
4. rezistența la compresiune masticatorie superioară rașinilor compozite
5. reducerea microinfiltraţiei marginale
6. rezistența la compresiune masticatorie superioară celorlalți lineri

A, B, D, E (34, 294-333, 6, 299)

1. Concepția terapeutică contemporană privind atitudinea față de plaga dentinară recomandă:
2. obturația de bază pentru protejarea plăgii dentinare doar în scopul izolării mecanice a pulpei dentare
3. obturația de bază pentru protejarea plăgii dentinare doar în scopul izolării chimice a pulpei dentare
4. obturația de bază pentru protejarea plăgii dentinare în scopul izolării termice a pulpei dentare
5. obturaţia de bază pentru protejarea plăgii dentinare în scopul izolării electrice a pulpei dentare
6. izolarea termică sub obturațiile metalice atunci când grosimea plăgii dentinare care acoperă pulpa scade sub 1mm

C, D, E (34, 294-333, 6, 301)

1. Etapele în prepararea unui liner din ciment ionomer de sticlă includ:
2. spatularea unei jumătăți din cantitatea de pulbere timp de 15 secunde până la obținerea unei consistențe vâscoase omogene
3. spatularea unei jumătăți din cantitatea de pulbere timp de 15 secunde până la obținerea unei consistențe cremoase omogene
4. încorporarea celeilalte jumătăți de pulbere și spatularea timp de încă 10-15 secunde
5. la linerii fotopolimerizabili spatularea durează 30 de secunde
6. la linerii fotopolimerizabili spatularea durează doar 15 secunde

B, C, E (34, 294-333, 6, 300)

1. Indicarea adezivilor dentinari în protecția plăgii dentinare se datorează:
2. capacității de sigilare a canaliculelor dentinare superioară lacurilor
3. biocompatibilității pulpare
4. efectului antibacterian
5. obligativității condiţionarii plăgii dentinare
6. capacității de izolare termică

A, B (34, 294-333, 6, 320)

1. Utilizarea compozitelor fluide ca obturații de bază este indicată deoarece:
2. au modulul de elasticitate mai scăzut față de compozitele hibride ceea ce le conferă rezistența mai mare la fracturare
3. au modulul de elasticitate crescut față de compozitele hibride ceea ce conferă rezistență mai mare la fracturare
4. au rezistență mai mare la compresiune față de compozitele hibride
5. au rezistenţa mai mare la compresiune faţă de valorile altor materiale de obturaţie de bază
6. au contracție mare de priză

A, D (34, 294-333, 6, 313)

1. În ce situații îndepărtarea țesutului cariat este indicată prima în prepararea cavității?
2. În cavități profunde
3. În cavități orale cu numeroase și extinse procese carioase
4. Când se dorește realizarea controlului cariei
5. În cazul leziunilor carioase superficiale
6. În cavități punctiforme

B, C (34, 167-185, 6, 178-179)

1. Avantajele linerilor cu hidroxid de calciu sunt:
2. alcalinitate crescută
3. alcalinitate scăzută
4. efect bacteriostatic
5. stimulează indirect neodentinogeneza
6. reduce hipersensibilitatea dentinară după obturații coronare recente

A, C, D (34, 294-333, 6, 297)

1. Cavităţiile de clasa l rezultă în urma tratamentului leziunilor carioase care evoluează:
2. în toate fosele şi fisurile de pe suprafaţa ocluzală a molarilor și premolarilor
3. în 2/3 ocluzale vestibulare și orale ale molarilor
4. suprafaţa palatinală a frontalilor maxilari
5. suprafeţele proximale ale incisivilor şi caninilor cu păstarea unghiului incizal
6. în 1/3incizală a feţelor vestibulare și orale ale dinţilor

A, B, C (34, 167-185, 6, 173-174)

**PROTETICĂ**

1. \*Bizotarea marginilor de smalț la cavitatea de clasa I-a pentru inlay se realizează:
2. pentru inlay-ul ceramic
3. în unghi de 30˚
4. pentru inlay-ul metalic
5. pentru inlay-ul din rășini compozite
6. în unghi de 15 -25˚

Corect c

Bibliografie 7, tema 70, pag.178

1. \*În ce situaţie este posibilă descimentarea inlay-urilor?
2. absența extensiei preventive
3. pereţi subţiri
4. bizotare incorectă
5. adâncimea prea mică a cavităţii
6. cuspizi neprotejaţi

Corect d

Bibliografie 7, tema 70, pag.189

1. \*Care este dimensiunea pragului pentru coroana ceramică:
2. prag lat de 0,5mm
3. prag lat de 0,8-1mm
4. prag lat de 1,5 mm
5. prag lat de 2mm
6. e toate variantele sunt corecte

Corect b

Bibliografie 7 ,tema 70,pag. 189

1. \*Pentru a crește retenția unor cavități de clasa a V-a se pot realiza:
2. puţuri dentinare
3. sanțuri de retenție
4. perete parapulpar plan
5. realizarea unei casete suplimentare
6. aripioare de stabilizare

Corect. a

Bibliografie 7 , tema 70, pag. 185

1. \*Corpul de punte se modelează cu:

A. suprafeţe convexe în toate sensurile

B. suprafeţe concave în toate sensurile

C. cu suprafeţe plane

D. suprafeţe convexe doar în sens mezio-distal

E. suprafeţe concave în sensvestibulo-oral

Corect a

Bibliografie 7, tema 72 ,pag.452

1. \*Condiţiile pe care trebuie să le îndeplinească corpul de punte sunt:

A. să fie estetice

B. să păstreze raporturi ocluzale favorabile cu antagoniştii

C. să respecte ambrazurile cervicale

D. să permită igienizarea

E. toate cele de mai sus

Corect e

Bibliografie 7, tema 72, pag. 452

1. \*Plăcuţa dento-mucozală maxilară:

A. se sprijină cu o margine pe dinţii restanţi şi cu cealaltă pe mucoasă

B. porţiunea orală va fi modelată cu replica anatomică

C. marginea liberă este îngroşată pentru a nu avea acţiune secantă asupra

mucoasei

D. are şi rol de croşet continuu

E. toate variantele sunt corecte.

Corect e

Bibliografie 8,tema 73 , P.**122**

1. \*Reciprocitatea este:

A. Este funcţia croşetului prin care se neutralizează efectul porţiunii flexibile a

braţului retentiv, care solicită orizontal dintele stâlp în timpul inserţiei şi

dezinserţiei

B. Este funcţia croşetului prin care acesta, după ce este aplicat corect pe

dintele stâlp, nu trebuie să mai exercite forţe active

C. Este funcţia prin care croşetul se opune deplasărilor verticale în direcţie

mucozală asigurând sprijinul parodontal

D. Nici una din variante

E. Toate variantele.

Corect a

Bibliografie 8,tema 73 , P.**130**

1. \*Conectorul principal metalic sub formă de placuță:

A. Poate fi situat doar maxilar

B. Poate fi situat doar mandibular

C. La maxilar poate avea contact mucozal sau dento-mucozal

D. La mandibulă poate avea contact mucozal sau dento-mucozal

E. Sunt benzi metalice cu lățime mai mică de 10 mm și grosime de 0.5-0.7mm

Corect: c

Bibliografie 8,tema 73 , pag. 119

1. \*Conectorul principal sub formă de placuță mucozală palatină:

A. Se poate realiza într-o singură variantă

B. Dupa concepția americană nu urmărește plasarea conectorului principal în limitele edentației stabilite de dinții limitrofi spațiului edentat

C. După concepția americană seține cont de principiul profilactic

D. Conform concepției americane poate fi utilizat în edentația subtotalăși în edentația totală cu indicație la bolnavii epileptici

E. Conform variantei franceze realizeaza conectorul mucozal placuta palatină dento-mucozală

Corect: d

Bibliografie 8,tema 73 ,pag. 120

1. Sprijinul – ca funcție a crosetelor urmărește:
2. este funcția prin care croșetul se opune mișcărilor vertical în direcție mucozală;
3. realizează profilaxia parodoțiului marginal al dinților stâlpi;
4. este asigurat de brațul retentiv;
5. este asigurat de pinteni;
6. orice pinten trebuie întărit cu un conector.

Bibliografie 8 tema 73 pag 130

Raspunsuri corecte: a, b, d, e.

1. Funcția de încercuire a croșetelor:
2. funcția prin care croșetul trebuie să curpindă mai mult de 180° din circumferința dintelui
3. încercuirea cea mai eficientă este asigurată de porțiunile supraecuatoriale ale dintelui
4. la încercuire trebuie să ia parte doar părțile flexibile ale croșetului;
5. încercuirea stabilizează proteza în sens orizontal;
6. la încercuire trebuie să ia parte doar părțile rigide ale croșetului.

Bibliografie 8 tema 73 pag 130

Raspunsuri corecte: a, b, d, e.

1. Particularitățile de design ale protezelor includ următoarele:
2. un croșet trebuie să aibă întotdeauna sprijin;
3. e preferabil să se folosească sprijinul dentar chiar și în cazurile unde există foarte puțini dinți;
4. un croşet inelar ar trebui să prezinte pinteni - mezial şi distal;
5. croşetul inelar trebuie prevăzut cu un conector secundar de întărire;
6. croşetele pot fi utilizate ca elemente de menţinere indirectă în cazul edentaţiilor uniterminale, prin plasarea pe hemiarcada opusă.

Bibliografie 8 tema 73 pag 133

Raspunsuri corecte: a, c, d, e.

1. Particularitățile de design ale croșetelor includ următoarele:
2. traseul braţului retentiv al croşetului ocluzo–gingival (circular) este din zona mai puţin retentivă spre cea mai retentive;
3. utilizarea celei mai bune retentivități disponibile;
4. dacă dintele are coroana clinică prea lungă se admite ca traseul
5. croșetul cu acțiune posterioară inversă nu respectă principiul ca braţul retentiv să fie din zona retentivă spre cea mai puţin retentivă;
6. daca dintele stâlp prezintă o retentivitate de cel puțin 14 mm el poate fi folosit ca dinte stâlp.

Bibliografie 8 tema 73 pag 134

Raspunsuri corecte: a, b, c d.

1. Modificarea conturului unui dinte stâlp pentru obținerea unei retentivități favorabile se poate realiza astfel :
2. în cazul existenţei unei retentivităţi mai mici de 0,25 mm, se indică adiţionarea de răşină compozită, pentru a obţine cel puţin această retenţie;
3. tehnica presupune aplicarea unei cantități de rășină compozită supracingular;
4. aplicarea de incrustații de Au;
5. aplicarea unei cantități reduse de rășină compozită este suficientă;
6. o cantitate mare de rășină compozită nu este indicată.

Bibliografie 8 tema 73 pag 134

Raspunsuri corecte: a, b.

1. Alte metode folosite pentru modificarea conturului unui dinte stâlp pentru obținerea unei retentivități favorabile sunt :
2. ameloplastia prin crearea unei cavități mici în smalț care să permită pătrunderea vârfului flexibil al croșetului;
3. fațete de metal aplicate pe suprafața smalțului
4. fațete de porțelan aplicate pe suprafața smalțului
5. aplicarea de coroane cu contur adecvat;
6. aplicarea de onlay-urilor ocluzale.

Bibliografie 8 tema 73pag 135

Raspunsuri corecte: a, b, c, d.

1. Funcția de încercuire a croșetului:
2. dacă este realizată, croșetul se poate desprinde de pe dinte;
3. este realizată prin combinația de brațe retentive a croșetului;
4. este realizată prin folosirea croșetului RPI;
5. este realizată prin folosirea croșetelor cu spijin gingival;
6. este realizată prin combinația de brațe opozante ale croșetului.

Bibliografie 8 tema 73pag 136

Raspunsuri corecte: b, c.

1. Următoarele afirmații legate de proteza scheletată sunt adevarate;
2. în cazul utilizării unui braţ opozant, pentru ca el să-şi îndeplinească funcţia de reciprocitate, este necesar ca el să fie plasat la extremitatea ocluzală a suprafeţei de ghidaj;
3. în cazul utilizării unei plăcuţe dento–mucozale, reciprocitatea se obţine cu ajutorul plăcuţei de ghidaj a conectorului.
4. un croşet gingivo–ocluzal este contraindicat dacă fundul de sac vestibular are o adâncime mai mică de 4 mm.
5. un croşet gingivo–ocluzal este contraindicat dacă există o retentivitate muco–osoasă mai mare de 1 mm pe o distanţă de 3 mm de la marginea gingivală.
6. croşetul RPI se utilizează pe premolarii mandibulari în cazul unor edentaţii terminale şi dacă anatomia fundului de sac vestibular permite

Bibliografie 8 tema 73 pag 137

Raspunsuri corecte: b, c, d, e.

1. Protezele scheletate ar trebui sa aibe următoarele caracteristici:
2. un croşet gingivo–ocluzal este contraindicat dacă există o retentivitate muco–osoasă mai mare de 1 mm pe o distanţă de 3 mm de la marginea gingivală
3. în cazul aceloraşi edentaţii terminale braţul retentiv trebuie plasat pe dintele stâlp adiacent edentaţiei;
4. în cazul edentaţiei de clasa a II-a Kennedy este bine ca un croşet să fie aplicat cât mai aproape de edentaţie şi celălalt cât mai departe, pe arcada opusă.
5. o proteză elaborată pentru o edentaţie clasa a III-a Kennedy cu o modificare poate avea două croşete, care formează o axă ce străbate proteza
6. o proteză elaborată pentru o edentaţie clasa a III-a Kennedy cu o modificare poate avea minim 3 crosete.

Bibliografie 8tema 73 pag 137- 138.

Raspunsuri corecte: b, c, d.

1. Crosetul Ney I:
2. prezintă încercuire foarte bună și sprijin bun;
3. prezintă retenţie şi reciprocitate excelente;
4. are un corp din care pleacă un pinten ocluzal;
5. are un braț rigid și unul elastic;
6. are două brațe elastice.

Bibliografie 8tema 73 pag 137- 138.

Raspunsuri corecte: a, c, e.

1. Croșetul Ney III:
2. este indicat pe dinții cu linia ghid situată în vecinătatea gingiei;
3. are două brațe elastice din sârmă;
4. prezintă un pinten turnat împreună cu corpul croșetului ;
5. sprijinul este bun și retenția satisfacătoare;
6. încercuirea este de asemenea bună.

Bibliografie 8tema 73 pag 141.

Raspunsuri corecte: b, c, d.

1. Croșetul inelar :
2. este utilizat pe molarul 2 care mărginește distal edentația;
3. linia ghid este coborată pe fețele vestibulare și orale;
4. prezintă un braț flexibil cu extremitate liberă;
5. prezintă 2 pinteni ocluzali asigurând un sprijin foarte bun;
6. retenția și reciprocitatea sunt excelente.

Bibliografie 8pag tema 73 140-141

Raspunsuri corecte: a, c, d, e.

1. Sistemul de croșete Roach:
2. sunt cunoscute și sub denumirea de croșete divizate;
3. realizează retenția la nivelul zonelor meziale și distale ale fețelor vestibulare și orale;
4. sunt mai rigide decât croșetele circulare;
5. proiectarea lor este mai facilă decât în cazul croșetelor circulare;
6. cuprinde 10 croșete.

Bibliografie 8tema 73 pag 140-141

Raspunsuri corecte: a, b.

1. Croșetul divizat în “T” are urmăătoarele caracteristici:
2. pornește din șeaua protezei printr-un conector secundar care trece în punte peste procesul alveolar;
3. porțiunea verticală a “T”-ului este situată în mijlocul feței vestibulare;
4. cele două brațe ale “T”-ului sunt întotdeauna retentive;
5. ca variantă brațul retentiv poate fi sub formă de “Y”;
6. este mai rigid decât croșetul Ackers.

Bibliografie 8tema 73 pag 144

Raspunsuri corecte: a, b, d.

1. Croșetul divizat in “I” :
2. se folosește la nivelul premolarilor maxilari din rațiuni estetice;
3. este foarte flexibil;
4. asigură retenție foarte bună;
5. reciprocitatea se obține prin folosirea unui alt croșet pe hemiarcada opusă;
6. încercuirea asigurată de croșet este foarte bună.

Bibliografie 8tema 73 pag 144

Raspunsuri corecte: a, d.

1. Croșetul circular Ackers:
2. se aplică la nivelul molarilor și premolarilor caninilor cu retentivități favorabile;
3. prezintă un conector secundar situat oral care susține un corp;
4. are un braț în totalitate retentiv;
5. brațul opozant este situat în porțiunea supraecuatorială;
6. pintenul ocluzal situat mezial sau distal asigură sprijinul.

Bibliografie 8tema 73 pag 146

Raspunsuri corecte: d, e.

1. Croșetul cu acțiune reciprocă a lui Bonwill:
2. este alcătuit din două croșete Ackers unite prin corpul lor;
3. se plasează de obicei pe o hemiarcadă integră;
4. asigură stabilizarea protezei scheletate;
5. prezintă retenție și sprijin foarte bune dar încercuire deficitară;
6. brațele pot fi toate 4 elastice.

Bibliografie 8tema 73 pag 146

Raspunsuri corecte: a, b, c, e.

1. Croșetul RPI al lui Kroll:
2. este folosit in edentațiile parțiale reduse;
3. se aplică pe dintele stâlp distal pentru a evita bascularea acestuia;
4. prezintă un pinten ocluzal in fosa distală;
5. placuta proximo-linguala are rol de ghidaj al protezei;
6. brațul retentiv în “I” pleacă din șeaua protezei și realizează reciprocitatea cu placuța proximo-linguală.

Bibliografie 8tema 73 pag 146

Raspunsuri corecte: b, d, e.

1. Contraindicațiile folosirii sistemelor speciale în protezarea scheletată sunt:
2. pacienții cu stare generală precară;
3. pacienții necooperanți;
4. pacienții cu dinți restanți având suport parodontal integru;
5. bolnavii cu disabilități psiho-motorii;
6. cazurile în care primează funcția estetică.

Bibliografie 8tema 73 pag 146

Raspunsuri corecte: a, b, d.

1. Selectați afirmațiile adevărate:
2. Scheletul metalic poate fi placat cu ceramică pe toate suprafețele doar dacă există spațiu suficient între creasta alveolară și antagoniști;
3. Dacă spațiul este mic înălțimea poate fi compensată prin lățime, dar deoarece o igienizare optimă devine imposibilă se recomandă placare scheletului metalic doar pe două suprafețe;
4. Dacă spațiul este mic înălțimea poate fi compensată prin lățime, dar deoarece o igienizare optimă devine imposibilă se recomandă placare scheletului metalic doar pe trei suprafețe;
5. În caz că spațiul este redus putem scădea dimensiunile scheletului metalic pentru a putea obține o grosime optimă a stratului de ceramică;
6. Stratul de ceramică este de dorit să aibă o grosime uniformă pe toate suprafețele scheletului.

Bibliografie 7 pag 450 tema 72

R:A,B,E

1. Intermediarii protezelor parțiale fixe trebuie să :

A. Aibă un contact minim cu țesuturile moi;

B. Să asigure un spațiu minim pentru igienizare;

C. Să aibă un aspect estetic și din punct de vedere biologic să fie tolerați de țesuturile din jur;

D. Să asigure un spațiu maxim pentru igienizare;

E.Să fie confortabili;

Bibliografie 7 pag 451 tema 72

R:A,C,D,E

1. Concepția freedom în centric presupune:
2. RC=IM
3. Raport ocluzal cuspid/creastă marginală
4. În lateralitate funcție de grup
5. În lateralitate protecție canină
6. Deglutiția se realizează în RC

Corect B,C

Bibliografie 7, Tema 69 pag.33

1. Mijloacele specifice de evaluare a rapoartelor ocluzale din medicina dentară neuromusculară sunt reprezentate de:
2. Posturometrie
3. TENS
4. CT
5. CBCT
6. Ultrasonografie

Corect A,B

Bibliografie 7, Tema 69 pag.34

1. \*Ocluzia funcțională este caracterizată de următorii factori:
2. Factorul timp: solicitări ocluzale sincronizate
3. Factorul mișcare: repartiția uniformă a solicitărilor ocluzale
4. Factorul formă: suprafețe masticatorii orientate spațial
5. Factorul cantitativ:c ontacte dentare simultane
6. Factorul calitativ: triturarea optimă a alimentelor

Corect C

Bibliografie 7, Tema 69 pag.36

1. \*Ligamentele articulare(ATM) care limiteaza mișcările mandibulare sunt reprezentate de:
2. Ligamentul controlateral
3. Ligamentul stilomaxilar
4. Ligamentul sfenomaxilar
5. Ligamentul medial
6. Ligamentul retromeniscal

Corect D

Bibliografie 7, Tema 69 pag.37

1. Mușchiul milohioidian:
2. Este un mușchi îngust
3. Formează diafragma gurii
4. Când are punct fix pe mandibulă are rol în masticație
5. Când are punt fix pe hioid are rol în deglutiție
6. Are fibrele orientate oblic în jos și înainte

Corect B,E

Bibliografie 7, Tema 69 pag.41

1. \*Mușchiul geniohioidian:
2. Este un mușchi lat
3. Este situat desupra porțiunii anterioare a milohioidianului
4. Are rol doar în deglutiție
5. Prin contracție ridică mandibula
6. Prin contracție coboară mandibula

Corect E

Bibliografie 7, Tema 69 pag.41

1. Din concepția gnatologică presupune urmatoarele :
2. RC=IM
3. Raport ocluzal tripodic
4. Deglutiția de efectuează în IM
5. În lateralitate există funcție de grup
6. RC nu corespunde cu IM

corect A,B

Bibliografie 7, Tema 69 pag.33

1. Facilitarea inducerii relației de postură poate fi realizată prin utilizarea unor teste fonetice care au însa mai mult semnificație funcțională decât de postură, si anume :
2. Testul Wild
3. Testul Ohio
4. Testul Silverman
5. Testul Robinson
6. Număratoarea de la 40 la 60

Corect A C D

Bibliografie 7 Tema 69, pag 44

1. Reperele relației de postură sunt:
2. Articular
3. Lingual
4. Dentar
5. Osos
6. Muscular

Corect A B C E

Bibliografie 7 Tema 69, pag 44

1. Factorii loco-regionali ce influențeaza relația de postură a mandibulei sunt:
2. Poziția capului și a gâtului
3. Circumstanțele emoționale
4. Afecțiunile ATM
5. Hipertensiunea arteriala
6. Intoxicațiile medicamentoase

Corect ABC

Bibliografie 7 Tema 69, pag 45

1. Legat de metoda Ramfjord, următoarele afirmații sunt adevarate:
2. Pacientul este așezat în poziție culcat
3. Trebuie asigurate condiții de mediu corespunzatoare
4. Practicianul trebuie să vorbească cu voce joasă, monotonă și fermă
5. Ultimele 4 degete ale ambelor mâini se asează sub marginea bazilară a mandibulei
6. Operatorul plasează indexul mâinii drepte sub menton

Corect BCE

Bibliografie 7 Tema 69, pag 48-49

1. Referitor la Metoda Peter Dawson, următoarele afirmații sunt adevarate:
2. Se bazează pe obținerea relației centrice în poziție pasivă, ligamentară
3. Pacientul este așezat în poziție culcat
4. Pacientul este așezat în fotoliu
5. Medicul se află în poziție așezat postero-lateral
6. Operatorul plasează indexul mâinii drepte sub menton

Corect ABD

Bibliografie 7 Tema 69, pag 49-50

1. Care dintre afirmațiile legate de importanța poziției de intercuspidare maximă sunt adevărate? :
2. Asigură stabilitatea mandibulei față de maxilar
3. Permite contracția simetrică, egală și maximă a mușchilor ridicători ai mandibulei
4. Orientează forțele ocluzale în axul lung al dinților
5. Anulează și compensează forțele orizontale
6. Anulează și compensează forțele verticale

Corect ABCD

Bibliografie 7 Tema 69, pag 52

1. În relație centrică, intercuspidarea maximă se caracterizează prin următorii parametrii:
2. Liniile mediene ale arcadelor nu sunt situate în același plan
3. Prezența unităților masticatorii
4. Cheie de ocluzie Angle
5. Fețele meziale ale ultimilor molari se află în același plan
6. Circumscrierea cuspizilor vestibulari inferiori de către cei superiori

Corect BCE

Bibliografie 7 Tema 69, pag 52

1. Examenul ocluzal static constă în mod uzual în evaluarea rapoartelor ocluzale în plan:
2. Orizontal
3. Medial
4. Vertical
5. Transversal
6. Sagital

Corect CDE

Bibliografie 7 Tema 69, pag 53

1. Referitor la condiționarea relațiilor ocluzale de poziția condililor în articulațiile temporo mandibulare și de starea acestora, următoarele afirmații sunt adevărate:
2. Tipul I - intercuspidare maximă în armonie cu relația centrică
3. Tipul II - condilii trebuie să se deplaseze de la RC verificabilă pentru a realiza IM
4. Tipul III- condilii trebuie să se deplaseze de la postura centrică adaptată pentru a realiza IM
5. Tipul IV- relația ocluzală este într-o fază de alterare continuă, datorită deformării progresive și instabilității ATM
6. Tipul IV- intercuspidarea maximă în armonie cu relația centrică

Corect ABD

Bibliografie 7 Tema 69, pag 56

1. În tipul IV al relatiilor ocluzale se pot încadra:
2. Ocluzia deschisă frontală progresivă
3. Ocluzia deschisă laterală progresivă
4. Simetria progresivă
5. Retruzia mandibulară progresivă
6. Protruzia mandibulară progresivă

Corect ACD

Bibliografie 7 Tema 69, pag 56

1. Coroanele de înveliș estetice
2. sunt proteze fixe unidentare ce refac atât morfologia, cât și estetica, deoarece sunt realizate în întregime din materiale metalice
3. sunt realizate din materiale ceramice, polimeri sau rășini compozite
4. se mai numesc și coroane fizionomice
5. nu au culoare identică cu cea a dinților adiacenți
6. se mai numesc și coroane de înveliș nemetalice.

Răspuns corect B C E

Bibliografie 7 tema 71 pag 190-198

1. Obiectivele coroanelor de înveliș nemetalice sunt
2. Reabilitarea fizionomiei
3. Asigurarea rezistenței bontului și a protezei fixe unidentare
4. Adaptare perfectă pe dinte
5. Uzura dintelui antagonist
6. Rapoarte interdentare corecte cu dinții adiacenți și antagoniști

Răspuns corect ABCE

Bibliografie 7 tema 71 pag 190-198

1. Printre indicațiile coroanelor estetice, nu se enumeră
2. Discromii, distrofii, displazii
3. Fracturi radiculare în 1/3 medie
4. Cavitati clasa a IV-a Black
5. Oropoziții
6. Obturații inestetice sau neretentive

Răspuns corect B

Bibliografie 7 tema 71 pag 190-198

1. Contraindicațiile coroanelor de înveliș nemetalice sunt
2. dinții lungi (bonturi retentive)
3. ocluzia psalidodontă (pentru cele ceramice)
4. ocluzia adâncă traumatizantă
5. abrazii minore
6. incisivii centrali și laterali

Răspuns corect C

Bibliografie 7 tema 71 pag 190-198

1. Selectati rassunsurile corecte referitoare la prepararea incisivului central pentru coroană ceramică:
2. Prepararea marginii incizale se face pe 2-3 mm, la un unghi de 45˚
3. La nivelul fețelor proximale se schițează două praguri mezial și distal de 1,5mm
4. Fața vestibulară va fi concavă
5. Fața vestibulară va fi plană
6. Fața orală se va prepara conform morfologiei sale într-o zonă plană cingulo-gingivală și o zonă concavă cingulo-incizală

Răspuns corect AE

Bibliografie 7 tema 71 pag 190-198

1. Referitor la coroanele ceramice, urmatoarele afirmații sunt adevarate:
2. Se sprijină pe un prag ferm exprimat de 0,8-1 mm și în unghi de 90˚ față de peretele respectiv
3. Ceramicile actuale permit realizarea unui prag rotunjit (sfert de arc de cerc, deep-chamfer)
4. Marginile pragului trebuie bizotate foarte fin cu bizotatoare manuale sau freze cu granulație mică
5. Pragul trebuie înfundat subgingival în zona vestibulară, iar oral rămâne supragingival
6. Se sprijină pe un prag ferm exprimat de 1,5 mm și în unghi de 45˚ față de peretele respectiv

Răspuns corect ABCD

Bibliografie 7 tema 71 pag 190-198

1. \*Precizați care sunt indicațiile inlay-urilor din aliaje metalice:

A. Procese carioase extinse sau profunde

B. Reconstituire morfo-funcționala a dinților afectați de carii mai puțin extinse sau puțin profunde

C. Pe dinți friabili, depulpați

D. Igiena bucală deficitară

E. Tineri sub 18 ani, ocluzii nefavorabile

Corect B

Bibliografie 7, Tema 70, pag. 171

1. \*După clasificarea cavităților elaborată de Black (1891), cavitățile de clasa II-a cuprind:

A. Cavități carioase ce apar în șanțuri și fosete ocluzal la molari și premolari

B. Cavități proximale ale molarilor și premolarilor

C. Cavități carioase ce apar în șanțuri și fosete în cele 2/3 ocluzale ale fețelor vestibulare ale molarilor

D. Cavități carioase ce apar în șanțuri și fosete pe fețele orale ale molarilor și incisivilor

E. Cavitați pe fețele proximale ale incisivilor și caninilor

Corect B

Bibliografie 7, Tema 70, pag. 172

1. \*Bizotarea marginilor de smalț la cavitatea de clasa I-a pentru inlay se realizează:

A. pentru inlay-ul realizat prin tehnică directă

B. în unghi de 10˚

C. pentru inlay-ul metalic

D. pentru inlay-ul din rășini compozite

E. în unghi de mai mare de 60˚

Corect C

Bibliografie 7, tema 70, pag.178

1. \*Bizotarea marginilor cavitații pentru un inlay metalic ocluzal:

A. Se face la 300, deoarece marginile subțiri s-ar fractura

B. Se face la 300 față de axul de inserție și pe 1/3 - 1/2 din grosimea smalțului

C. Se face cu o inclinație de 450 și pe 1/3 - 1/4 din grosimea smalțului

D. Marginile cavității pentru un inlay metalic nu se bizotează

E. Se face cu o înclinație de 450 față de axul de inserție și pe 1/3 - 1/2 din grosimea smalțului

Corect E

Bibliografie 7, Tema 70, pag. 178

1. Inlay-urile se clasifică dupa complexitate în:

A. Simple - cu șurub

B. Simple

C. Compuse - cu crampoane

D. Compuse - cu pivot radicular = inlay corono-radicular

E. Simple - cu glisieră

Corect B, C, D

Bibliografie 7, Tema 70, pag. 172

1. După clasificarea cavităților elaborată de Black (1891), cavitățile de clasa I-a cuprind:

A. Cavități carioase ce apar în șanțuri și fosete ocluzal la molari și premolari

B. Cavități proximale ale molarilor și premolarilor

C. Cavități carioase ce apar în șanțuri și fosete în cele 2/3 ocluzale ale fețelor vestibulare ale molarilor

D. Cavități carioase ce apar în șanțuri și fosete pe fețele orale ale molarilor și incisivilor

E. Cavitați pe fețele proximale ale incisivilor și caninilor

Corect A, C, D

Bibliografie 7, Tema70 , pag. 172

1. În prepararea cavităților pentru inlay sunt urmărite următoarele obiective:

A. Oprirea evoluției afecțiunii

B. Realizarea unei cavități care să permită inserția și dezinserția piesei într-un singur ax

C. Lucrarea să fie stabilă și rezistentă la presiuni masticatorii

D. Realizarea unei cavități care să permită doar inserția piesei într-un singur ax, fără să permită și dezinserția acestuia

E. Să nu pericliteze dintele

Corect A, B, C, E

Bibliografie 7, Tema 70, pag. 174

1. În prepararea cavităților pentru inlay obiectivele urmărite se realizează astfel:

A. Cavitate neretentivă în axul de inserție și retentivă în celelalte direcții

B. Cavitate retentivă în axul de inserție și neretentivă în celelalte direcții

C. Excizia întregii dentine afectate

D. Pereții verticali să fie foarte puțin divergenți spre ocluzal (2-40), ca să nu aibă efect de ic și ca să aibă retenție prin fricțiune

E. Nu este necesară excizia întregii dentine afectate

Corect A, C, D

Bibliografie 7, Tema 70, pag. 174

1. Precizați afirmațiile adevărate referitoare la diferențele dintre prepararea cavităților pentru inlay față de prepararea cavităților pentru obturații plastice:

A. Cavitatea pentru un inlay trebuie să aibă un ax neretentiv pentru inserție

B. Unghiurile cavo-superficiale (marginile cavității) se bizotează la 450 (nu la 300) în smalț, dar numai pentru inlay-urile metalice

C. Unghiurile cavo-superficiale (marginile cavitații) se bizotează 300 la (nu la 450) în smalț, dar numai pentru inlay-urile metalice

D. Profunzimea cavității poate fi mai mare pentru inlay-ul metalic

E. Profunzimea cavității poate fi mai mică pentru inlay-ul metalic

Corect A, B, E

Bibliografie 7, Tema 70, pag. 174-175

1. Deschiderea unei cavități ocluzale (clasa I Black, A I Hess) se poate realiza cu:

A. Freze globulare diamantate sau din oțeluri extradure

B. Freze cilindrice - diamantate sau din oțel, cu diametrul egal sau mai mic decât al orificiului carios, și cu care se acționează lateral și circular

C. Freze efilate - diamantate, care acționează în momentul scoaterii prin înclinarea poziției piesei (frezei)

D. Freze cilindrice - diamantate sau din oțel, cu diametrul mai mare decât al orificiului carios, și cu care se acționează lateral și circular

E. Freze con-invers diamantate sau din oțel, cu diametrul mai mare decât al orificiului carios, și cu care se acționează lateral și circular

Corect A, B

Bibliografie 7, Tema 70, pag. 175-176

1. Referitor la prepararea cavității pentru un inlay, peretele pulpar trebuie să fie:

A. perpendicular pe axul de inserție

B. concav

C. plan

D. orizontal

E. paralel cu axul de inserție

Corect A, C, D

Bibliografie 7, Tema 70, pag.177

1. Controlul unghiurilor în prepararea un inlay de clasa I-a se face astfel:

A. Prin inspecție directă sau cu oglinda

B. Prin palpare

C. Pe o amprentă sau model de studiu

D. Ultramodern cu sistemul computerizat “Cerec”

E. Prin inspecție directă și palpare

Corect A, C, D

Bibliografie 7, Tema 70, pag. 179

1. Care sunt particularitaţile de care trebuie ţinut cont la determinarea dimensiunii verticale in relaţie centrică şi în relaţie de postură:

A. Dimensiunea verticală reprezintă unul dintre reperele comune relaţiei centrice si relaţiei de postură

B. Diferenţa dintre dimensiunea verticală în postura şi în relaţie centrică este de aproximativ 1-2 mm, reprezentȃnd spaţiul de inocluzie fiziologica

C. Dimensiunea verticală la edentatul total bimaxilar este diminuată datorită pierderii stopurilor ocluzale, rezorbţiei crestei sau a uzurii dinţilor artificiali

D. La edentatul total, rapoartele dentare care lipsesc sunt simulate cu ajutorul machetelor de ocluzie

E. Diferenţa dintre dimensiunea verticală în postură şi în relaţie centrică este de aproximativ 2-4 mm, reprezentȃnd spaţiul de inocluzie fiziologică.

Corect a,c,d,e

Bibliografie 8, tema 74 ,pag.552-554

1. Metodele antropometrice cu repere preextracţionale de determinare a dimensiunii verticale a etajului inferior se referă la :

A. Preluarea dimensiunii vertical a etajului inferior din fişa bolnavului completată în perioada dentată

B. Utilizarea profilometrului Sears similară metodei de măsurare a etajului inferior cu o sarmă de contur

C. Metoda Leonardo Da Vinci modificată

D. Metoda compasului de aur Appenrodt

E. Silvermann recomandă metoda tatuării în perioada dentată a tuturor pacienţilor la nivelul unor repere fixe situate la nivel maxilar şi mandibular

Corect a,b, e

Bibliografie 8, tema 74, pag. 554-555

1. Metodele funcţionale de determinare a dimensiunii verticale la edentatul total sunt:

A. Metoda electro-miografica prin înregistrarea liniei izoelectrice

B. Metoda Silverman utilizată pentru determinarea spaţiului minim de articulare fonetică “fe”, “ve”, plasate la sfȃrşitul cuvintelor

C. Metoda Robinson utilizează teste fonetice ce conţin fonema “essse” terminală.

D. Metoda Silverman utilizează teste fonetice ce conţin fonema “essse” terminală

E. Metoda Robinson utilizată pentru determinarea spaţiului minim de articulare fonetica “fe”, “ve”, plasate la sfȃrşitul cuvintelor

Corect a, d, e

Bibliografie 8, tema 74 , Pag 556

1. Metoda Patterson:

A. Se utilizează în scopul stimularii reflexelor vestigeale de poziţionare centrică,

B. Este o metodă de determinare a relaţiei centrice la dentat

C. Conţine machete de ocluzie special pregătite

D. Fiecare bordură de ocluzie maxilară şi mandibulară se scurtează cu 2 mm după care în grosimea acestora se sapă un şanţ retentiv care se umple de material abraziv

E. Dezavantajul acestei metode este că dacă bordurile nu sunt bine individualizate şi fasonate se pot obţine relaţii excentrice

Corect: a, c,d,e

Bibliografie 8,tema 74 ,pag. 559

1. Metodele simple de determinare a relaţiei centrice sunt:
2. Manevra temporală Gysi
3. Metoda flexiei forţate a capului
4. Metoda compresiunii pe menton
5. Manevra maseterină Green
6. Stimularea reflexului de ocluzie molară

Corect b,c,e

Bibliografie 8, tema 74 , pag. 558-559

1. Metodele complexe de determinare a relaţiei centrice la edentatul total sunt:

A. Metoda înscrierii grafice care se bazează pe aplicarea unor stimuli electrici preauricular vizȃnd emergeţa trigemenului din cutia craniană

B. Metoda ocluzală Lejoyeaux foloseşte metoda înscrierii grafice verificȃnd in aceeaşi şedinţă relaţia centrică

C. Autoocluzorul Lende se bazează pe principiul original de determinare a relaţiei centrice, glisarea mandibulei spre o poziţie excentrică

D. Centrocordul Optow este reprezentat de un sistem cu două plăcuţe: una maxilară şi una mandibular

E. Metoda înscrierii grafice constă în înregistrarea traiectoriilor de mişcare mandibulară în mişcări test de propulsie-protruzie şi lateralitate dreapta – stanga.

Corect: b,c,d,e

Bibliografie 8,tema 74, pag. 559-562

1. Metoda înscrierii grafice de determinare a relaţiei centrice la edentatul total:

A. Poate fi extraorală sau intraorală

B. In cadrul acestei metode cel mai fecvent mod de înregistrare este de fixare a placuţei pe mandibulă şi a acului pe maxilar

C. Se bazează pe principiul original de determinare a relaţiei centrice

D. Pacientul execută mişcări de propulsie urmate de retropulsie maximă (reprezentată de relaţia centrică)

E. Liniile trasate prin mişcări de lateralitate pornesc din relaţia centrică şi vor determina un unghi de 120 de grade numit şi arc gotic.

Corect: a,c,d,e

Bibliografie 8 ,tema 74 , pag. 559-561

1. Centrocordul Optow:

A. Este reprezentat de un sistem de înregistrare format din două plăcuţe: maxilară şi mandibulară

B. Plăcuţa mandibulară poseda un vȃrf de înregistrare grafică plasat anterior şi doua vȃrfuri de stabilizare plasate în zonele laterale

C. Se foloseşte pentru determinarea relaţiei de postură

D. Între cele două plăcuţe se utilizează a treia plăcuţă ca intermediar ajutȃnd la fixare

E. Sistemul poate fi fixat într-o anumită poziţie care să coincidă cu dimensiunea verticală optimă

Corect: a,d,e

Bibliografie 8, tema 74, pag. 560-561

1. Reperele pentru alegerea şi montarea dinţilor artificiali se referă la:

A. Linia caninului – pentru trasarea acestui reper se poate lua conturul buzei superioare şi inferioare în timpul surȃsului

B. Linia surȃsului - fata distală a caninului corespunde la majoritatea pacienţilor cu nivelul comisurii bucale sau intersecţia perpendicularei coborȃte din pupila la planul de ocluzie

C. Linia surȃsului – limita de maximă vizibilitate a grupului frontal superior, fiind totodată nivelul la care se plasează linia coletelor dentare

D. Linia mediană- planul medio-sagital al feţei în funcţie de frenurile buzei superioare şi inferioare, filtrum, piramida nazală

E. Linia caninilor – materializează fața distală a caninilor, iar spaţiul rezultat între linia mediană și linia premolarului unu reprezintă lăţimea celor trei dinţi frontali

Corect: c,d

Bibliografie 8, tema 74 , pag. 563

1. În ceea ce privește designul intermediarilor și raportul acestora cu creasta edentată:

A. contactul cu țesuturile moi trebuie să fie minim

B. contactul cu țesuturile moi trebuie să fie maxim

C. trebuie asigurat un acces maxim pentru igienizare

D. trebuie asigurat un acces minim pentru igienizare

E. nu există reguli de bază

Corect AC

Bibliografie 7, tema 72, pg 451

1. Intermediarii unei proteze fixe trebuie să prezinte următoarele caracteristici:

A. să restabilească funcția dinților pierduți

B. să fie confortabili

C. să aibă aspect estetic

D. să fie tolerați de țesuturile din jur dpdv biologic

E. să fie mai voluminoși în sens vestibulo-oral

Corect ABCD

Bibliografie 7, tema 72, pg 451

1. În cazul protezelor fixe, ambrazurile interproximale largi asigură:

A. rigiditatea scheletului metalic

B. lăcașul necesar papilei interdentare

C. condiții de igienizare adecvate

D. rezistența conectorilor

E. flexibilitatea infrastructurii de oxid de zirconiu

Corect BC

Bibliografie 7, tema 72, pg 451

1. Pentru a putea înțelege design-ul intermediarilor dintr-o proteză fixă trebuie avute în vedere următoarele variabile:

A. lungimea, lățimea și înălțimea spațiului edentat

B. starea țesuturilor moi ce acoperă creasta edentată

C. pretențiile estetice ale pacientului

D. forma crestei edentate

E. legea lui Ante

Corect ABCD

Bibliografie 7, tema 72, pg 451

1. După Irving Glickman (1974), intermediarii trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

A. să respecte aliniamentul coletelor șirului dentar

B. să respecte ambrazurile ocluzale

C. să permită un acces minim pentru igienizare

D. să îndeplinească funcțiile dinților pe care îi înlocuiesc

E. să fie estetici

Corect ADE

Bibliografie 7, tema 72, pg 452

1. În general, intermediarii ar trebui să fie:

A. convecși în toate sensurile

B. convecși vestibular și oral și concavi mucozal

C. lustruiți foarte bine

D. placați circumferențial cu acrilat

E. ușor de igienizat

Corect ACE

Bibliografie 7, tema 72, pg 452

1. \*Ce trebuie să se facă cu modelul de lucru, pentru a obține o adaptare cât mai bună muco-protetică la nivelul intermediarilor

A. să se toarne imediat

B. să fie cu bont mobilizabil

C. să se graveze

D. să se frezexe

E. să se digitalizeze

Corect C

Bibliografie 7, tema 72, pg 453

1. \*Intermediarii trebuie să fie în linie cât mai dreaptă între elementele de agregare pentru a evita:

A. bascularea stâlpilor spre breșa edentată

B. egresia antagoniștilor

C. apariția mișcărilor de torsiune transmise ulterior stâlpilor

D. pierderile de material

E. fractura intermediarilor

Corect C

Bibliografie 7, tema 72, pg 456

1. În funcție de raporturile cu creasta edentată, intermediarii pot fi:

A. în șa

B. în șa modificată

C. piramidali

D. hiperbolici

E. tangențial punctiformi

Corect ABE

Bibliografie 7, tema 72, pg 456

1. În literatura americană de specialitate sunt descrise trei grupe fundamentale de design al intermediarilor, între care:

A. igienic (sanitary pontic)

B. ovoidal

C. convex

D. concav

E. hexagonal

Corect AB

Bibliografie 7, tema 72, pg 456

1. \*Din punct de vedere al asigurării igienizării optime, pentru zona laterală cel mai potrivit este intermediarul:

A. ovoid

B. tangent punctiform

C. tangent liniar

D. suspendat

E. în șa

Corect D

Bibliografie 7, tema 72, pg 457

1. Intermediarii în șa:

A. sunt ușor de igienizat

B. sunt estetici și nu favorizează inflamația țesuturilor subiacente

C. sunt cei mai confortabili pentru pacient

D. rețin placa bacteriană și produsele sale

E. sunt imposibil de igienizat

Corect CDE

Bibliografie 7, tema 72, pg 458

1. Intermediarii în semișa:

A. sunt intermediari în șa modificați la nivelul feței orale

B. au contururi orale mai reduse pentru facilitarea igienei

C. retenționează mai puține resturi alimentare decât intermediarii suspendați

D. retenționează mai multe resturi alimentare decât intermediarii în șa

E. realizează un compromis între restaurarea fizionomiei, fonației și posibilitatea întreținerii unei igiene mai bune

Corect ABE

Bibliografie 7, tema 72, pg 459

1. Intermediarii cu raport tangent liniar:

A. au fețe mucozale extinse

B. au fața vestibulară înclinată în unghi de 40-50°, orientată vestibulo-oral, de sus în jos

C. au fața vestibulară înclinată în unghi de 40-50°, orientată vestibulo-oral, de jos în sus

D. au fața orală înclinată în unghi de 40-50°, orientată vestibulo-oral, de sus în jos

E. se practică frecvent în zona frontală la mandibulă

Corect AD

Bibliografie 7, tema 72, pg 459

1. \*În cazul intermediarilor la distanță de creastă (suspendați), spațiul dintre baza intermediarilor și coama crestei trebuie să fie de:

A. minim 4mm

B. maxim 2mm

C. minim 30μm

D. minim 3mm

E.minim 3μm

Corect D

Bibliografie 7, tema 72, pg 461

1. Croșetul inelar pe molari:
2. Trebuie să aibă pinteni ocluzali mezial și distal
3. Trebuie să aibă pinten ocluzal doar mezial
4. Trebuie să aibă pinten ocluzal doar distal
5. Poate susține brațul croșetului pe dinte la nivel distal
6. Poate susține brațul croșetului pe dinte la nivel distal

Corect: AD

Bibliografie 8, tema 73, pag 132

1. Referitor la încercuire, următoarele afirmații sunt adevărate:
2. Este funcția croșetului ce asigură stabilitatea protezei în sens transversal
3. Este funcția croșetului ce asigură stabilitatea protezei în sens lateral
4. Se realizează atunci când croșetul cuprinde dintele pe mai mult de jumătate din circumferința sa
5. Se realizează atunci când croșetul cuprinde dintele 2/3 din circumferința sa
6. Se realizează atunci când croșetul cuprinde dintele pe mai puțin de jumătate din circumferința sa

Corect: BCD

Bibliografie 8, tema 73, pag 139

1. Referitor retenție în protezarea mobilizabilă, următoarele afirmații sunt adevărate:
2. Se referă la mijloacele ce permit menținerea pe câmpul protetic a protezei
3. Poate fi naturală, oferită de convexitățile naturale ale dinților de sub linia ghid
4. Poate fi naturală, oferită de convexitățile naturale ale dinților deasupra de linia ghid
5. Retenția prin fricțiune are loc între suprafața internă a elementelor croșetului și suprafețele paralele ale dintelui stâlp
6. Retenția artificială se realizează doar în cazul dinților fără retentivități

Corect ABD

Bibliografie 8, tema 73, pag 142

1. Croșetul in “S”:
2. Pornește din șea printr-un conector secundar scurt
3. Merge oblic spre linia ghid pe care o depășește
4. Merge oblic spre linia ghid pe care nu o depășește
5. Ia contact cu dintele supraecuatorial
6. Ia contact cu dintele subecuatorial

Corect ABD

Bibliografie 8, tema 73, pag 143

1. Referitor la pensa mezio-distală simplă, următoarele afirmații sunt adevărate:
2. Prezintă o singură extremitate liberă
3. Pornește dintr-un conector secundar situat oral interdentar
4. Pornește dintr-un conector principal
5. La nivelul punctului de contact se desprinde o prelungire orizontală ce îmbrățisează toată fața orală a dintelui supracingular
6. La nivelul punctului de contact se desprinde o prelungire orizontală ce îmbrățisează toată fața orală a dintelui subcingular

Corect ABD

Bibliografie 8, tema 73, pag 145

1. Referitor la pensa mezio-distală compusă, următoarele afirmații sunt adevărate:
2. Se aplică când pe arcadă rămân doi dinți restanți
3. Se aplică când pe arcadă sunt trei dinți restanți
4. Prezintă un conector secundar situat interdentar
5. Prezintă doi conectori secundari
6. Prezintă două prelungiri orizontale ce îmbrățisează fețele orale ale celor doi dinți

Corect ACE

Bibliografie 8, tema 73, pag 145

1. După tipul constructiv, arcurile faciale pot fi împărțite în:

A. arcuri faciale cinematice,

B. arcuri faciale arbitrare,

C. arcuri faciale posturale,

D. arcuri faciale anatomice,

E. arcuri faciale fizionomice.

Corect a,b

Bibliografie 7, tema 69, pag. 64

1. Care dintre următoarele afirmații referitoare la sistemul N.O.R. (utilizat la înregistrarea relațiilor intemaxilare) sunt adevărate?

A. este format din două dispozitive - un dispozitiv clinic și unul de laborator,

B. dispozitivul clinic este format din două clini-pantografe

C. dispozitivul de laborator este alcătuit dintr-un articulator și două labo-pantografe

D. clini-pantografele sunt destinate utilizării lor în cabinet,

E. articulatorul este de tip non acron-cu valori medii.

Corect a,b,c,d

Bibliografie 7, tema 69, pag. 75

1. Care dintre următoarele afirmații referitoare la tehnica de înregistrare a ocluziei de lateralitate sunt adevărate?

A. există două metode principale pentru realizarea acestor înregistrări,

B. materialul de amprentă se poate interpune direct între cele două arcade,

C. materialul de amprentă se poate interpune indirect între cele două arcade,

D. se poate utiliza un reper anterior pentru obținerea unui spațiu mai mare între dinții posteriori,

E. e necesară utilizarea clinipantografului.

Corect a,b,d

Bibliografie 7, tema 69, pag.

1. Care dintre următoarele afirmații referitoare la unghiul Bennet sunt adevărate?

A. este unghiul pe care îl face deplasarea condilului orbitant cu planul sagital în mișcarea de lateralitate

B. este unghiul pe care îl face deplasarea condilului pivotant cu planul sagital în mișcarea de lateralitate

C. are o valoare de 7-30 de grade,

D. are o valoare de 1,5 grade,

E. deplasarea are o valoare de 1-3mm.

Corect a,c

Bibliografie 7, tema 69, pag. 60

**CHIRURGIE**

1. \*In cazul comunicarii oro-sinusale rezultate prin extractia completa a dintelui, cand deschiderea este de peste 7 mm, tratamentul consta in:
2. nu este necesar un tratament chirurgical
3. consta doar in sutura margino-marginala a gingivomucoasei alveolei postextractionale
4. se recomanda plastia comunicarii in unul sau doua planuri cu lambou vestibular sau/si palatinal
5. consta doar in avertizarea si instruirea pacientului in privinta unor masuri pe care trebuie sa le adopte pentru a nu disloca chegul
6. este posibil ca acest tip de comunicare sa ramana nediagnosticata si sa se inchida spontan, prin formarea chegului, fara alte complicatii

Răspuns corect: C (17,1, pag. 303-308, pag. 304)

1. \*Clasificarea Valerian Popescu bazata pe criterii morfologice si embriologice include:
2. despicaturi partiale
3. despicaturi asociate
4. despicaturi totale
5. nici un raspuns nu este corect
6. raspunsurile A, B, C sunt corecte

Răspuns corect: E (44,1,pag.828-831, pag.829)

1. \*Despicatura unilaterala totala intereseaza in totalitate:
2. partile moi labiale
3. planseul nasal
4. procesul alveolar
5. raspunsurile A, B, C sunt corecte
6. nici un raspuns nu este corect

Răspuns corect: D (44,1,pag. 828-831, pag.831)

1. \*Supuraţia:
2. Este o urgenţă medicochirurgicală,
3. Nu poate fi urgență vitală,
4. Se poate trata doar sub internare
5. Tratamentul indicat este expectativa
6. Toate variantele sunt corecte

Răspuns corect: A (13,1, pag. 245-247, pag.245)

1. \*În conduita teraputică a supurațiilor oro-maxilo-faciale, anestezia generală este indicată la:
2. Pacienți cooperanți
3. Supurații periosoase de mici dimensiuni
4. Flegmoane extinse ale gâtului,
5. Abcese vestibulare
6. Abcese palatinale

Răspuns corect: C (13,1, pag. 245-247, pag.246)

1. \*Osteoperiostita este:
2. O infecție localizată a țesuturilor moi
3. Abces vestibular
4. Complicație a stafilocociilor cutanate
5. Reacție inflamatorie osoasă localizată
6. Reacție inflamatorie osoasă difuză

Răspuns corect: D (16,1, pag. 281-284, pag.281)

1. \*In perioada de stare, forma scleroasa a tumorilor maligne ale portiunii orale a limbii si planseului bucal este caracteristica doar urmatoarei localizari:
2. Fata ventrala a limbii
3. Planseu bucal anterior
4. Intraparinchematoase linguale
5. Fata dorsala a limbii
6. Varful limbii

Răspuns corect: C (34,1, pag. 597-600, pag. 598)

1. \*In osteotomia tip Le Fort I, planul de osteotomie porneste de la:
2. Punctul situat la 35 mm deasupra varfurilor cuspizilor caninilor
3. Retrotuberozitar
4. La 25 mm deasupra varfurilor cuspizilor primilor molarilor superiori
5. Aperitura piriforma
6. Sept nazal cartilaginos

Răspuns corect: D (43,1, pag. 793-794, pag. 793)

1. \*Care dintre urmatoarele afirmatii referitoare la formele de debut ale tumorilor maligne ale mucoasei gingivale sunt false?
2. Forma vegetanta papilomatoasa apare in legatura cu o papila interdentara
3. Exista doua forme clinice: ulcero-vegetanta si ulcero-distructiva
4. In evolutie forma vegetanta papilomatoasa se asociaza cu mobilizarea dintilor adiacenti
5. Forma nodulara deformeaza creasta alveolara
6. Se preteaza la confuzii cu epulisul

Răspuns corect: B (35,1, pag. 621-622, pag. 621)

1. \*Care afectiune nu se preteaza la diagnostic diferential cu tumorile maligne de mezostructura:
2. Sinuzita odontogena
3. Osteita
4. Osteomielita mandibulei
5. Tumora cu mieloplaxe
6. Sarcomul Ewing

Rapuns corect: C (37,1, pag. 642-645, pag. 644)

1. \*In clasificarea TNM pentru carcinoamele de mezostructura, T3 se defineste astfel:
2. Tumora limitata la mucoasa sinusului maxilar, fara infiltrarea structurilor adiacente
3. Tumora care erodeaza peretii ososi (inclusiv podeaua sau peretele medial al sinusului maxilar) dar nu intereseaza peretele posterior sinuzal
4. Tumora care invadeaza structuri dincolo de peretele medial sinusal si/sau lama cribiforma, baza craniului, rinofaringe, sinus sfenoidal, sinus frontal
5. Tumora care invadeaza peretele posterior sinuzal, podeaua sau peretele medial al orbitei, tesutul subcutan sau tegumentul obrazului, podeaua sau peretele medial al orbitei, fosa infratemporala, lamele apofizelor pterigoide, sinusurile etmoidale
6. Tumora mai mare de 6 cm in dimensiunea sa maxima

Răspuns corect: D (37,1, pag. 642-645, pag. 644)

1. \*Chistul rezidual este:
2. chist dentiger persistent dupa extracția dentară
3. chistul persistent dupa odontectomia molarilor inferiori
4. chist radicular persistent după tratamentul endodontic
5. chist parodontal
6. o lacună a oaselor maxilare

Răspuns corect: C (31, 1, pag. 466-471, pag. 470)

1. \*Chistul radicular lateral:
2. este un chist de dezvoltare
3. erodează limbusul alveolar interdentar
4. în cele mai multe cazuri implantarea dintelui cauzal este neafectată
5. se tratează conservator
6. diferă histologic de chistul periapical

Răspuns corect: B (31, 1, pag. 466-471, pag. 470)

1. \*Nu este un criteriu de diagnostic în nevralgia trigeminală clasică:
2. atacuri paroxistice de durere cu durată de la fracţiuni de secundă până la 2 minute, afectând una sau mai multe ramuri ale nervului trigemen
3. atacurile sunt stereotipe la fiecare individ
4. nu există deficit neurologic evident clinic
5. există deficit neurologic evident clinic
6. atacurile de durere nu sunt atribuite altor afecţiuni

Răspuns corect: D (45, 1, pag. 916-922, pag. 917)

1. \*Tratamentul nevralgiei de trigemen se face prin:
2. extracție dentară
3. tratament medicamentos
4. tromboliză
5. electroliză
6. sialadenectomie

Răspuns corect: B (45, 1, pag. 916-922, pag. 918)

1. \*O afecţiune dureroasă de cauză psihogenă este:
2. Sindromul Costen
3. Sindromul Ernst
4. Glosodinia
5. durerea de natură sinusală
6. Carotidodinia

Răspuns corect: C (45, 1, pag. 916-922, pag. 922)

1. \*Riscul de malignizare a adenomului pleomorf poate ajunge la:
2. 50%
3. 35%
4. 5%
5. 15%
6. 25%

Răspuns corect: E (41,1, pag. 744-749, pag. 747)

1. \*Rata de recidivă a granulomului periferic cu celule gigante este de aproximativ:
2. 15-20%
3. 15%
4. 20%
5. 10%
6. 5%

Răspuns corect: D (27,1, pag. 421-423, pag. 422)

1. \*Dintre variantele histopatologice de papilom, risc de maligniziare de 15% prezintă:
2. Papilomul spinos
3. Papilomul scuamos
4. Papilomul inversat
5. Papilomul verucos
6. Papilomul cu celule cilindrice

Răspuns corect: C (28,1, pag. 425-426, pag. 426)

1. \*Din totalul chisturilor odontogene, keratochisturile reprezintă aproximativ:
2. 50%
3. 20%
4. 5-10%
5. 15-20%
6. 20-25%

Răspuns corect: C (29,1, pag. 452-456, pag. 452)

1. \*Parotidectomia este intervenția chirurgicala de:
2. Extirpare a țesutului tumoral benign
3. Extirpare a țesutului tumoral malign
4. Extirpare a țesutului glandular parotidian
5. Extirparea în bloc a tumorii și a nervului facial afectat
6. Extirparea ambilor lobi parotidieni

Răspuns corect: C (42,1, pag. 761-763, pag. 761)

1. \*Urmatoarele situatii pot constitui factori etiologici in aparitia comunicarii oro sinusale, cu exceptia:
2. traumatismele la nivelul etajului mijlociu al fetei
3. rezectiile apicale
4. interventii chirurgicale parodontale de tipul chiuretajului in camp deschis
5. procese patologice infectioase nespecifice de tipul osteita, osteomielita sau necroza osoasa

E. procese patologice infectioase specifice de tipul TBC sau lues

Răspuns corect: C (17,1, pag. 303-308, pag. 303)

1. \*Pentru plastia comunicarii oro-sinusale intr-un singur plan cel mai des se foloseste lamboul:
2. vestibular trapezoidal alunecat
3. vestibular dreptunghiular transpozitionat cu pedicul anterior
4. vestibular dreptunghiular transpozitionat cu pedicul posterior
5. palatinal cu pedicul posterior
6. palatinal cu pedicul anterior

Răspuns corect: A (17,1, pag. 303-308, pag. 304)

1. \*Chistul dermoid poate avea urmatoarele localizari cu exceptia:
2. planseul bucal, pe linia mediana
3. extrem de rar la nivelul limbii
4. in loja submandibulara
5. la nivel cervical supraclavicular
6. sub planul muschiului milohioidian

Răspuns corect: D (23,1, pag.403-404, pag.403)

1. \*Urmatoarele afirmatii referitoare la tratamentul ranulei sunt corecte, cu exceptia:
2. tratamentul consta in extirparea ranulei inclusiv a memebranei chistice
3. se extirpa si glanda sublinguala implicata
4. varianta terapeutica cel mai des folosita este marsupializarea ranulei
5. ranula „in bisac” necesita uneori abord chirurgical mixt, oral si cutanat
6. in cazul ranulei sublinguale, abordul chirurgical este sublingual

Răspuns corect: C (25, 1, pag.412-414, pag. 414)

1. \*Urmatoarele afirmatii referitoare la granulomul piogen sunt adevarate, cu exceptia:
2. este o hiperplazie reactiva a mucoasei orale
3. apare ca raspuns la un factor iritativ local
4. este o masa pseudotumorala pediculata sau sesila
5. evolutia este la inceput rapida, dupa care stationeaza
6. granulomul piogen gingival sau epulisul granulomatos este cea mai rara forma de granulom piogen oral

Răspuns corect: E (26,1, pag. 418-420, pag. 418)

1. \*Pentru a stabili conduita terapeutică conservatoare sau radicală faţă de dintele/dinţii din focarul de fractură, trebuie ca printr-un examen clinic şi radiologic să fie evaluate:
2. rolul dintelui În contenţia fracturii;
3. stabilitatea sau mobilitatea acestuia În focarul de fractură;
4. integritatea dintelui/dinţilor adiacenţi focarului;
5. rolul său fizionomic şi functional
6. Toate raspunsurile de mai sus

Răspuns corect: 4E (1, 19 pag. 346-347, pag 346)

1. Despre chistul folicular sunt adevărate următoarele afirmaţii:
2. apare prin transformarea chistică a sacului folicular care înconjoară în totalitate un dinte neerupt
3. este un chist care apare frecvent la nivelul oaselor maxilare
4. reprezintă 20% din totalul chisturilor inflamatorii
5. apare cel mai frecvent la nivelul unghiului mandibular în legatură cu un molar de minte inclus sau semiinclus
6. se poate localiza şi la nivelul caninului superior inclus.

Răspuns corect: B, D, E ( 30, 1, pag. 456-458, pag. 456)

1. Aspectul radiologic al chistului dentiger are urmatoarele variatiuni:
2. varianta cu extensie vestibulară
3. varianta cu extensie linguală
4. varianta cu extensie laterală
5. varianta “circumferenţială”
6. varianta cu extensie palatinală.

Răspuns corect: A, C, D ( 30, 1, pag. 456-458, pag. 456)

1. Tratamentul chistului folicular constă în:
2. marsupializare (în cazul chisturilor de mici dimensiuni)
3. decapuşonare
4. chistectomie
5. odontectomia dintelui semiinclus sau inclus
6. marsupializare (in cazul chisturilor de mari dimensiuni)

Răspuns corect: C, D, E ( 30, 1, pag. 456-458, pag. 458)

1. Despre chistul radicular sunt adevărate următoarele afirmaţii:
2. este un chist inflamator
3. este un chist de dezvoltare
4. înconjoară apexul unui dinte vital
5. este cel mai frecvent chist din patologia oaselor maxilare
6. prezinta o varianta anatomo-clinica numita chist botrioid

Răspuns corect: A, D ( 31, 1, pag. 466-471, pag. 466)

1. Despre chistul periapical sunt adevărate următoarele afirmaţii:
2. este o varianta a chistului dentiger
3. este o variantă a chistului radicular
4. testele de vitalitate ale dintilor cauzali sunt cel mai frecvent pozitive
5. este localizat la nivelul apexului unui dinte cu gangrenă pulpară
6. se malignizează frecvent.

Răspuns corect: B, D ( 31, 1, pag. 466-471, pag. 466)

1. Diagnosticul diferențial al chistului radicular se face cu:
2. chistul dermoid
3. chisturile osoase
4. sinusul maxilar normal
5. chistul mucoid
6. mugurii molarilor permanenţi

Răspuns corect: B, C ( 31, 1, pag. 466-471, pag. 469)

1. Formele anatomo-clinice ale ameloblastomului sunt:
2. Intraosos solid (multichistic)
3. Intraosos unichistic
4. Extraosos (periferic)
5. Angiomatos
6. Cu celule gigant

Răspuns corect: A, B, C (32, 1, pag. 474-482, pag. 474)

1. Despre ameloblastomul intraosos solid sunt adevărate următoarele afirmaţii:
2. are tendinţa de a invada părţile moi
3. durerea sau paresteziile sunt rareori prezente
4. in majoritatea cazurilor se localizează la mandibulă
5. în majoritatea cazurilor se localizează la maxilarul superior
6. deformează progresiv contururile feţei, putând ajunge la dimensiuni impresionante

Răspuns corect: B, C, E (32, 1, pag. 474-482, pag. 474)

1. Aspectul radiologic al ameloblastomului intraosos solid este:
2. radiotransparentă uniloculară
3. radiotransparenţă multiloculară
4. de “fagure de miere”
5. radioopacitate cu margini neregulate
6. de “baloane de săpun”

Răspuns corect: B, C, E (32, 1, pag. 474-482, pag. 475)

1. Despre tratamentul ameloblastomului intraosos solid sunt adevărate următoarele afirmaţii:
2. chiuretajul tumorii este tratamentul de elecţie
3. rezecţia marginală este tratamentul de elecţie
4. hemirezecţia de mandibulă cu sau fără dezarticulare este tratamentul de elecţie
5. enucleerea tumorii este tratamentul de elecţie
6. marginile libere trebuie extinse dincolo de limitele clinice şi radiologice ale tumorii

Răspuns corect: B, E (32, 1, pag. 474-482, pag. 476)

1. Despre ameloblastomului extraosos sunt adevărate următoarele afirmaţii:
2. se prezintă sub forma unei formaţiuni tumorale gingivale sesile sau pediculate de mici dimensiuni
3. se prezintă sub forma unei formaţiuni tumorale gingivale sesile sau pediculate de mari dimensiuni
4. mucoasa acoperitoare este aparent intactă
5. se prezintă sub forma unei formaţiuni tumorale gingivale dureroase
6. se prezintă sub forma unei formaţiuni tumorale gingivale nedureroase

Răspuns corect: A, C, E (32, 1, pag. 474-482, pag. 482)

1. În perioada de debut tumorile maligne de buză pot avea următoarele forme clinice:
2. ulcerativă
3. superficială
4. nodulară
5. terebrantă
6. exofitică

Răspuns corect: A, C, E (33, 1, pag. 585-587, pag. 585)

1. În perioada de stare tumorile maligne de buză pot avea următoarele forme clinice:
2. ulcero-distructivă
3. superficială
4. nodulară
5. chistică
6. ulcero-vegetantă

Răspuns corect: A, E (33, 1, pag. 585-587, pag. 586)

1. În plastia reconstructivă a buzei se ţine cont de următorii parametri ai acesteia:
2. distanţa intercomisurală
3. distanţa intercantală
4. spina nazală anterioară
5. adâncimea şanţului vestibular
6. tuberculul piriform

Răspuns corect: A, D (33, 1, pag. 585-587, pag. 587)

1. Procedeele chirurgicale de tratament al nevralgiei de trigemen vizează:
2. blocajul chimic anestezic
3. neuroliza percutană – injectarea ganglionului Gasser
4. termocoagularea prin radiofrecvenţă
5. ganglioliza prin ultrasunete
6. decompresiunea microvasculară a fosei posterioare

Răspuns corect: A, B, C, E (45, 1, pag. 916-922, pag. 918)

1. Diagnosticul diferențial al papilomului oral se face cu:
2. Lipomul
3. Botriomicomul
4. Formele de debut ale carcinomului spinocelular
5. Formele de debut ale carcinomului verucos
6. Fibromul mucoasei orale

Răspuns corect: B,C,D,E (28,1, pag. 425-426, pag. 426)

1. Despre keratochistul odontogen primordial sunt adevărate următoarele afirmații:
2. Se dezvoltă în jurul unui dinte
3. Se dezvoltă în locul unui dinte
4. Derivă din resturile Serres
5. Derivă din epiteliul adamantin
6. Are un caracter recidivant limitat

Răspuns corect: B,C (29,1, pag. 452-456, pag. 452)

1. Despre keratochistul odontogen dentiger sunt corecte următoarele afirmații:
2. Se dezvoltă în jurul unui dinte
3. Se dezvoltă în locul unui dinte
4. Se dezvoltă din epiteliul adamantin
5. Se dezvoltă din celulele bazale ale epiteliului oral
6. Are un caracter recidivant marcat

Răspuns corect: A,C (29,1, pag. 452-456, pag. 452)

1. Variantele de tratament al keratochistului odontogen includ:
2. Rezecția osoasă marginală
3. Rezecția osoasă segmentară
4. Marsupializarea
5. Radioterapia
6. Chistectomia

Răspuns corect: A,B,C,E (29,1, pag. 452-456, pag. 454)

1. Tumorile benigne ale glandelor salivare sunt:
2. Oncocitomul
3. Adenocarcinomul
4. Adenomul monomorf
5. Adenomul pleomorf
6. Chistadenolimfomul papilar (tumora Warthin)

Răspuns corect: A,C,D,E (41,1, pag. 744-749, pag. 744)

1. Adenomul pleomorf parotidian se caracterizează prin:
2. Debut nodular cel mai adesea superficial
3. Debut nodular cel mai adesea profund
4. Consistență ferm-elastică
5. Modificarea secreției salivare
6. Creștere rapidă cu afectarea nervului facial

Răspuns corect: A,C (41,1, pag. 744-749, pag. 744)

1. Semne clinice de malignizare a unei tumori mixte parotidiene pot fi:
2. Apariția adenopatiei regionale
3. Apariția durerii
4. Încetinirea creșterii tumorale
5. Fixarea la țesuturile adiacente
6. Alterarea stării generale

Răspuns corect: A,B,D,E (41,1, pag. 744-749, pag. 747)

1. Intervenția de parotidectomie în tratamentul tumorilor benigne are ca timpi chirurgicali obligatorii:
2. Rezecția nervului facial
3. Identificarea trunchiului nervului facial
4. Izolarea ramurilor nervului facial
5. Conservarea nervului facial
6. Neurorafia nervului facial

Răspuns corect: B,C,D (42,1, pag. 761-763, pag. 761)

1. Excepții de la principiile generale de extirpare completă în parotidectomii se fac în caz de:
2. Fibrolipom
3. Sialoblastom
4. Chist sebaceu
5. Chistadenolimfom (tumora Warthin)
6. Chistadenocarcinom

Răspuns corect: A,C,D (42,1, pag. 761-763, pag. 763)

1. Pentru tumorile benigne ale glandelor parotidiene, principiile de extirpare completă impun:
2. Extirpare în bloc a tumorii benigne și a trunchiului nervului facial
3. Extirparea în întregime a lobulului parotidian care conține tumora
4. Extirparea obligatorie a ambilor lobi parotidieni
5. Extirparea ambilor lobi parotidieni când tumora interesează atât lobul superficial cât și pe cel profund
6. Menținerea țesutului glandular restant al lobului parotidian interesat tumoral

Răspuns corect: B,D (42,1, pag. 761-763, pag. 761)

1. Granulomul periferic cu celule gigante se prezintă ca o leziune:
2. Nodulară
3. Încapsulată
4. Sesilă
5. Albăstruie
6. Roșie-violacee

Răspuns corect: A,C,E (27,1, pag. 421-423, pag. 421)

1. Papilomul se manifestă clinic ca o formațiune tumorală:
2. Cu creștere endofitică
3. Pediculată
4. Ulcerată
5. Verucoasă
6. Sângerândă

Răspuns corect: B,D (28,1, pag. 425-426, pag. 425)

1. Granulomul periferic cu celule gigante:
2. Este o leziune hipertrofică
3. Este o leziune cu aspect tumoral
4. Este o leziune cu aspect pseudotumoral
5. Se localizează la nivelul crestei alveolare
6. Se localizează intraosos

Răspuns corect: C, D (27,1, pag. 421-423, pag. 421)

1. Comunicarea oro-sinusala:
2. reprezinta o solutia de continuitate intre cavitatea orala si sinusul maxilar
3. se mai numeste si comunicare oro-antrala
4. localizarile cele mai frecvente sunt pe cresta alveolara
5. localizarile cele mai frecvente sunt in vestibul
6. localizarile cele mai frecvente sunt in bolta palatina

Răspuns corect: A,B,C (17,1, pag. 303-308, pag. 303)

1. Comunicarile oro-sinusale:
2. se produc prin desfiintarea peretelui osos care separa anatomic cavitatea orala de cavitatea sinusala
3. se pot produce si prin desfiintarea peretelui osos care separa anatomic cavitatea orala de cavitatea nazala
4. se produc cel mai frecvent in timpul extractiei dintilor cu raport sinusal
5. se produc cel mai frecvent in timpul rezectiei apicale la nivelul dintilor cu raport sinusal
6. reprezinta un factor etiologic important in aparitia sinuzitei maxilare cronice de cauza dentara

Răspuns corect: A,C,E (17,1, pag. 303-308, pag. 303)

1. Aspectele clinice ale fracturii orizontale de maxilar Le Fort II (disjuncţia cranio-maxilară joasă. pot fi următoarele:
2. mecanismul de producere este numai direct, printr-un traumatism aplicat la nivelul etajului mijlociu al feţei
3. osul maxilar este desprins în totalitate de craniu
4. osul maxilar este desprins parţial de craniu
5. edem facial important facies in „butoi”.
6. epistaxis unilateral sau absent

Răspuns corect: A, B, D (1, 20 pag. 363-366, pag 364)

1. Aspecte clinice ale fracturii orizontale de maxilar Le Fort II (disjuncţia cranio-maxilară joasă pot fi următoarele:
2. epistaxis bilateral
3. osul maxilar este desprins în totalitate de craniu
4. nu există tulburări de sensibilitate în teritoriul nervului infraorbital
5. edem facial important facies în „butoi”.
6. deformarea etajului mijlociu al feţei fără menţinerea reliefului zigomatic

Răspuns corect: A, B, D (1, 20 pag. 363-366, pag 365)

1. Semnele clinice ale fracturilor anterioare de malar, fără deplasare, pot fi următoarele:
2. echimoza palpebrală “în monoclu”
3. uneori epistaxis unilateral
4. puncte dureroase la palpare la nivelul suturilor osului mandibular
5. puncte dureroase la palpare la nivelul suturilor osului zigomatic
6. deschiderea limitată a gurii

Răspuns corect: A, B, D (1, 22, pag. 381-382, pag 381)

1. Semnele clinice în luxația temporo-mandibulară anterioara bilaterala sunt:
2. Gura este parțial deschisa
3. Mandibula este retrudata
4. Inocluzie verticala frontala
5. Linia interincisiva deplasata
6. Linia interincisiva nedeplasata

Răspuns corect: A, C, E (1, 38 pag. 688-691, pag 688)

1. Diagnosticul diferențial al luxației temporo-mandibulare unilaterale anterioare se face cu:
2. Fractura subcondiliana
3. Paralizia facială
4. Contractura spastica a mușchilor ridicatori ai mandibulei
5. Fractura blow out
6. Nevralgia de trigemen

Răspuns corect: A, B, C (1, 38 pag. 688-691, pag 689)

1. Dupa extensia blocului osos, anchiloza temporo•mandibulara intracapsulara are trei stadii de evolutie:
2. Bloc osos limitat la apofiza condiliana
3. Bloc osos limitat la apofiza occipitala
4. Bloc osos extins pâna la incizura sigmoida
5. Bloc osos extins pâna la incizura piriforma
6. Bloc osos extins pâna la nivelul apofizei coronoide.

Răspuns corect: A, C, E (1, 39 pag. 700-702, pag 700)

1. Semnele clinice ale anchilozei intracapsulare sunt:
2. posibilitatea deschiderii gurii,
3. imposibilitatea temporara a deschiderii gurii,
4. imposibilitatea permanenta a deschiderii gurii,
5. simetria faciala
6. asimetrie faciala

Răspuns corect: C, E (1, 39 pag. 700-702, pag 702)

1. Interesarea litiazica a glandei submandibulare şi canalului Wharton este de departe cea mai frecventa, fapt datorat mai multor particularitati:
2. secretia salivara este bogata În mucus
3. poziţia anatomica decliva a glandei şi caracterul antigravitaţional al excreţiei salivare
4. canalul Wharton, deşi este aproape la fel de lung ca şi canalul Stenon, prezinta pe traiectul sau doua curburi anatomice
5. orificiul de deschidere al papilei canalului Wharton este mai ingust decât cel al canalului Stenon
6. poziţia anatomica decliva a canalului şi caracterul magnetic al excreţiei salivare

Răspuns corect: A, B, C, D (1, 40 pag. 725-727, pag. 725)

1. Daca calculul este situat pe canalul Wharton, deasupra muschiului milohioidian, infecţia determina o whartonita, care se complica rapid cu
2. pericoronarita
3. periadenita
4. periwhartonita
5. apoi cu abces de loja submanibulara
6. apoi cu abces de loja sublinguala

Răspuns corect: C, E (1, 40 pag. 725-727, pag. 727)

1. Tumorile maligne de mezostructura au ca punct de plecare:
2. Mucoasa sinusului maxilar
3. Extinderea proceselor tumorale maligne din infrastructura
4. Mucoasa sinusului etmoidal
5. Extinderea unui proces tumoral malign al tegumentelor etajului mijlociu al fetei
6. Mucoasa sinusului frontal

Răspuns corect: A,B,D (37,1, pag. 642-645, pag. 642)

1. Tumorile maligne ale limbii si planseului bucal pot debuta sub urmatoarele forme clinice:
2. Ulcero-distructiva
3. Leziune ulcerativa
4. Ulcero-vegetanta
5. Nodulara
6. Vegetanta

Răspuns corect: B,D,E (34,1, pag. 597-600, pag. 597)

1. Diagnosticul diferential al tumorilor maligne ale limbii si planseului bucal se poate face cu:
2. Sifilisul primar
3. Aftele bucale
4. Chistul branhial
5. Sancru primar
6. Ulceratiile traumatice

Răspuns corect: A,B,D,E (34,1, pag. 597-600, pag. 599)

1. Urmatoarele afirmatii despre tumorile maligne a portiunii post-sulcale a limbii sunt adevarate:
2. Debutul acestor tumori este insidios
3. Examenul clinic pune in evidenta cresterea de volum a 1/3 posterioare a limbii
4. Se impune examen ORL
5. Tumorile evolueaza lent
6. Metastaza apare tardiv

Răspuns corect: A,B,C (34,1, pag. 597-600, pag. 598)

1. Implicarea ganglionului retrodigastric Kuttner I, este patognomonic in tumorile maligne localizate la nivelul:
2. Mucoasei jugale
3. Buzei
4. Limbii
5. Comisurii bucale
6. Planseului bucal

Răspuns corect: C,E (34,1, pag. 597-600, pag. 599)

1. Tehnicile chirurgicale alternative de osteotomie a maxilarului sunt urmatoarele:
2. Osteotomia tip Le Fort I „inalta”
3. Osteotomia Caldwell-Lettermann
4. Osteotomia Obwegeser-Dal Pont
5. Osteotomia Datillo
6. Osteotomia tip Le Fort III

Răspuns corect: A, E (43,1, pag. 793-794, pag. 794)

1. Aspectul radiologic al osteosarcomului este:
2. „raza de soare”
3. „perna de ace”
4. „os ciuruit”
5. „os mancat de molii”
6. „triunghiurile lui Codman”

Răspuns corect: A, E (36,1, pag. 628-631, pag. 628)

1. Sarcoamele odontogene prezinta urmatoarele forme :
2. Angiosarcomul
3. Condrosarcomul
4. Sarcomul ameloblastic
5. Fibrodentinosarcomul ameloblastic
6. Fibroodontosarcomul ameloblastic

Răspuns corect: C,D,E (36,1, pag. 628-631, pag. 630)

1. Care din urmaroarele afirmatii referitoare la Limfomul Burkitt sunt adevarate:
2. Localizarea cea mai frecventa este la mandibula
3. Este asociat cu virusul Epstein-Barr
4. Nu apare erodarea corticalei osoase
5. Imaginea radiologica arata o radiotransparenta cu intreruperea corticalei osoase
6. Tumora consta in deformatii osoase, mase tumorale abdominale si paraplegie

Răspuns corect: B,D,E (36,1, pag. 628-631, pag. 629)

1. Care dintre urmatoarele tumori maligne endoosoase sunt tumori maligne multifocale:
2. Sarcoamele odontogene
3. Carcinoamele odontogene
4. Limfomul osos non-hodgkinian
5. Limfomul Burkitt
6. Sarcomul Ewing

Răspuns corect: C,D (36,1, pag. 628-631, pag. 631)

1. Flegmonul difuz hemifacial are ca punct de plecare:
2. Melanoame
3. Leziuni dento-parodontale,
4. Traumatisme cranio-faciale,
5. Stafilococii cutanate faciale
6. Hemangioame

Răspuns corect: B, C, D (15,1, pag. 270-273, pag.272)

1. Tratamentul osteoperiostitei:
2. este complex, interesând reabilitatra orală complete
3. este conservator
4. este radical
5. interesază și țesuturile moi
6. interesează doar dintele causal

Răspuns corect: B, C, E (16,1, pag. 281-284, pag.281)

1. Aspectele clinice din osteomielită:
2. Afecţiunea apare brusc cu alterarea stării generale
3. Durerea este absentă
4. Durerea se amplifică rapid, devenind paroxistică
5. La examenul local se constată o tumefacţie difuză,
6. Procesul supurativ determină mobilitatea dintelui cauzal.

Răspuns corect: A, C, D, E (16,1, pag. 281-284, pag.281)

1. Comunicarea oro-sinusala veche prezinta urmatoarele semne clinice:
2. prezenta unui orificiu fistulos la nivelul crestei alveolare
3. sangerare mai abundenta din alveola, uneori cu aspect aerat
4. proba Valsalva negativa
5. tulburari fonatorii
6. tulburari functionale legate de refluarea lichidelor pe nas

Răspuns corect: A, D, E (17,1, pag. 303-308, pag. 303)

1. In cazul comunicarii oro-sinusale rezultate prin extractia completa a dintelui, cand deschiderea este sub 2 mm, tratamentul consta in:
2. nu este necesar un tratament chirurgical
3. tratamentul este chirurgical
4. se practica sutura margino-marginala a gingivomucoasei alveolei postextractionale
5. trebuie sa se favorizeze doar formarea unui cheag normal
6. pacientul este avertizat si instruit in privinta unor masuri pe care trebuie sa le adopte pentru a nu disloca chegul

Răspuns corect: A,D,E (17,1, pag. 303-308, pag. 304)

1. In cazul comunicarii oro-sinusale rezultate prin extractia completa a dintelui, cand deschiderea este de 2-6 mm, tratamentul consta in:
2. nu este necesar un tratament chirurgical
3. consta doar in avertizarea si instruirea pacientului in privinta unor masuri pe care trebuie sa le adopte pentru a nu disloca chegul
4. se practica sutura margino-marginala a gingivomucoasei alveolei postextractionale
5. supraalveolar se aplica o mesa iodoformata mentinuta cu ligatura de sarma „in 8” pe dintii vecini
6. este necesara profilaxia sinuzitei maxilare

Răspuns corect: C,D,E (17,1, pag. 303-308, pag. 304)

1. Alegerea tipului de lambou pentru plastia comunicarii oro-sinusale se va realiza in functie de:
2. marimea si localizarea defectului
3. cantitatea si starea tesuturilor
4. experienta chirurgului
5. hemimaxilarul la nivelul caruia a rezultat comunicarea, drept sau respectiv stang
6. prezenta sau absenta dintilor

Răspuns corect: A,B, C, E (17,1, pag. 303-308, pag. 304)

1. Plastia comunicarii oro-sinusale in doua planuri:
2. este cea mai folosita in practica
3. este mai sigura decat cea intr-un singur plan
4. planul sinusal rezulta prin alunecarea si rasturnarea unei colerete de mucoasa vestibulara
5. planul oral va fi reprezentat de un lambou palatinal, de cele mai multe ori cu pedicul posterior
6. planul oral va fi reprezentat de un lambou palatinal, de cele mai multe ori cu pedicul anterior

Răspuns corect: B, C, D (17,1, pag. 303-308, pag. 305)

1. In cazul comunicarii oro-sinusale rezultata in urma impingerii radacinii dentare in plina cavitate sinusala cu perforarea mucoasei sinusale:
2. se trepaneaza sinusul la locul de electie si se indeparteaza radacina intrasinusala
3. se indeparteaza radacina pe cale alveolara largita prin tehnica Wasmundt
4. dupa indepartarea radacinii se realizeaza plastia comunicarii in unul sau doua planuri
5. daca se constata prezenta unei mucoase sinusale modificate cu aspect inflamator cronic se realizeaza si cura radicala a sinusului maxilar
6. cura radicala a sinusului maxilar se poate realiza si intr-o etapa ulterioara

Răspuns corect: A, C, D, E (17,1, pag. 303-308, pag. 305)

1. Chistul dermoid:
2. este un chist de dezvoltare
3. se mai numeste si chist teratoid
4. apare cel mai frecvent la adultii tineri
5. localizarea tipica este in planseul bucal, pe linia mediana
6. se poate localiza extrem de frecvent la nivelul limbii

Răspuns corect: A,C,D (23,1, pag.403-404, pag.403)

1. Urmatoarele afirmatii referitoare la tratamentul chistul dermoid sunt adevarate:
2. tratamentul este strict chirurgical si consta in extirparea in totalitate a acestuia
3. Abordul chirurgical este oral
4. Abordul chirurgical este cutanat
5. recidivele dupa extirparea completa sunt extrem de rare
6. in unele situatii poate beneficia de tratament radioterapic

Răspuns corect: A,B,C,D (23,1, pag.403-404, pag.403)

1. Urmatoarele afirmatii referitoare la tratamentul chistul branhial sunt adevarate:
2. Abordul chirurgical este cervical
3. se foloseste o incizie tegumentara orizontala astfel incat cicatricea postoperatorie sa fie disimulata intr-un pliu natural al gatului
4. in prezent se foloseste abordul prin incizie verticala de-a lungul m. sternocleidomastoidian care are avantajul unui acces mai facil
5. extirparea este mai facila in cazul chisturilor suprainfectate deoarece acestea nu adera la structurile anatomice invecinate
6. Extirpat in totalitate, chistul branhial nu recidiveaza

Răspuns corect: A, B, E (24,1,pag. 406-407, pag. 407)

1. Ranula sublinguala:
2. se prezinta clinic ca o formatiune chistica, cu dimensiuni variabile, localizata paramedian in planseul bucal
3. are continut lichidian si o coloratie tipica albastruie
4. are o consistenta pastoasa si o coloratie galbuie
5. o varianta clinica mai rar intalnita este ranula „in bisac”
6. se dezvolta frecvent sub m. milohiodian

Răspuns corect: A, B, D (25, 1, pag.412-414, pag. 412)

1. Urmatoarele afirmatii referitoare la tratamentul granulomului piogen gingival (epulis granulomatos) sunt adevarate:
2. consta doar in indepartarea factorului iritativ local
3. consta in extirparea chirurgicala cu margini de siguranta de aproximativ 2 mm
4. periostul subiacent este conservat pentru a preveni necroza secundara osoasa
5. extractia dintelui/dintilor adiacenti este obligatorie in toate situatiile de granulom piogen gingival
6. plaga postoperatorie se vindeca per secundam, fiind protejata cu mesa iodoformata sau ciment parodontal

Răspuns corect: B, E (26,1, pag. 418-420, pag. 420)

1. Tulburări funcţionale prezente în cazul fracturilor de mandibula:
2. deformări osoase ale etajului superior al feţei
3. durere spontană sau provocată la mişcările mandibulei
4. jenă în deglutiţie
5. masticaţie posibilă
6. masticaţie imposibilă

Răspuns corect: B, C, E (1, 18, pag.322-323, pag 322)

1. Semne clinice ale fracturii mediane mandibulare (mediosimfizare):
2. linia de fractură este situată între cei doi incisivi centrali inferiori
3. linia de fractură este situată între incisivul central şi cel lateral
4. are traiect oblic descendent ocolind simfiza mentonieră
5. în mişcarea de deschidere a gurii apare un diastazis între cele două fragmente
6. în mişcarea de închidere a gurii apare un diastazis între cele două fragmente

Răspuns corect: A, C, E (1, 18 pag. 322-323, pag 323)

1. Aspectele clinice specifice fracturii orizontale de maxilar Le Fort I (fractura transversală joasă. pot fi urmatoarele:
2. echimoze vestibulare “în potcoavă”
3. la nivel cervico-facial nu sunt prezente semne clinice majore
4. la nivel cervico-facial sunt prezente semne clinice majore
5. palparea este dureroasă retrotuberozitar
6. tulburări de vedere majore

Răspuns corect: A, B, D (1, 20 pag. 363-366, pag 364)

1. Aparitia sechelelor dupa tratamentul despicaturilor labio-maxilo-palatine depinde de o serie de factori:
2. varsta la care s-a intervenit
3. tratamentul logopedic
4. severitatea malformatiei
5. tratamentul ortopedic-ortodontic prechirurgical
6. raspunsurile A si D sunt corecte

Răspuns corect: A, B, C (44,1, pag. 828-831, pag. 831)

1. Tratamentul supuraței este:
2. chirurgical,
3. radioterapie
4. antibioterapie,
5. reechilibrare hidroelectrolitică
6. diuretice

Răspuns corect: A, C, D (13,1, pag. 245-247, pag.245)

1. Alegerea locului de incizie al supurațiilor ține cont de:
2. spaţiile anatomice afectate,
3. o eventuală evoluţie în spaţiile fasciale vecine,
4. structurile vitale prezente la acel nivel,
5. tipul de drenaj,
6. posibilele sechele postoperatorii.

Răspuns corect: A, B,C, D, E (13,1, pag. 245-247, pag.245)

1. Comunicarea oro-sinusala imediata in timpul extractiei dintilor cu raport sinusal se diagnosticheaza pe baza urmatoarelor criterii:
2. sangerare mai abundenta din alveola, uneori cu aspect aerat
3. prezenta unui traiect fistulos tapetat de epiteliu la nivelul crestei alveolare
4. senzatie de „cadere in gol” la explorarea blanda a alveolei cu un stilet butonat
5. proba Valsalva pozitiva
6. proba Valsalva negativa

Răspuns corect: A, C,D (17,1, pag. 303-308, pag. 303)

1. Imaginea radiologica a condrosarcomului:
2. Arata o radiotrasparenta larga, cu pereti grosi
3. Arata o radioopacitate bine delimitata
4. Arata o radioopacitate multifocala
5. „in perna de ace”
6. Arata o radiotransparenta uniloculara, omogena
7. Răspuns corect: A, D (36,1, pag. 628-631, pag. 629)
8. Referitor la Sarcomul Ewing urmatoarele afirmatii sunt adevarate:
9. Poate metastaza la distanta
10. Afecteaza predominant oasele membrelor inferioare sau pelvisul
11. Consta in deformatii osoase, mase tumorale abdominale si paraplegie
12. Tratamentul chirurgical se asociaza cu radio-chimioterapia concomitenta
13. Grupa de varsta cea mai frecvent afectata este inte 5-30 ani

Răspuns corect: A,B,D,E (36,1, pag. 628-631, pag. 629)

1. Factorii de mediu care actioneaza in momentul fuziunii dintre procesele nazale, maxilare si mandibulare sunt:
2. agentii infectiosi (virusurile rubeolei, toxoplasmozei, incuziunilor citomegalice)
3. medicamente (talidomida)
4. drogurile
5. radiatiile solare
6. hormonii steroizi

Răspuns corect: A,B, C, E (44,1,pag. 828-831, pag.828)

**ORTODONȚIE**

1. \*Problema corelatiei dintre respiratie si An.D.M. se refera la :
2. Importanta trecerii curentului de aer prin gura, in timpul respiratiei,asupra starii de sanatate si a dezvoltarii copilului
3. Posibilitatilede supleere orala a unei respiratii nazale ingreunate
4. Influenta pozitiva a unor anomalii dentomaxilare asupra respiratiei
5. Legatura cauzala sau asocierea accidentala dintre respiratia nazala si An. D.M
6. Posibilitatea ca prin tratarea si corectarea unor An. D.M.,prin metodele ortopediei faciale,sa se inrautateasca conditiile respiratorii

RASPUNS : B (pag. 317) . Boboc

1. Vestibulul nazal:
2. Are o structura fibrocartilaginoasa
3. Are rol pasiv in reglarea reflexa a fluxului aerian
4. Este considerat o valva de admisie cu reglaj automat
5. Participa la modificarea cantitativa si calitativa a aerului inspirat
6. Reprezinta locul de patrunderea aerului respirat

RASPUNS : ACDE (pag. 318) . Boboc

1. Pasajul aerian nazo-faringian poate realiza adaptarea curentului de aer datorita:
2. Arhitectonicii speciale
3. Functiilor specifice epiteliului
4. Functiilor glandulare
5. Radiatorului nazal
6. Lipsei inervatiei

RASPUNS: ABCD (pag. 318) . Boboc

1. Reglarea vitezei si directiei aerului in respiratia nazala:
2. Se realizeaza datorita aspectului liniar al pasajului aerian
3. Se realizeaza prin creerea vartejurilor si curentelor secundare la nivelul foselor nazale
4. Depinde de modificarile de calibru ale sistemului cavernos
5. Nu are legatura cu aspiratia intratoracica
6. Este determinata de posibilitatile de calibrare ale pasajului nazal

RASPUNS: BCE (pag. 318) . Boboc

1. \*Purificarea aerului si oprirea impuritatilor in respiratia nazala:
2. Particulele mici sunt oprite la nivelul vestibulului de catre firele de par
3. Mucoasa pituitara este alcatuita din celule cu cili orientati dinapoi –inainte
4. Lizozimul, prezent in secretia glandelor din mucoasa nazala, nu are rol bacteriostatic
5. Mucusul este secretat de glande sero-mucoase la nivelul corionului mucoasei nazale
6. Impuritatile din aer adera de pelicula de mucus ce acopera cilii mucoasei faringiene.

RASPUNS: D (pag. 318-319). Boboc

1. Umectarea aerului in respiratia nazala:
2. Depinde de conditiile de umiditate ale mediului
3. Depinde de temperatura mediului
4. La nivelul mucoasei nazale secretia in 24h este in medie de 500 cm cubi
5. La nivelul mucoasei nazale secretia in 24h este in medie de 1500 cm cubi
6. La nivelul mucoasei nazale secretia in 24h este in medie de 5000 cm cubi

RASPUNS: ABC (pag. 319) . Boboc

1. \*Mucoasa nazala nu constituie punctul de plecare pentru reflexele:
2. Nazoglotice
3. Nazolaringiene
4. Olfactofaringiene
5. Olfactogastrice
6. Nazosalivare

RASPUNS: C (pag. 319) . Boboc

1. Trecerea coloanei de aer prin cavitatea bucala se soldeaza cu deficiente in ceea ce priveste:
2. Reglarea cantitatii de aer
3. Recirea aerului
4. Uscarea aerului
5. Sterilizarea aerului
6. Umectarea aerului

RASPUNS: ADE (pag. 321) . Boboc

1. Rezultatele studiilor statistice legate de corelatia dintre tulburarile respiratiei si anomaliile dento-maxilare pot fi sintetizate astfel:
2. La suta de copii cu anomalii dentomaxilare, numarul de copii cu respiratie orala este mai mare decat la suta de copii care au o dezvoltare normala a aparatului dentomaxilar
3. La suta de copii cu respiratie orala se gasesec mai multi purtatori de anomalii dentomaxilare decat la suta de copii cu respiratie nazala
4. La suta de copii cu anomalii dentomaxilare, numarul de copii cu respiratie orala este mai mic decat la suta de copii care au o dezvoltare normala a aparatului dentomaxilar
5. La suta de copii cu dezvoltare normala a aparatului dentomaxilar, numarul de copii cu respiratie orala este mai mare decat la suta de copii cu anomalii dentomaxilare
6. La suta de copii cu respiratie orala se gasesec mai putini purtatori de anomalii dentomaxilare decat la suta de copii cu respiratie nazala

RASPUNS: AB (pag. 322) . Boboc

1. Respiratia orala intervine asupra dezvoltarii aparatului dentomaxilar prin:
2. Actiune directa asupra boltii palatine
3. Lipsa contrabalansarii presiunii atmosferice la nivel sinusal
4. Lipsa de eficienta a buzei superioare
5. Modificarea comportamentului complexului hioidian
6. Aplicarea musculaturii obrazului pe peretii laterali ai maxilarului cu efect de expansiune

RASPUNS: ABCD (pag. 324) . Boboc

1. Dupa Howell, la respiratia orala exista :
2. O deglutitie normala
3. O deglutitie infantila
4. Un drenaj retronazal normal al secretiilor
5. O acumulare de secretii nazofaringiene
6. O infectie acuta a cailor respiratorii

RASPUNS: BD (pag. 325) . Boboc

1. In cazul respiratiei orale:
2. Lipsesc stimulii naturali de crestere la nivelul ansamblului nazal
3. Mucoasa nazala hiperemiata patologic determina anumite ingrosari osoase
4. Lipsesc oscilatiile presorii respiratorii ce se gasesc la vase
5. Se remarca prezenta stimulilor naturali
6. Mucoasa nazala hiperemiata patologic determina o slaba resorbtie osoasa

RASPUNS: ABCE (pag. 325) . Boboc

1. Etapele functiei masticatorii cu dinti abrazati sau putin cuspidati:
2. Favorizeaza miscarile masticatorii verticale
3. Favorizeaza miscarile masticatorii orizontale
4. Sunt considerate de unii specialisti ca perioade de eficienta masticatorie maxima
5. Au rol negativ asupra sanatatii parodontale
6. Sunt favorabile sanatatii parodontale

RASPUNS: BCE (pag. 334) . Boboc

1. Stereotipuri dinamice de masticatie includ:
2. Tocator
3. Frecator
4. Intermediar
5. Sfasietor
6. Zdrobitorl

RASPUNS: ABC (pag.335) . Boboc

1. Pentru incizia alimentelor:
2. Mandibula realizeaza pregatitor o ridicare usoara
3. Incisivii superiori si inferiori ajung intr-o pozitie cap la cap
4. In timpul inciziei incisivii inferiori aluneca pe fata palatinala a incisivior superiori
5. In timpul inciziei incisivii inferiori aluneca pe fata vestibulara a incisivior superiori
6. Propulsia mandibulei este urmata de ridicarea ei

RASPUNS: BCE (pag. 335) . Boboc

1. Caninii:
2. Sunt folositi pentru zdrobirea alimentelor
3. Sunt folositi pentru incizia alimentelor
4. Sunt folositi pentru sfasierea alimentelor
5. Au axul coroanei diferit de cel al radacinii
6. Au acelasi ax al coroanei si radacinii

RASPUNS: CD (pag. 336) . Boboc

1. Premolarii:
2. Sunt folositi pentru zdrobirea alimentelor
3. Sunt folositi pentru incizia alimentelor
4. Sunt folositi pentru sfasierea alimentelor
5. Se caracterizeaza prin cuspizi ascutiti
6. Fragmenteaza alimentele in particule mici

RASPUNS: AD (pag. 336) . Boboc

1. \*Molarii:

a. Sunt folositi pentru zdrobirea alimentelor

b. Sunt folositi pentru incizia alimentelor

c. Sunt folositi pentru sfasierea alimentelor

d. Sunt folositi pentru triturarea alimentelor

e. Nici un raspuns nu este corect

RASPUNS: D (pag. 337) . Boboc

1. In triturarea alimentelor Maronneaud distinge patru etape:
2. faza de atac
3. faza de ocluzie
4. faza de reorientare
5. faza juxtaocluzala
6. faza libera

RASPUNS: ABDE (pag. 337) . Boboc

1. Limba contribuie la masticatie :
2. Prin faramarea unor alimente pe care le preseaza de palatul moale
3. Prin asezarea alimentelor intre arcadele dentare
4. Prin separarea din masa alimentara a acelor fragmente bine triturate si insalivate
5. Prin pregatirea bolului alimentar pentru deglutitie
6. Prin faramarea unor alimente pe care le preseaza de palatul dur

RASPUNS: BCDE (pag. 337) . Boboc

1. Secretia salivara scazuta:
2. Stimuleaza autocuratirea
3. Inhiba autocuratirea
4. Favorizeaza instalarea proceselor coronare distructive ce pot determina migrari dentare verticale
5. Favorizeaza procesele distructive coronare ce pot sta la originea unor migrari dentare orizontale
6. Favorizeaza procesele distructive coronare ce pot sta la originea unor migrari dentare cu aparitia unor blocaje mandibulare

RASPUNS: BCDE (pag. 344) . Boboc

1. In care dintre anomaliile dentomaxilare de mai jos poate aparea reducerea eficientei masticatorii prin reducerea suprafetei de contact ocluzal:
2. Ocluzie distalizata
3. Ocluzie adanca
4. Ocluzie progena cu inocluzie sagitala
5. Ocluzie deschisa
6. Diastema

RASPUNS: ACD (pag. 345) . Boboc

1. Mecanismele prin care anomaliile dentomaxilare influenteaza masticatia:
2. Cresterea suprafetei de contact ocluzal
3. Absenta sau dificultatea in efectuarea unor miscari masticatorii
4. Lezarea directa a mucoasei de pe maxilarul antagonist
5. Reducerea suprafetei de contact ocluzal
6. Scaderea secretiei salivare

RASPUNS: BCD (pag. 346-347) . Boboc

1. Clasificarea obiceiurilor vicioase care pot determina anomalii dento-maxilare:
2. atitudini de postura ale corpului si capului
3. interpunerea la nivelul arcadelor a unor elemente apartinand aparatului dento-maxilar: interpozitii heterotope
4. interpunerea la nivelul arcadelor a unor elemente neapartinand aparatului dento-maxilar: interpozitii heterotope
5. interpozitii autotrope
6. declansarea unor forte potential nocive in timpul desfasurarii normale a unor functii

RASPUNS: ACD (pag 434). Boboc

1. Zonele faciale de sprijin implicate in atitudinile de postura care pot avea implicatii in producerea anomaliilor dento-maxilare sunt:
2. mentonul in zona laterala
3. mentonul in zona centrala
4. regiunea bilabiala
5. zonele centrale ale partii inferioare a fetei
6. zonele laterale ale partii inferioare a fetei

RASPUNS: BCE (pag 436). Boboc

1. \*Dupa Gudin, exista un anumit teren favorabil instalarii unor atitudini posturale vicioase:
2. constitutia elastopata
3. faciesul adenoidian
4. constitutia mezomorfa
5. constitutia endomorfa
6. faciesul romboidal

RASPUNS: A (pag 436). Boboc

1. Interpozitiile heterotope la nivelul arcadelor dentare se clasifica in:
2. interpozitii autotrope
3. interpozitia simpla
4. interpozitia cu succiune intensa
5. interpozitia intensa
6. interpozitia complexa

RASPUNS: BC (pag 437). Boboc

1. Interpozitia cu succiune intensa la nivelul arcadelor dentare:
2. este modalitatea principala de interpozitie
3. atentia cea mai mare se acorda sugerii degetului
4. atentia cea mai mare se acorda sugerii buzei
5. atentia cea mai mare se acorda sugerii limbii
6. este mai rar intalnita

RASPUNS: AB (pag 437). Boboc

1. La sugatorii de police se observa:
2. roșeață
3. încrețirea pielii
4. îngroșarea pielii
5. unghia apare mai netedă
6. unghia apare mai încrețită

RASPUNS: ABCD (pag 437). Boboc

1. Teoriile care stau la baza instalarii unui obicei vicios sunt:
2. teoria alimentară
3. teoria reflexă
4. teoria areflexă
5. teoria genetică
6. teoriile psihologice

RASPUNS: ABE (pag 441). Boboc

1. Sugătorii de deget au anumite particularități de personalitate:
2. sunt mai anxiosi
3. afrontează cu elan realitatea
4. afrontează cu reticență realitatea
5. sunt mai timizi
6. nu are relevanță practicarea unui obicei vicios in ceea ce privește personalitatea

RASPUNS: AC (pag 441). Boboc

1. Teoria reflexă (sugerea policelui) presupune:
2. sugerea degetului este un obicei condiționat
3. se fixează brusc
4. se fixează pe parcurs
5. se transformă în obicei vicios
6. nu se transformă în obicei vicios

RASPUNS: ACD (pag 441). Boboc

1. Teoria alimentară (sugerea policelui) se referă la:
2. degetul este un înlocuitor al mamelonului matern
3. sugerea policelui produce o senzație agreabilă
4. alimentarea cu biberonul pare să joace un anumit rol
5. alimentarea cu biberonul nu joacă nici un rol
6. degetul este înlocuitorul laptelui matern

RASPUNS: ABC (pag 441). Boboc

1. Principalele caracteristici ale meziodensului sunt:
2. Apare la ambele maxilare
3. Apare doar la maxilarul superior
4. Cel mai frecvent este unic
5. Este unicuspidat și uniradicular
6. Este pluricuspidat si pluriradicular

Răspuns: BCD (Pag 51). Ionescu - Anomaliile dentare

1. Afirmațiile adevărate referitoare la geminație sunt:
2. Reprezintă tentativa unui germene dentar de a se divide
3. Reprezintă tentativa unui dinte de a se dezvolta în interiorul altui dinte
4. Reprezintă tentativa a doi dinți de a se uni între ei
5. Poate fi prematură, caracterizată printr-o simplă ancoșă pe marginea incizală a incisivilor
6. Poate fi totală, cu denumirea de bigeminație

Răspuns: ADE (Pag 58-59). Ionescu - Anomaliile dentare

1. În cazul fuzionării se disting:
2. Fuzionări coronare
3. Fuzionări radiculare
4. Fuzionări dentare totale
5. Fuzionări externe
6. Fuzionări interne

Răspuns: ABC (Pag 59-60). Ionescu - Anomaliile dentare

1. Precizați care dintre următoarele afirmații referitoare la frecvența dinților supranumerari sunt adevărate:
2. Anomalia este mai frecventă la sexul masculin
3. Anomalia este mai frecventă la sexul feminin
4. Anomalia este mai frecventă în dentiția temporară
5. Anomalia este mai frecventă în dentiția permanentă
6. Frecvența este mai mare la populațiile de culoare

Răspuns: ADE (Pag 40-41). Ionescu - Anomaliile dentare

1. Incluzia de canin este mai frecventă:
2. La sexul feminin
3. La sexul masculin
4. La maxilar
5. La mandibulă
6. La dinții permanenți

Răspuns: ACE (Pag 74-75). Ionescu - Anomaliile dentare

1. În etiologia incluziei, cauzele deficitului de spațiu pot fi:
2. Macrodonția relativă
3. Macrodonția absolută
4. Dezvoltarea insuficientă a maxilarelor
5. Meziopoziția generalizată
6. Disfuncții endocrine

Răspuns: ABCD (Pag 76-77). Ionescu - Anomaliile dentare

1. În etiologia incluziei, obstacole în calea erupției dintelui pot fi:
2. Avitaminoze
3. Fibromucoasa acoperitoare densă și dură
4. Existența dinților supranumerari
5. Existența unor formațiuni tumorale
6. Macrodonția absolută

Răspuns: BCD (Pag 77-78). Ionescu - Anomaliile dentare

1. Factorii generali implicați în incluzia dentară sunt:
2. Macrodonția relativă sau absolută
3. Meziopoziția generalizată
4. Malnutriția
5. Disostoza cleidocraniană
6. Formarea mugurelui dentar mult prea profund în interiorul oaselor maxilare

Răspuns: CD (Pag 80). Ionescu - Anomaliile dentare

1. La examenul clinic se observă următoarele tulburări ce pot sugera prezența unui dinte inclus:
2. Prezența unei bombări vestibulare sau/și orale
3. Torsionări și mortificări ale dinților vecini
4. Lipsa de pe arcadă a dintelui temporar
5. Persistența îndelungată a dintelui temporar
6. Existența unui dinte supranumerar erupt, ocupând spațiul dintelui din seria normală

Răspuns: ABDE (Pag 84). Ionescu - Anomaliile dentare

1. Etiopatogenia reincluziei cuprinde următoarele teorii:
2. Teoria atavică
3. Teoria mecanică
4. Teoria mugurilor adamantini multipli
5. Teoria anchilozei osteodentare
6. Teoria tulburărilor metabolismului local

Răspuns: BDE (Pag 110-113). Ionescu - Anomaliile dentare

1. Reincluzia parțială este caracterizată prin:
2. Absența dintelui de pe arcadă
3. Dintele reinclus se află în infrapoziție
4. Dinții vecini înclinați spre dintele reinclus
5. Ușoară denivelare la nivelul procesului alveolar
6. La percuție, tonul dat de dintele anchilotic este mai asurzit

Răspuns: BCD (Pag 113-114). Ionescu - Anomaliile dentare

1. În cazul reincluziei parțiale, diagnosticul diferențial se realizează cu:
2. Anodonția
3. Extracția
4. Oprirea în erupție a dintelui
5. Intruzia posttraumatică totală
6. Intruzia posttraumatică parțială

Răspuns: CE (Pag 116). Ionescu - Anomaliile dentare

1. In cazul incluziei de canin, Stivaros si Mandall au facut urmatoarele aprecieri referitoare la inaltimea verticala a coroanei caninului in raport cu incisivul adiacent;
2. Gradul 1: nu exista suprapunere
3. Gradul 1: sub nivelul jonctiunii smalt-cement
4. Gradul 2: suprapunere peste mai putin de jumatate din latimea incisivului
5. Gradul 2: deasupra nivelului jonctiunii smalt-cement, dar la mai putin de jumatate din inaltimea radacinii
6. Gradul 4: deasupra apexului

Răspuns: BDE (pag 81). Ionescu - Anomaliile dentare

1. Ipotezele etiopatogenice in reincluzia dentara sunt:
2. Teoria chimica
3. Teoria mecanica
4. Teoria anchilotica
5. Teoria tulburarilor hormonale
6. Teoria opririi in dezvoltare asoasa verticala

Răspuns: BCE (pag 110-113). Ionescu - Anomaliile dentare

1. Anodontia subtotala si totala este un semn in cadrul urmatoarelor boli sistemice:
2. Rahitism
3. Displazia ectodermala
4. Sindromul Langdom-Down
5. Hipertiroidism
6. Avitaminoza D

Raspuns corect: BC (pag 32, ). Ionescu - Anomaliile dentare

1. Deficitul de spatiu ca si factor loco-regional in etiopatologia incluziei dentare poate fi determinat de :
2. Macrodontia relativa sau adevarata
3. Migrarea distala a dintilor din zona anterioara
4. Persistenta dintilor temporari
5. Dezvoltarea insuficienta a maxilarelor
6. Fibromucoasa acoperitoare densa si dura

Răspuns: AD (pag 75-77). Ionescu - Anomaliile dentare

1. \*Referitor la terminologia anodontiei, urmatoarea afirmatie este FALSA (dupa E.Ionescu)
2. Hipodontia presupune absenta a 1-4 dinti
3. Agenezia presupune nedezvoltarea unui tesut dentar in cursul perioadei embrionare
4. Pleiodontia presupune absenta unui numar mare de dinti
5. Cei mai frecvent folositi termeni sunt: anodontie, hipodontie, oligodontie, agenezie, aplazie dentara
6. Atelectodontia este un termen care se refera la reducerea numerica a dintilor

Răspuns**:** C (pag 17).Ionescu - Anomaliile dentare

1. Ectopia palatinala de canin superior produce:
2. Angrenaj invers
3. Tulburari fizionomice in zona frontala (aspect de edentatie)
4. Intreruperea continuitatii arcadei
5. Deformarea buzei superioare
6. Ulceratii ale mucoasei vestibulare

Raspuns ABC (pag 125). Ionescu - Anomaliile dentare 3

1. \*Diagnosticul pozitiv in incluzia dentara se pune pe urmatoarele semne clinice, CU EXCEPTIA ( dupa E. Ionescu):
2. Prezenta unor fistule cronice fara raspuns terapeutic
3. Pericoronarite si gingivostomatite
4. Torsionari si mortificari ale dintilor vecini
5. Mezio-inclinarea incisivului lateral datorita presiunii exercitate de caninul inclus
6. Dureri cu caracter nevralgiform

Răspuns: D (pag 84). Ionescu - Anomaliile dentare

1. Urmatoarele afirmatii referitoare la diastema sunt ADEVARATE ( dupa E.Ionescu):
2. Diastema falsa este consecinta insertiei joase a frenului buzei superioare
3. Diastema este o anomalie de pozitie
4. Diastema este anomalie de eruptie
5. Diastema secundara este intotdeauna asimetrica
6. Diastema adevarata este intotdeauna simetrica

Răspuns: BC (pag 133). Ionescu - Anomaliile dentare

1. In etiopatogenia incluziei dentare este incriminat ca factor locoregional existenta de obstacole in calea eruptiei dintelui, care pot fi reprezentate de ( dupa E. Ionescu):
2. Meziopozitie generalizata
3. Macrodontie absoluta
4. Chistul pericoronar
5. Osteoscleroza procesului alveolar dupa traumatisme
6. Formarea mugurelui dentar prea profund in interiorul oaselor maxilare

Răspuns: CD (pag 78-79).Ionescu - Anomaliile dentare

1. Urmatoarele afirmatii referitoare la etiologia reincluziei dentare sunt ADEVARATE (dupa E. Ionescu):
2. Etiologia este plurifactoriala
3. Teoria mecanica se refera la fenomelnele contractile determinate de anchiloza dintre osul alveolar si cementul radicular
4. Reincluzia dentara poate fi consecinta unei solutii de continuitate genetica sau congenitala la nivelul membranei parodontale, care poate explica anchiloza dentara la dintii neerupti
5. Reincluzia dintilor permanenti poate fi explicata de tulburari de dezvoltare la nivelul lamei dentare secundare
6. Reincluzia dintilor temporari poate fi explicata de tulburari de dezvoltare la nivelul lamei dentare primare

Răspuns: AC (pag 110-113).Ionescu - Anomaliile dentare

1. In etiopatogenia transpozitiei dentare sunt incriminati urmatorii factori ( dupa E. Ionescu):
2. Ereditatea
3. Eruptia precoce a caninului
4. Pierderea precoce a caninului de lapte
5. Inversarea intraosoasa a locului de formare a mugurilor
6. Inversarea cronologica a ordinii de eruptie canin superior/premolar 1 superior

Răspuns: CD (pag 150).Carte 3, Ionescu - Anomaliile dentare

1. Dupa E. Ionescu, atitudinea terapeutica in transpozitia incompleta:
2. Incisiv central/incisiv lateral transformata in transpozitie completa presupune remodelarea incisivului lateral prin tehnici adezive
3. Incisiv central/incisiv lateral transformata in traspozitie completa presupune remodelarea incisivului central prin stripping
4. Necesita asigurarea deplasarii dentare cele mai mici
5. Canin/incisiv lateral intotdeauna se corecteaza pentru a aduce caninul pe pozitia 3, corespunzator stalpului de rezistenta faciala
6. Canin/premolar 1 intotdeauna se corecteaza, pentru ca premolarul 1 are o structurare parodontala slaba si nu suporta efortul ocluzal in dreptul stalpului de rezistenta facial

Răspuns: ABC( pag 154).Ionescu - Anomaliile dentare 3

1. Printre consecintele reincluziei dentare se numara ( dupa E. Ionescu):
2. Parodontopatie marginala cronica prin denudarea dintilor vecini
3. Carii de colet si radiculare prin erodarea de zone retentive subgingivale
4. Denivelarea planului de ocluzie prin suprapozitia dintilor vecini
5. Hipoestezie in teritoriul incluziei dentare
6. Hiperestezie si hipersensibilitate prin denudarea dintilor vecini

Răspuns: ABE (pag 117).Ionescu - Anomaliile dentare

1. Dupa E.Ionescu, examenul radiologic in diagnosticul pozitiv al ectopiei dentare informeaza prin:
2. Teleradiografia de profil asupra relatiei dintre molarul de 6 ani si baza craniului prin axa Y
3. Ortopantomograma asupra structurii osului si aspectului fibromucoasei
4. Ortopantomograma asupra rizalizei patologice a dintelui ectopic
5. Ortopantomograma despre angularea coronoradiculara a dintelui ectopic
6. Teleradiografia de profil asupra relatiei mezializate scheletate

Răspuns: AB (pag 126).Ionescu - Anomaliile dentare

1. \*Care dintre urmatoarele modificari faciale nu apar in anodontiile subtotale si totale:

a Etaj inferior micsorat

b Profil convex

c Profil concav

d Sant labio-mentonier accentuat

e Buza inferioara rasfranta

Raspuns corect: B (pag 31).Ionescu - Anomaliile dentare

1. \*Cauza cea mai frecventa a ectopiei dentare este:

a Persistenta dintelui temporar

b Existenta unui capac osos dens

c Prezenta unor formatiuni dentare supranumerare

d Reducerea sau absenta spatiului de pe arcada necesar eruptiei

e Existenta unei fibromucoase dure

Raspuns corect: D (pag 123).Ionescu - Anomaliile dentare

1. Timpii deglutiţiei:
2. Timpul I , bucal este scurt şi autonom
3. Timpul II sau faringian
4. Timpul III sau esofagian
5. Timpul II este scurt şi autonom
6. Timpul bucal este voluntar

R: BCDE (pag 350-351). Boboc

1. Timpul bucal :
2. Este voluntar
3. Este scurt şi autonom
4. Constă în transportarea bolului alimentar din cavitatea bucală în faringe
5. Presupune mişcări coordonate ale limbii,palatului moale , complexului hioidian şi faringe
6. Are loc o inspiraţie ,după care o inhibiţie completă a inspiraţiei până la finele celui de al doilea timp

R: ACE (pag 350). Boboc

1. Timpul faringian :
2. Este voluntar
3. Este scurt şi autonom
4. Progresia bolului în faringe este asigurată de contracţia reflexă a constrictorului superior al faringelui
5. Are loc o inspiraţie după care urmează o inhibiţie completă a inspiraţiei până la finele celui de al doilea timp
6. Zonele cele mai sensibile ar fi la nivelul pilierului anterior si la peretele posterior al faringelui

R: BCE (pag 351). Boboc

1. Deglutiţia infantilă poate determina :
2. Ocluzie deschisă
3. Ocluzie adâncă
4. Proclinarea incisivilor
5. Retroclinarea incisivilor
6. Inocluzie labială

R: ACE (pag 362,363). Boboc

1. Deglutiţia infantilă se caracterizează prin :
2. Maxilarele sunt depărtate limba interpunandu-se între ele
3. Buzele asigură închiderea etanşă a cavităţii bucale
4. Este fiziologică până la vârsta de 12 luni
5. Continuă până la erupţia molarilor temporari
6. Este fiziologică până la varsta de 6 luni

R: ABE (pag 353). Boboc

1. Deglutiţia anormală se clasifică după Gugni în :
2. Deglutiţia cu împingerea limbii – arcade departate
3. Deglutiţia cu împingerea limbii – arcade în contact cel puţin în regiunile posterioare
4. Deglutiţia cu arcadele depărtate fără presiunea limbii
5. Deglutiţia cu arcadele apropiate şi cu împingerea limbii
6. Deglutiţia cu arcadele apropiate şi fără împingerea limbii

R:ABC (pag 358). Boboc

1. Deglutiţia cu împingerea limbii- arcadele depărtate se caracterizează prin :
2. Retrodenţie superioară
3. Prodenţie superioară
4. Hipotonia buzelor
5. Hipertonia buzelor
6. Incompentenţă labială Ballard

R: BCE (pag 358). Boboc

1. Deglutiţia cu arcadele depărtate, fără presiunea limbii se caracterizează prin:
2. Hipertonia buzelor
3. Hipotonia buzelor
4. Retrodenţie superioară
5. Prodenţie superioară
6. Supraocluzie accentuată

R: ACE (pag .358). Boboc

1. Obiceiul vicios de sugere a degetului :
2. Produce deformarea segmentului anterior maxilar cu retrodenţia incisivilor superiori
3. Poate determina ocluzia deschisă
4. Poate determina ocluzia distalizată
5. Limba propulsează între incisivi pentru a lua contact cu buzele
6. Se poate asocia cu deglutiţia infantilă

R: BCDE (pag 362). Boboc

1. Factorii etiologici în deglutiţia infantilă pot fi :
2. Macroglosia
3. Buzele scurte
4. Obiceiuri vicioase
5. Imaturitate neuromusculară
6. Microglosia

R: ABCD (pag 363). Boboc

1. În compresiunea de maxilar cu prodenţie şi ocluzie distalizată :
2. Muşchii mentonieri sunt hipotoni
3. Muşchii mentonieri sunt hipertoni
4. Şantul labio-mentonier este şters
5. Buza superioaraă pătrunde în spatele incisivilor inferiori şi se contractă cu putere
6. Deplasarea limbii înainte este legată de gradul de separaţie al buzelor din poziţia de repaus

R: BE (pag 363,364). Boboc

1. Deglutiţia se desfăşoară normal atunci când :
2. Buzele rămân în repaus sau prezintă o contracţie foarte puternică
3. Dinţii posteriori sunt în contact sau aproape în contact
4. Dinţii anteriori sunt în contact sau aproape în contact
5. Limba rămâne în interiorul limitelor cavităţii orale
6. Limba se interpune între cele două arcade

R: BD (pag 366). Boboc

1. Reeducarea deglutiţiei în tratamentul anomaliilor dento-maxilare presupune :
2. Obţinerea corectărilor morfologice (prin exerciţii )
3. Modificarea comportamentului în deglutiţie (prin exerciţii şi aparate )
4. Gravarea în sistemul nervos a unor imagini reflexe noi , pentru o coordonare a mişcărilor
5. Împiedicarea interpunerii limbii între arcade
6. Utilizarea aparatelor ortodontice prevăzute cu scut lingual

R: BCDE (pag 367). Boboc

1. Anodonţia apare mai frecvent:

a) în dentiţia temporară

b) în dentiţia permanentă

c) la populaţia de culoare

d) la sexul feminin

e) la sexul masculin

Răspuns corect: BD (pag. 17-18). Ionescu - Anomaliile dentare

1. Etape plauzibile în dispariţia unui dinte, Quinet(1964-1966):

a) labilitate volumerică, morfologică și variabilitate de poziție

b) insuficiența potențialului formativ al teoriilor prezumtiv ontogene

c) distrugerea lamei dentare și a produselor ei

d) distrugerea germenilor dentari formați și parțial formați

e) încorporarea totală cu dispariția dintelui

Răspuns corect: AE (pag. 19-22). Ionescu - Anomaliile dentare

1. Teoria mugurilor adamantini multiplii:

a) atrofia și dispariția mugurilor se realizează printr-o vascularizație redusă

b) explică cel mai bine varietatea mare a dinților supranumerari

c) este rezultatul unei a treia perioade de producție a lamei dentare

d) lama dentară formează ca accident "un boboc epitelial" supranumerar

e) din punct de vedere histologic, nu au fost găsiți muguri în plus

Răspuns corect: ABE (pag. 43-45). Ionescu - Anomaliile dentare

1. Erupția meziodensului înaintea incisivilor poate determina:

a) rotația incisivilor la 180 grade

b) meziodensul apare în poziție palatinizată

c) provoacă incluzia incisivilor

d) incisivii centrali erup în distopoziție

e) incisivii erup in vestibulopoziție

Răspuns corect: CDE (pag. 53-55). Ionescu - Anomaliile dentare

1. Semnul lui Quintero:

a) semn patognomonic al incluziei de incisiv lateral superior

b) se traduce printr-o poziție vestibularizată a coroanei incisivului lateral superior

c) rotația mezio-palatinală a incisivului lateral superior

d) rotația mezio-vestibulară a incisivului lateral superior

e) se traduce printr-o poziție distalizată a incisivului lateral superior

Răspuns corect: BD (pag. 84). Ionescu - Anomaliile dentare

1. Ca terminologie pentru reincluzia dentara, școala franceză citează:

a) anchiloză dentară

b) dinte inclavat

c) dinte încleștat

d) scufundare dentară

e) reintruzie dentară

Răspuns corect: BC (pag. 107). Ionescu - Anomaliile dentare

1. În funcție de momentul apariției reincluziei dentare distingem:

a) reincluzie precore: la vârsta de 4-5 ani

b) reincluzie precore: cu 4-5 ani înaintea perioadei fiziologice de permutare dentară

c) reincluzie precoce: la minim un an după perioada fiziologică de permutare dentară

d) reincluzie tardivă: cu minim un an inaintea perioadei fiziologice de permutare dentară

e) reincluzie tardivă: la minim un an după perioada fiziologică de permutare dentară

Raspuns corect: BE (pag. 108 ). Ionescu - Anomaliile dentare

1. Diagnosticul de incluzie dentara se pune atunci când:

a) prezența obturațiilor pe oricare din fețele dintelui

b) leziuni carioase tipice, uneori leziuni resorbții coronare localizate

c) pe imaginea radiologică, molarul temporar și succesorul sunt situați unul lângă celălalt

d) pe imginea radiologică, molarul temporar și succesorul sunt situați unul deasupra celuilalt

e) dacă succesorul a erupt și molarul II temporar se află intraosos

Răspuns corect: BCE (pag. 116-117). Ionescu - Anomaliile dentare

1. Următoarele afirmații despre diastemă sunt false:

a) este o anomalie de poziție și de erupție

b) apare doar la nivelul arcadei superioare

c) se găsește și la nivelul arcadei inferioare

d) este mai frecventă la arcada inferioară

e) este o anomalie doar de poziție

Răspuns corect: BDE ( pag. 133). Ionescu - Anomaliile dentare

1. După Dewey(citat de Boboc) putem întâlni următoarele tipuri de fren la pacienții cu diastemă:

a) fren lat- generează o diastemă cu laturi paralele

b) fren lat- generează o diastemă convergentă ocluzal

c) fren lat- generează o diastemă divergentă ocluzal

d) fren lat cu inserție înaltă- induce o diastemă convergentă ocluzal

e) fren lat cu inserție joasă- determină o diastemă divergentă spre ocluzal

Răspuns corect: ADE (Pag. 135). Ionescu - Anomaliile dentare

1. \*Diastema vera se transmite:

a) nu se transmite genetic

b) autozomal dominant regulat

c) autozomal dominant neregulat

d) este o mutație

e) transmitere ereditară de tip recesiv

Răspuns corect: E (pag. 135). Ionescu - Anomaliile dentare

1. Pentru diastemă, algoritmul de corecție al prodenției și totației:

a) prodenția 5-10 grade- se scade 0,5 mm

b) rotația între 0-45 grade- se scad 2 mm

c) prodeția peste 20 gade- se scade 1 mm

d) rotația între 0-45 grade- se scade 1 mm

e) prodenția 5-10 grade- se scade 1 mm

Răspuns corect: DE (pag. 136-137). Ionescu - Anomaliile dentare

1. Diagnosticul diferențiar al diastemei se face cu:

a) spațierile interdentare ca rezultat al dezvoltării exagerate a arcadelor

b) existența unui fren lat

c) diastema tranzitorie de erupție

d) spațierile după extracția unor dinți permanenți

e) diastemele fiziologice

Răspuns corect: ACDE (Pag. 137). Ionescu - Anomaliile dentare

1. Tratamentul diastemei este conditionat de:

a) spațiul interdentar este ocupat de un sept interdentar

b) spațiul interdentar este ocupat de țesut conjunctiv

c) frenul labial are o inserție joasă

d) papila interincisivă este hipertrofiată

e) sutura palatină este dilatată în partea frontală

Răspuns corect: BCDE (pag. 140). Ionescu - Anomaliile dentare

1. Majoritatea transpozițiilor:

a) sunt mai frecvente la sexul feminin

b) mai frecvente la maxilarul inferior

c) la maxilarul superior sunt mai frecvent implicați caninul și incisivul lateral

d) sunt unilaterale

e) sunt parțiale și pe partea stângă

Răspuns corect: ADE (Pag. 149-150). Ionescu - Anomaliile dentare

1. Pentru producerea tanspoziției concură următorii factori:

a) poziția intraosoază a germenilor dentari

b) cronologia dentară

c) lipsa spațiului

d) pierderea precoce a caninului de lapte

e) transmiterea ereditară

Răspuns corect: ABD (Pag. 150). Ionescu - Anomaliile dentare

1. Transpoziția completă canin-premolar I presupune:

a) tulburări ocluzale de tipul contactelor premature

b) tulburări de natură fizionomică

c) se efectuează slefuiri selective ale cuspidului palatinal al premolarului I

d) cosmetică de adiție la nivelul caninului

e) este un hadicap funcțional pentru premolarul I

Răspuns corect: ACE (Pag. 153-154). Ionescu - Anomaliile dentare

1. Aspectele clinice în transpoziția completă se referă la:
2. inversarea totală a doi dinți vecini și alinierea acestora în curbura normală a arcadei
3. poate determina apariția contactelor premature
4. poate îmbrăca aspecte particulare, atipice, interesând doar coroanele sau rădăcinile
5. această anomalie este vizibilă doar radiologic
6. transpoziția care interesează rădăcinile dentare se depistează prin examen clinic

R: AB (5, pag. 151). Ionescu - Anomaliile dentare

1. Tipurile funcționale masticatorii se referă la:
2. tipul masticator masseterin, la care cuspizi isunt proemninenți
3. tipul masticator masseterin, la care predomină mișcările verticale de
4. tipul de masticație pterigoidian, la care masticația este mai leneșă, nu foarte viguroasă
5. un tip morfofuncțional la care predomină mișcările orizontale
6. la tipul de masticațiemaseterin, aparatuldento-maxilar are o dezvoltarefoartebună

R: ABD (3, pag. 335). Boboc

1. Factorii generali cauzatori ai anodonțiilor sunt:
2. bolile infecto-contagioase ale mamei;
3. consumuliraționalșiabuziv de alcool sau de tutun de către gravida;
4. factorii teratogeni (radiații, medicamente)
5. procesele supurative periapicale ale dințilortemporari;
6. tumorile maxilarelor

Răspuns corect: ABC (5; pag. 22). Ionescu - Anomaliile dentare

1. \*Modificările faciale în anodonția întinsă se caracterizează prin:
2. profil convex;
3. etaj inferior mărit;
4. șanț labio-mentonier șters;
5. buzăsuperioară răsfrântă;
6. profil concav cu deplasarea punctului gnation anterior de planul Simon.

Răspuns corect: E (5; pag. 30-31) Ionescu - Anomaliile dentare

1. Principalele caracteristici ale meziodensului s-ar putea sintetiza astfel:
2. este biradicular și bicuspidat;
3. apare în regiunea retromolară;
4. erupe sau rămâne inclus în poziție normală sau inversată;
5. apare în regiunea premolară a maxilarului superior;
6. cel mai frecvent apare forma cvadruplă.

Răspuns corect: C (5; pag. 51) Ionescu - Anomaliile dentare

1. Următoarele afirmații sunt adevărate cu privire la „dens în dente” :
2. este o formațiune supranumerară care se dezvoltă în interiorul altui dinte;
3. interesează cu predilecție incisivul central superior;
4. examenul radiologic este obligatoriu;
5. apexul dinților invaginați rămâne de cele mai multe ori deschis;
6. examenul radiologic relevă prezența unei formațiuni dentoide radiotransparente în lumenul pulpar.

Răspuns corect: ACD( 5; pag. 56-57) Ionescu - Anomaliile dentare

1. Care din afirmațiile de mai jos sunt adevărate privind importanța clinică a dinților invaginați:
2. la locul invaginării nu apare cu ușurință caria;
3. complicațiile pulpare apar precoce prin comunicarea foramenului formațiunii invaginate cu țesutul pulpar;
4. complicațiile pulpare apar precoce prin deschiderea coarnelor pulpare laterale;
5. se pot dezvolta chisturi radiculare;
6. tratamentele endocanaliculare sunt sortite eșecului în majoritatea cazurilor.

Răspuns corect: BCDE (5; pag. 58) Ionescu - Anomaliile dentare

1. Dinții supranumerari se manifestă ca un fenomen izolat, dar pot fi și semnul unui sindrom polimalformativ, cum ar fi:
2. dispalzia ectodermală;
3. displazia cleido-craniană (sindromul Pierre Marie-Saiton);
4. sindromul Langdom-Down (trisomia 21);
5. sindromul Apert;
6. sindromul Gradner.

Răspuns corect: BCE (5; pag. 60-61) Ionescu - Anomaliile dentare

1. Incluzia dentară prezintă următoarele caracteristici:
2. este o anomalie dentară de poziție;
3. poartă denumirea și de retenție secundară;
4. predomină la sexul masculin (0, 51 % - Bishara);
5. la mandibulă este mai frecventă;
6. cel mai frecvent se întâlnește la dinții permanenți.

Răspuns corect: E (5; pag. 74-75) Ionescu - Anomaliile dentare

**PEDODONȚIE**

1. Enumerați stadiile morfologice prin care trece un dinte:
2. Cupă
3. Clopot
4. Cupolă
5. Mugure
6. Lamă dentinară

RĂSPUNS A,B,D 75 PAG 7-40, 9 pag 9

1. Care din următoarele afirmații sunt adevărate:
2. Semnele inițiale ale dezvoltării dentare apar în săptămâna a noua de viață intrauterină
3. Stomodeumul este căptușit cu epiteliu primitiv format din două straturi de celule
4. Formarea dentară (odontogeneza) începe în viața intrauterină și continuă postnatal
5. Debutul odontogenezei are loc în primele stadii ale dezvoltării cranio-faciale
6. Ectomezenchimul își are originea în creasta neuronală

RĂSPUNS B,C,D 75 PAG 7-40, 9 pag 8-9

1. \*Stadiul de mugure:
2. Constituie stadiul de mijloc al dezvoltării dentare
3. Reprezintă prima ”incursiune” epitelială în ectomezenchim
4. Forma mugurelui se schimbă căpătând aspect de clopot
5. Începe procesul de histodiferențiere
6. Mugurii molarilor permanenți se formează din extensia mezială a lamei dentare

RĂSPUNS B, 75 PAG 7-40, 9 pag 12

1. După ORBAN dintele va parcurge următoarele stadii ale vieții dentare ciclice:
2. Creșterea
3. Calcifierea
4. Erupția
5. Pierderea de pe arcadă
6. Atriția

RĂSPUNS A,B,C,E 75 PAG 7-40, 9 pag 8

1. În cursul fazei de histodiferențiere:
2. Bucla cervicală va juca un rol important în formarea tecii lui Hertwing
3. Organul smalțului este separat de ectomezenchimul înconjurător de membrana dentară
4. În concavitatea organului dentar este înglobată papila dentară
5. Papila dentară este formată din celule ectomezenchimale diferențiate și fibre de colagen
6. Spre deosebire de papila dentară, sacul dentar conțin o cantitate mai mare de fibrile de colagen

RĂSPUNS A,C,E 75 PAG 7-40, 9 pag 14,15,16

1. În cursul fazei de morfodiferențiere:
2. Începe în stadiul avansat de clopot
3. Are loc în urma interacțiunii între ectomezenchimul papilei dentare și epiteliul dentar intern
4. Începe spre sfârșitul stadiului de cupă
5. Începe în anumite zone, dictate genetic și care reprezintă centrii de creștere specifici fiecărui tip de dinte
6. Încetează diviziunea celulară și începe diferențierea în vederea producerii smalțului

RĂSPUNS A,B,D,E 75 PAG 7-40, 9 pag 16-17

1. Amelogeneza:
2. Se desfășoară în trei etape
3. Secreția matricei smalțului este un proces care constă în apoziția matricei organice
4. Amelogeninele sunt hidrofobe și au un conținut bogat în metionină, leucină și prolină
5. În matricea organică se depun cristale lungi,plate și subțiri de hidroxi-, fluoro- sau carbonatapatită
6. Matricea organică a smalțului conține Na, proteine si K

RĂSPUNS B,C,D 75 PAG 7-40, 9 pag 22

1. ”Ciclul de viață” al ameloblastelor parcurge mai multe stadii. Acestea sunt:
2. Stadiul morfodiferențiar
3. Stadiul histogenetic
4. Stadiul de formare (secretor)
5. Stadiul de maturare
6. Stadiul de protecție

RĂSPUNS C,D,E 75 PAG 7-40, 9 pag 24

1. Dentinogeneza:
2. Se realizează în două faze
3. Începe când viitorul dinte se află în stadiul avansat de clopot
4. Odontoblastul nu secretă matricea organică a dentinei
5. Se presupune ca proteinele matriceale joacă un rol în transformarea predentinei în dentină
6. Între proteinele necolagenice ale matricei dentinare se întâlnesc și osteocalcina și osteonectina

RĂSPUNSA,B,D,E 75 PAG 7-40, 9 pag 28-29

1. Care din următoarele afirmații cu privire la formarea rădăcinii dinților temporari dunt adevărate:
2. Formarea rădăcinei este dependentă de interacțiunea dintre structurile epiteliale și cele ectomezenchimale
3. Un rol important îi revine tecii lui HERTWING
4. Procesul de formare a rădăcinei și structurilor sale de suport are loc treptat
5. Când începe cementogeneza primară, fibroblestele nediferențiate nu produc fibrile de colagen, ci produc fibrile proteice
6. Teaca HERTWING i se descriu două zone:diafragmul epitelial și teaca propriu zisă

RĂSPUNS A,B,C,E 75 PAG 7-40, 9 pag 34-36

1. \*Semnele inițiale ale dezvoltării dentare apar în :
2. În săptămâna a opta de viață intrauterină
3. În săptămâma a șaptea de viață intrauterină
4. La naștere
5. La șase luni de la naștere
6. În săptămâna a șasea de viață intrauterină

RĂSPUNS E 75 PAG 7-40, 9 pag 9

1. \*Molarii secunzi își încep formarea în :
2. În jurul luni a 4-a intrauterină
3. În săptămâna a 6-a intrauterină
4. În primul an de viață
5. La vârsta de 4-5 ani
6. La naștere

RĂSPUNS C 75 PAG 7-40, 9 pag 12

1. Proteinele existente în matricea organică a smalțului sunt:
2. Enamelinele
3. Fosfoproteinele
4. Glicoproteinele
5. Sialoproteinele
6. Amelogeninele

RĂSPUNS A,E 75 PAG 7-40, 9 pag 22

1. Cu privire la formarea dentinei sunt adevărate următoarele afirmații:
2. Se formează întâi dentina coronară apoi cea radiculară
3. Se formează întâi dentina radiculară apoi cea coronară
4. Formarea dentinei primare fiziologice continuă odată cu intrarea dintelui în activitate
5. Dentina terțiară se produce ca modalitate de apărare
6. Se formează în același timp dentina coronară și radiculară

RĂSPUNS A,D 75 PAG 7-40, 9 pag 33

1. Formarea dentinei
2. Este mai lentă la nivel coronar
3. Este mai rapid la nivel radicular
4. Ritmul depunerii dentinare variază la același dinte
5. Ritmul depunerii dentinare variază între diferiți dinți
6. Ritmul depunerii dentinare nu variază

RĂSPUNS C,D 75 PAG 7-40, 9 pag 34

1. Organul dentar va interveni în:
2. Determinarea tiparului coronar
3. Inițierea dentinogenezei coronare și radiculare
4. Initierea amelogenezei coronare și radiculare
5. Formarea smalțului
6. Formarea joncțiunii amelo-dentinare

RĂSPUNS A,B,D 75 PAG 7-40, 9 pag 13-14

1. \*Activitatea laminei dentare se întinde:
2. De la 6 luni la 5 ani
3. De la naștere
4. Până la vârsta de 12 ani
5. Din săptamâna a 6-a intrauterină până în jurul vârstei de 5 ani
6. Din săptamâna a 4-a intrauterină până în jurul vârstei de 5 ani

RĂSPUNS D 75 PAG 7-40, 9 pag 12

1. Fragmentarea lamei dentare:
2. Se fragmentează mai întai prin invazie mezenchimală
3. În final există o legătură între epiteliul mucoasei orale și germenele dintelui temporar
4. În urma fragmentării rămân mici insule de celule epiteliale
5. Resturile epiteliale în anumite condiții dau naștere unor chisturi paradentare
6. Începe în stadiul avansat de clopot

RĂSPUNS A,C,D 75 PAG 7-40, 9 pag 16

1. Formarea și mineralizarea matricelor organice ale smalțului și dentinei prezintă câteva caracteristici:
2. Procesul se desfășoară gradat și progresiv
3. Începe în zona vârfurilor cuspizilor sau marginilor incizale
4. Sensul de apoziție este centrifug pentru dentină și centripet pentru smalț
5. Sensul de apoziție este centripet pentru dentină și centrifug pentru smalț
6. Începe în zona coletului

RĂSPUNS A,B,D 75 PAG 7-40, 9 pag 19

1. Linia neonatală:
2. Delimitează structurile formate extrauterin
3. Se întâlnește la toți dinții a căror mineralizare coronară începe în viața intrauterină
4. Arată cât din coroană nu este mineralizată
5. Linia neonatală trece prin vârful cuspizilor molarului de 6 ani
6. Viteza de formare este de 2 µm

RĂSPUNS B,D 75 PAG 7-40, 9 pag 28

1. Stadiile morfologice ale dintelui sunt:
2. Stadiul coronar
3. Histodiferențierea
4. Stadiul de cupă
5. Stadiul de mugure
6. Morfodiferențierea

RĂSPUNS A,C,D 75 PAG 7-40, 9 pag.9

1. Spre sfârșitul stadiului de cupă se pot deosebi:
2. Sacul dentar
3. Organul smalțului
4. Vestibulul bucal
5. Papila dentară
6. Benzile epiteliale

RĂSPUNS A,B,D 75 PAG 7-40, 9 pag.13-14

1. Formarea matricilor organice ale smalțului și dentinei și apoi mineralizarea lor, prezintă câteva caracteristici:
2. Celulele responsabile sunt odontoblastele și ameloblastele
3. Procesul se desfășoară gradat
4. Sensul de apoziție este centrifug pentru dentină
5. Sensul de apoziție este centripet pentru dentină
6. Sensul de apoziție este centripet pentru smalț

RĂSPUNS A,B,D 75 PAG 7-40, 9 pag.19

1. Alternanța ritmului de apoziție este evidentă prin

existența liniilor de creștere:

1. Epiteliul adamantin intern
2. Retzius
3. Hertwig
4. Owen
5. Malassez

RĂSPUNS B,D 75 PAG 7-40, 9 pag. 19-20

1. \*Întreaga dentiție temporară este "inițiată":
2. În săptămâna a șaptea de viață
3. Între săptămâna a 6-a și a 8-a de viață intrauterină
4. În luna a 5-a de viață intrauterină
5. La naștere
6. În luna a 6-a și a 8-a a dezvoltării embrionare

RĂSPUNS B 75 PAG 7-40, 9 pag.10

1. \*Premolarii și incisivii centrali permanenți își încep formarea:
2. Incisivii în luna a 4-a de viață intrauterină și premolarii în prima lună
3. În săptămâna a 6-a (incisivii) și a 8-a (premolarii) intrauterin
4. Procesul începe în luna a 5-a de viată intrauterină (incisivii0 și se încheie postnatal, în luna a 10-a (premolarii)
5. La vârsta de 4-5 ani
6. La naștere

RĂSPUNS C 75 PAG 7-40, 9 pag.10

1. Culoarea dinților temporari:
2. Este mai închisă decât a dinților permanenți
3. Este alb-alburie
4. Este mai deschisă decât a dinților permanenți
5. Este alb-gălbuie
6. Este alb-albăstruie

RĂSPUNS B,C,E 76 PAG 117-148, 9 pag. 120

1. Rădăcinile dinților temporari:
2. Sunt mai scurte decât coroanele
3. Sunt mai lungi decât coroanele
4. Sunt uneori de două ori mai scurte decât coroanele
5. Sunt uneori de două mai lungi decât coroanele
6. Nu sunt niciodată de două ori mai lungi decât coroanele

RĂSPUNS B,D 76 PAG 117-148, 9 pag. 120

1. Incisivii temporari:
2. Au marginea incizală netedă
3. Prezintă lobi de creștere
4. Prezintă o proeminență cervicală doar pe fața vestibulară
5. Prezintă o proeminență cervicală pe fața vestibulară și orală
6. Camera pulpară are formă de evantai

RĂSPUNS A,E 76 PAG 117-148, 9 pag. 122

1. Camera pulpară a incisivilor temporari:
2. Are formă de evantai
3. Are pulpa foarte aproape de suprafață
4. Are pulpa expusă ușor deschiderii chiar în timpul preparării unei simple cavități
5. Are formă de patrulater
6. Are pulpa la distanță de suprafață

RĂSPUNS A,B,C 76 PAG 117-148, 9 pag. 122

1. Incisivul central superior:
2. Are coroana asemănătoare cu omologul permanent
3. Are coroana diferită față de omologul permanent
4. Are coroana mai globuloasă față de omologul permanent
5. Are coroana mai mare decât omologul permanent
6. Este singurul dinte din dentiția umană care are diametrul mezio-distal coronar mai mic ca cel cervico-incizal

RĂSPUNS A,C 76 PAG 117-148, 9 pag. 122

1. Incisivul central superior:
2. Suprafața vestibulară prezintă șanțuri sau depresiuni
3. Între cele două unghiuri incizale nu există o diferență evidentă
4. Între cele două unghiuri incizale există o diferență evidentă
5. Unghiul mezio-incizal este rotunjit
6. Suprafața vestibulară nu prezintă șanțuri sau depresiuni

RĂSPUNS C,E 76 PAG 117-148, 9 pag. 122

1. Rădăcina incisivului central superior:
2. Este lungă
3. Este ușor turtită doar pe suprafața vestibulară
4. Este ușor turtită pe suprafața vestibulară și orală
5. Este efilată spre regiunea apicală
6. Este scurtă

RĂSPUNS A,C,D 76 PAG 117-148, 9 pag. 122

1. Incisivul lateral superior:
2. Are formă diferită de cea a incisivului central superior
3. Are o formă asemănătoare cu a incisivului central superior
4. Coroana este mai mică decât a incisivului central superior
5. Coroana este mai lată decât a incisivului central superior
6. Coroana este mai îngustă decât a incisivului central superior

RĂSPUNS B,C,E 76 PAG 117-148, 9 pag. 123

1. Cel mai mic dinte din dentiția temporară este:
2. Incisivul central superior
3. Incisivul central inferior
4. incisivul lateral inferior
5. Incisivul lateral superior
6. Caninul inferior

RĂSPUNS B 76 PAG 117-148, 9 pag. 124

1. Incisivul central inferior:
2. Are coroana cu aspect simetric
3. Este cel mai mare dinte din dentiția temporară
4. Este cel mai mic dinte din dentiția temporară
5. Pe suprafața orală prezintă un cingulum bine dezvoltat
6. Pe fața orală prezintă un cingulum slab dezvoltat

RĂSPUNS A,C,D 76 PAG 117-148, 9 pag.124

1. Molarii temporari:
2. Prezintă convergență spre ocluzal a suprafețelor vestibulare și orale plate
3. Prezintă convergență spre cervical a suprafețelor vestibulare și orale plate
4. Prezintă divergență spre ocluzal a suprafețelor vestibulare și orale plate
5. Prezintă contact strâns între molari, realizat prin suprafețe de contact întinse și rotunjite
6. Prezintă camera pulpară îngustă în raport cu dimensiunea externă a camerei

RĂSPUNS A, 76 PAG 117-148, 9 pag.128

1. Primul molar superior:
2. Prezintă cuspizi inegali ca dimensiune
3. Prezintă cuspizi egali ca dimensiune
4. Cel mai mare și mai ascuțit cuspid fiind cuspidul mezio-palatinal
5. Cel mai mare și mai ascuțit cuspid fiind cuspidul disto-vestibular
6. Cel mai mic și mai rotund cuspid fiind cuspidul disto-vestibular

RĂSPUNS A,C 76 PAG 117-148, 9 pag.128

1. "Secțiunea premolară" în dentiția temporară este reprezentată de:
2. Primul molar inferior
3. Primul molar superior
4. Al doilea molar superior
5. Al doilea molar inferior
6. Caninii superiori

RĂSPUNS B 76 PAG 117-148, 9 pag.C

1. Al doilea molar superior:
2. Prezintă tuberculul Carabelli pe suprafața vestibulară
3. Prezintă tuberculul Carabelli pe suprafața palatinală a cuspidului disto-palatinal
4. Prezintă tuberculul Carabelli pe suprafața palatinală a cuspidului mezio-palatinal
5. Are trei rădăcini, dispuse ca la dintele permanent (una palatinal, două vestibulare)
6. Rădăcinile sunt mai subțiri și mai divergente decât ale primului molar permanent maxilar

RĂSPUNS C,D 76 PAG 117-148, 9 pag. 131

1. \* Cel mai mare și mai apropiat de suprafață corn pulpar al molarului doi superior este:
2. Cornul mezio-distal
3. Cornul mezio-palatinal
4. Cornul disto-vestibular
5. Cornul centro-vestibular
6. Cornul mezio-vestibular

RĂSPUNS E 76 PAG 117-148, 9 pag. 131

1. Primul molar inferior prezintă:
2. Constricție cervicală vestibulară mai importantă
3. Suprafață distală mult mai lată decât cea mezială
4. Suprafața mezială mult mai lată decât cea distală
5. Suprafață ocluzală mult mai îngustă în sens vestibulo-oral
6. Suprafața ocluzală mult mai lată în sens vestibulo-oral

RĂSPUNS A,C,D 76 PAG 117-148, 9 pag. 132

62. Rădăcinile primului molar inferior:

1. Sunt în număr de trei
2. Sunt în număr de două
3. Sunt una mezială și una distală
4. Sunt una linguală și una vestibulară
5. Sunt inegale ca dimensiune

RĂSPUNS B,C,E 76 PAG 117-148, 9 pag.133

1. Rădăcina mezială a primului molar inferior:
2. Este dreaptă
3. Este curbă
4. Are pereții paraleli, cam pe jumătate din lungime
5. Se subțiază ușor în treimea apicală
6. Se îngroașă în treimea apicală

RĂSPUNS A,C,D 76 PAG 117-148, 9 pag.133

1. Al doilea molar inferior:
2. Seamănă cu primul molar permanent superior
3. Seamănă cu primul molar permanent mandibular
4. Nu seamănă cu primul molar permanent mandibular
5. Prezintă aceeași dispoziție a cuspizilor ca și primul molar mandibular
6. Prezintă acceași dispoziție a rădăcinilor ca și primul molar mandibular

RĂSPUNS B,D,E 76 PAG 117-148, 9 pag.133

1. Caracteristicile celui de-al doilea molar inferior:
2. Prezintă proeminență cervicală vestibulară
3. Prezintă proeminență ocluzală vestibulară
4. Prezintă convergență ocluzală a suprafeței vestibulare
5. Prezintă conturul ocluzal dreptunghiular mai regulat, cu diametrul mezio-distal mai mare decât cel vestibulo-oral
6. Prezintă conturul ocluzal triunghiular mai regulat cu diametrul mezio-distal mai mic decât cel vestibulo-oral

RĂSPUNS A,C,D 76 PAG 117-148, 9 pag. 133

1. Dentiția umană temporară cuprinde , în mod normal:
2. 32 de dinți
3. 20 de dinți
4. 20 de dinți maxilari
5. 20 de dinți mandibulari
6. 5 pe fiecare arcadă

RĂSPUNS B, E , 76 PAG 117-148, 9 pag 118

1. În sistemul internațional de numerotare a dinților , prima cifră precizează:
2. Tipul de dentiție
3. Hemiarcada
4. Dintele
5. Maxilarul
6. Cadranul

RĂSPUNS A, B, E 76 PAG 117-148, 9 pag 119

1. Referitor la culoarea dinților temporari sunt adevărate următoarele afirmații:
2. Culoarea dinților temporari este mai deschisă decât a dinților permanenți
3. Smalțul este mai alb și mai transparent decât smalțul dinților permanenți
4. Culoarea dinților temporari este mai închisă
5. Smalțul este mai alb și mai opac decât smalțul dinților permanenți
6. Are o culoare alb-alburie, alb-albăstruie

RĂSPUNS A, D, E 76 PAG 117-148, 9 pag 120

1. Care din următoarele afirmații sunt false:
2. Coroanele dinților temporari sunt mai scurte
3. Coroanele dinților temporari sunt mai late
4. Rădăcinile dinților temporari sunt scurte și groase
5. Camera pulpară este mai voluminoasă la dinții temporari
6. Coarnele pulpare sunt mai late și plate la nivelul dinților temporari

RĂSPUNS B, C, E 76 PAG 117-148, 9 pag 121

1. Referitor la rădăcinile dinților temporari
2. Sunt scurte și subțiri
3. Rădăcinile molarilor temporari sunt mult mai evazate decât rădăcinile dinților permanenți
4. Se desprind aproape direct din baza coroanei
5. Vârfurile acestor rădăcini foarte divergente converg în regiunea apicală
6. Prezintă un trunchi radicular comun

RĂSPUNS B, C D 76 PAG 117-148, 9 pag 121

1. Care sunt perioadele pe care le parcurge un dinte temporar de la apariția în cavitatea bucală până la exfoliere:
2. Formare
3. Imaturitate
4. Maturitate
5. Resorbție
6. Rezoluție

RĂSPUNS A, B, C, D 76 PAG 117-148, 9 pag 146

1. Perioada de formare a dintelui temporar:
2. Durează un an
3. Pulpa dintelui temporar se caracterizează prin vascularizație și potențial celular important care fac posibile reparațiile
4. Cuprinde intervalul de la închiderea apexului până la resorbție
5. Dintele fiind instabil în această perioadă apar modificări tisulare
6. Durează de la erupție până la închiderea apexului

RĂSPUNS B,E 76 PAG 117-148, 9 pag 146

1. Perioada de eliminare a unui dinte temporar:
2. Se instalează o data cu începutul rizalizei
3. Se întinde până la exfolierea dintelui de pe arcadă
4. Are o durată de 5-6 ani
5. Apar modificări tisulare
6. Țesutul pulpar este înlocuit cu țesut de granulație bogat vascularizat care mai este capabil să răspundă agresiunilor printr-o apărare activă

RĂSPUNS A,B,D 76 PAG 117-148, 9 pag 147

1. Resorbția fiziologică a dinților temporari:
2. Este un fenomen biologic care constă în lățirea rădăcinii
3. Debutul resorbției rădăcinii dintelui temporar coincide cu debutul mișcării eruptive a dintelui permanent
4. Are loc cu 3-4 ani înainte de înlocuire sau cu 1-2 după terminarea formării rădăcinii dintelui temporar
5. Începe la vârsta de 6 ani pentru incisivi și 4-5 ani pentru molari
6. Începe la vârsta de 8 ani pentru caninii superiori și 6 ani pentru caninii inferiori

RĂSPUNS B,C,E 76 PAG 117-148, 9 pag 139

1. \* Rădăcinile dinților temporari prezintă următoarele caracteristici:
2. Sunt scurte și groase
3. Sunt mai subțiri în porțiunea apicală și mai groase la colet
4. Vârfurile rădăcinii foarte divergente converg în regiunea apicală
5. Coarnele mezio-palatinale sunt mai aproape de suprafață
6. Toți dinții temporari prezintă rădăcini turtite și ovalare

RĂSPUNS C 76 PAG 117-148, 9 pag 121

1. Caracteristicile morfologice ale incisivilor temporari sunt:
2. Mai mici și mai globuloși
3. Marginea incizală prezintă lobului de creștere
4. Existența unui cingulum pe fața orală
5. Existența de cele mai multe ori a unui singur canal radicular
6. Existența unui cingulum pe fața vestibulară

RĂSPUNS A,C,D 76 PAG 117-148, 9 pag 122

1. Camera pulpară a dinților temporari prezintă următoarele caracteristici:
2. Este mai puțin voluminoasă decât a omologilor permanenți
3. Coarnele pulpare urmăresc îndeaproape morfologia exterioară a dintelui
4. Coarnele pulpare sunt situate mai aproape de suprafață
5. Coarnele pulpare sunt mai scurte decât ar sugera forma cuspizilor
6. Camera pulpară este mai puțin voluminoasă deoarece pereții dentinari sunt mai groși

RĂSPUNS B,C 76 PAG 117-148, 9 pag 121

1. Care dinn următoarele afirmații sunt adevărate referitor la morfologia dinților temporari:
2. Culoarea este mai închisă(alb-cenușiu)
3. Smalțul este mai alb și mai opac
4. Rădăcinile dinților temporari sunt mai lungi decât coroanele
5. La dinții frontali coroanele prezintă câte o creastă cervicală
6. Rădăcinile sunt scurte și groase

RĂSPUNS B,C,D 76 PAG 117-148, 9 pag 120-121

1. Incisivul central superior
2. Fată de axul lung al coroanei rădăcina este înclinată ușor spre mezial și oral
3. Este singurul dinte care are diametrul meziodistal coronar mai mare sau egal cu cel cervico-incizal
4. Coroana bomabată spre incizal
5. Unghiul mezio-incizal este rotunjit și cel disto-incizal ascuțit
6. Rădăcina lungă, ușor turtită pe suprafața vestibulară și orală

RĂSPUNS B,E 76 PAG 117-148, 9 pag 122

1. Incisivul lateral superior:
2. Are coroana mai mică și mai îngustă
3. Prezintă foramen coecum
4. În sistem internațional se notează (52,62)
5. Cingulum-ul palatinal mai puțin proeminent
6. Are formă asemănătoare cu cea a incisivului central inferior

RĂSPUNS A,C,D 76 PAG 117-148, 9 pag 123

1. În funcție de influența substratului nutritiv, microflora rezidentă va avea rol:
2. Saprofit
3. Patogen
4. De creștere
5. De dezvoltare
6. Nu are niciun rol

RĂSPUNS A,B 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10 pag.53

1. Efectul protector al laptelui se datorează conținutului mare de:
2. Calciu
3. Fosfat
4. Magneziu
5. Zinc
6. Carbohidrați

RĂSPUNS A,B 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10 pag.54

1. Între obiceiurile incorecte de hrănire a copilului mic se enumeră:
2. Prelungirea suptului la sân peste vârsta recomandată
3. Aport de lipide cu ajutorul suzetelor
4. Aport de glucide cu ajutorul suzetelor
5. Lichidele administrate având o concentrație crescută de glucide fermentabile
6. Întreruperea suptului la sân

RĂSPUNS A,C,D 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10 pag.56

1. Distrucția smalțului se produce:
2. Mai întâi la nivelul suprafețelor de smalț mai groase
3. Mai întâi la nivelul suprafețelor de smalț mai subțiri
4. Apoi la nivelul șanțurilor
5. Apoi la nivelul suprafețelor de smalț
6. Concomitent pe toate suprafețele

RĂSPUNS B,C 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10 pag. 56

1. În caria de biberon leziunile pot avea:
2. Un caracter simetric, atunci când copilul stă în decubit dorsal
3. Un caracter asimetric, atunci când copilul stă în decubit lateral
4. Un caracter asimetric, atunci când copilul stă în decubit lateral
5. Un caracter asimetric, atunci când copilul stă în decubit dorsal
6. Un caracter asimetric, atunci când copilul stă în ortostatism

RĂSPUNS A,C 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10 pag. 57

1. În caria de biberon:
2. Primele semne ale îmbolnăvirii apar în jurul vârstei de 20-22 de luni
3. La nivelul incisivilor mandibulari
4. La nivelul incisivilor maxilari
5. La nivelul molarilor mandibulari
6. La nivelul molarilor maxilari

RĂSPUNS A,C 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10 pag. 59

1. În caria de biberon:
2. Ordinea de apariția a cariilor nu respectă ordinea de erupție
3. Ordinea de apariție a cariilor respectă ordinea de erupție
4. În final sunt afectați molarii secunzi
5. În final sunt afectați incisivii superiori
6. Caninii nu sunt niciodată afectați

RĂSPUNS B,C 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10 pag. 60

1. \*Elementul de diagnostic diferențial al cariei de biberon cu caria rampantă este:
2. Afectarea incisivilor inferiori
3. Afectarea incisivilor superiori
4. Neafectarea incisivilor inferiori
5. Neafectarea primului molar inferior
6. Neafectarea caninilor superiori

RĂSPUNS C 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10 pag. 60

1. În caria de biberon incisivii inferiori nu sunt afectați datorită:
2. Protecției oferită de părțile dure
3. Protecției oferită de părțile moi
4. Protecției oferită de vecinătatea orificiilor glandelor parotide
5. Protecției oferită de vecinătatea orificiilor glandelor submandibulare
6. Protecției oferită de vecinătatea orificiilor glandelor sublinguale

RĂSPUNS B,D,E 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10 pag. 60

1. După MILNES, severitatea leziunilor din caria de biberon variază în funcție de:
2. Vârsta copilului
3. Tipul de alimentație
4. Modului de alimentație
5. Tipul hidraților de carbon conținuți în lichid
6. Greutatea copilului

RĂSPUNS A,B,C,D 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10 pag.62

1. Diagnosticul diferențial al cariei de biberon se face cu:
2. Caria grefată pe hiperplazia smalțului
3. Caria grefată pe hipoplazia smalțului
4. Caria grefată pe hipoplazia dentinară
5. Caria rampantă
6. Caria grefată pe hipoplazia cementului

RĂSPUNS B,D 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10 pag.63

1. Tratamentul curativ al cariei de biberon constă în:
2. Suprimarea obiceiului incorect de hrănire
3. Corectarea obiceiurilor de îngrijire a copilului
4. Instituirea unei igiene orale corecte
5. Suprimarea obiceiului incorect de liniștire a copilului
6. Necorectarea obiceiului de hrănire a copilului

RĂSPUNS A,B,C,D 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10 pag.65

1. După MASSLER, caria rampantă este:
2. Un tip de carie cu debut brusc
3. Un tip de carie cu debut lent
4. Un tip de carie cu răspândire mare
5. Un tip de carie răspândit puțin
6. Un tip de carie cu interesare pulpară precoce

RĂSPUNS A,C,E 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10 pag.67

1. Disfuncția salivară este generată de:
2. Tulburări emoționale
3. Tulburări psihice
4. Miastenia gravis
5. Deficiențe ale vitaminei C
6. Iradierea trunchiului

RĂSPUNS A,B,C 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10 pag.67

1. \*Disfuncția salivară este generată de deficiența vitaminei:
2. C
3. D
4. B
5. PP
6. A

RĂSPUNS C 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10 pag.67

1. \*În pulpotomia cu sulfat feric, după hemostază, peste plaga pulpară (orificiul canalelor radiculare) se aplică o buletă umectată în soluție de sulfat feric 15,5% pentru o perioadă de timp de:
2. 10 minute
3. 10-15 secunde
4. 5 secunde
5. 30 secunde
6. 5 minute

RĂSPUNS B 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10 pag.137

1. \*Caria grefată pe hipoplazia smalțului prezintă următoarele particularități:
2. Leziunile hipoplazice nu respectă tiparul de formare al smalțului
3. De obicei leziunile hipoplazice sunt asimetrice
4. Leziunile hipoplazice sunt paralele cu marginea incizală/suprafața ocluzală
5. Se întâlnesc mai frecvent la incisivii laterali
6. Cu cât defectul hipoplazic se produce mai aproape de perioada de debut a formării smalțului, cu atât el este localizat mai aproape de coletul dintelui

RĂSPUNS C 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10 pag. 70

1. \*Formele acute de carie a dinților temporari se caracterizează prin:
2. Au viteză mare de propagare, în circa 2 luni pot ajunge la nivelul camerei pulpare
3. Debutează printr-o poartă largă de intrare
4. Frecvente după vârsta de 8 ani
5. Inițial au deschidere limitată în smalț
6. Interesarea dentinei este redusă

RĂSPUNS A 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10 pag. 45

1. \*Diagnosticul diferențial al cariei de biberon se face cu:
2. Cariile grefate pe hipoplazii de smalț
3. Cariile dezvoltate la copiii cu despicături labio-maxilo-palatine
4. Cariile de pe suprafețele proximale
5. Cariile din șanțuri și fosete
6. Cariile cronice

RĂSPUNS A 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10 pag. 63

1. \* Semnele inițiale ale devoltării dentare apar:
2. În săptămâna a șasea de viață extrauterină
3. În săptămâna a șasea de viață intrauterină
4. În săptămâna a treia de viață intrauterină
5. În luna a șasea de viață intrauterină
6. În luna a treia de viață intrauterină

RĂSPUNS B, 75 PAG 7-40, 9 pag. 9

1. \* Primii muguri apar:
2. În regiunea anterioară a mandibule
3. În regiunea anterioară a maxilarului
4. În regiunea posterioară a mandibulei
5. În regiunea posterioară a maxilarului
6. Se formează în stadiul de cupă

RĂSPUNS A, 75 PAG 7-40, 9 pag. 10

1. AAPD recomandă folosirea aceleași denumiri când indicele "dmf-s" are valorile următoare:
   1. ≥ 4 la vârsta de 3 ani
   2. ≤ 4 la vârsta de 3 ani
   3. ≥ 5 la vârsta de 5 ani
   4. ≥ 5 la vârsta de 4 ani
   5. ≥ 6 la vârsta de 5 ani

RĂSPUNS A,D,E 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10 pag.46

1. Caria de pe suprafețele netede:
2. Localizarea cea mai frecventă este reprezentată de suprafețele aproximale
3. Localizarea cea mai frecventă este reprezentată de suprafața ocluzală
4. Oricare dintre suprafețele netede poate constitui un potențial loc pentru apariția cariei
5. Niciodată caria nu se poate grefa pe suprafața orală a molarilor inferiori
6. La copii cu igienă orală slabă caria se poate grefa pe suprafața orală a molarilor inferiori

RĂSPUNS A,C,E 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10 pag.46

1. Caria localizată în treimea de colet:
2. Devine frecventă în cazul formelor particulare de carie
3. Lipsește în cazul formelor particulare de carie
4. În tiparele obișnuite de carie, localizarea vestibulară și/sau orală în treimea de colet se întâlnește mai rar
5. Această localizare este obișnuită copiilor cu igienă orală nesatisfăcătoare
6. Sunt singurele leziuni care pot fi prevenite numai prin periaj dentar

RĂSPUNS A,C,D,E 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10 pag.48

1. Caria de biberon:
2. Este formă particulară de carie
3. Reprezintă o formă severă de carie precoce a dinților temporari
4. Reprezintă o formă severă de carie precoce a dinților permanenți
5. A fost descrisă pentru prima dată în anul 1862
6. Primele semne de îmbolnăvire apar la vârste foarte mici

RĂSPUNS A,B,D,E 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10 pag.49

1. La dinţii temporari, coafajul direct se indică:
2. la dinţii cu camera pulpară deschisă prin proces carios
3. în caria simplă profundă, la deschiderea pur mecanică a camerei pulpare în cursul pregătirii cavităţii
4. într-un proces carios profund fără deschiderea camerei pulpare
5. în traumatisme coronare vechi
6. în pulpita cronică închisă

RĂSPUNS B 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10 pag. 129

1. Printre complicaţiile specifice gangrenei dinţilor temporari se numără:
2. parodontita apicală cronică
3. granulomul periapical
4. c .chistul periapical
5. modificarea tiparului şi vitezei de rezorbţie radiculară
6. infecţia de focar

RĂSPUNS: D 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157,10 pag. 115

1. Unul din următoarele semne ajută la stabilirea diagnosticului de gangrenă simplă totală a dinţilor temporari:
2. a. percuţie în ax pozitivă
3. b. teste de vitalitate pozitive
4. c. absenţa sensibilităţii şi sângerării la palpare cu sonda
5. d .prezenţa modificărilor radiologice periapicale
6. e. prezenţa durerii

RĂSPUNS C 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10 pag. 117

1. După L. Zarnea, în funcţie de structurile dure interesate şi de profunzimea afectării, se descriu următoarele tipuri de carie:
   1. carii superficiale localizate în smalţ şi doar limitat în dentină
   2. carii profunde localizate în smalţ şi doar limitat în dentină,
   3. carii superficiale localizate în smalţ şi dentină cu menţinerea unui strat subţire, dur, de dentină care le separă de camera pulpară
   4. carii superficiale localizate în cement şi doar limitat în dentină
   5. carii profunde localizate în smalţ şi dentină cu menţinerea unui strat subţire, dur, de dentină care le separă de camera pulpară.

RĂSPUNS A,E. 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10 pag. 44

1. După Johnsen D.S., printre formele particulare de carie, caracteristice copiilor preşcolari sunt incluse următoarele:
2. a cariile galopante
3. b cariile de biberon
4. c cariile localizate în treimea de colet
5. d cariile grefate pe hipoplaziile de smalţ
6. e cariile dezvoltate la copiii cu despicături labio-palatine

RĂSPUNS A,B,D,E 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10, pag. 45

1. La copii, caria din şanţuri şi fosete prezintă următoarele caracteristici:
2. se dezvoltă la nivelul molarilor temporari pe suprafeţele aproximale
3. se dezvoltă în şanţurile şi fosetele vestibulare sau orale ale molarilor doi temporari
4. la copiii cu tipare obişnuite de carie reprezintă localizarea de elecţie până la vârsta de 4-5 ani
5. se dezvoltă la nivelul molarilor temporari pe suprafaţa lor ocluzală
6. la copiii cu tipare obişnuite de carie reprezintă localizarea de elecţie până la vârsta de 2 ani

RĂSPUNS B,C,D 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10 pag. 46

1. Caria de biberon este o formă particulară de carie a dinţilor temporari, ce prezintă următoarele caracteristici:
   1. se localizează, în general, la nivelul şanţurilor şi fosetelor ocluzale ale molarilor temporari
   2. se localizează de regulă, pe suprafeţele netede vestibulare şi orale ale dinţilor temporari
   3. dacă nu se îndepărtează factorii cauzali, se poate extinde la toţi dinţii temporari erupţi pe arcade, chiar şi la nivelul grupului frontal inferior
   4. dacă nu se îndepărtează factorii cauzali, se poate extinde la toţi dinţii temporari erupţi pe arcade, dar cu respectarea grupului frontal inferior
   5. primele semne de afectare dentară apar la vârste foarte mici, la scurt timp după erupţia dentară

RĂSPUNS B,D,E 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10, pag. 49

1. Principalii factori etiologici implicaţi în apariţia pulpitei şi gangrenei pulpare la copii sunt:
   1. rizaliza
   2. traumatismele dentare
   3. flora microbiană patogenă
   4. diferiţi factori iatrogeni
   5. calitatea structurilor dure dentare

RĂSPUNS B,C,D 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10, pag. 101

1. După Cohen şi Massler, în cazul cariei dentare, răspunsul complexului pulpo-dentinar al dinţilor temporari include următoarele:
2. reducerea numărului şi dimensiunii odontoblaştilor, cu modificarea formei acestora
3. formarea dentinei de reparaţia
4. creşterea numărului şi dimensiunii odontoblaştilor, cu modificarea formei acestora
5. invazia de capilare sub cariile mai profunde
6. invazia de celule rotunde în zona liberă celulară a lui Weil

RĂSPUNS A,B,D,E 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10, pag. 101

1. La dinţii temporari, pulpotomia se indică în următoarele situaţii:
   1. eşecul metodelor de conservare în totalitate a vitalităţii pulpare (coafajele)
   2. inflamaţia pulpară coronară
   3. pulpita purulentă totală
   4. pulpita cronică deschisă ulceroasă
   5. deschiderea camerei pulpare în timpul îndepărtării dentinei alterate dintr-un proces carios profund, dintele fiind vital

RĂSPUNS A,B,E 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10 pag. 130

1. Diagnosticul diferenţial în caria de biberon se face cu:
   1. cariile dezvoltate la copiii cu despicături labio-palatine
   2. cariile grefate pe hipoplaziile de smalţ
   3. caria rampantă
   4. cariile profunde proximale
   5. cariile din şanţuri şi fosete

RĂSPUNS B,C 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10 pag. 63

1. După topografia procesului carios formele clinice de carie la dinții temporari se clasifică în:
   1. carii acute
   2. carii în șanțuri și fosete
   3. carii pe suprafețele netede aproximale
   4. carii pe suprafețele netede vestibulare și/sau orale
   5. carii complicate

RĂSPUNS B, C, D 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10 pag. 43

1. După viteza de propagare formele clinice de carie la dinții temporari se clasifică în:
   1. carii simple
   2. carii superficiale
   3. carii acute
   4. carii în șanțuri și fosete
   5. carii cronice

RĂSPUNS C,E 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10 pag. 44

1. Formele acute de carie la dinții temporari prezintă următoarele caracteristici:
   1. au viteză mare de propagare
   2. sunt mai frecvente în perioada de vârstă 4-8 ani
   3. inițial au o deschidere limitată în smalț
   4. devin mai frecvente după vârsta de 8 ani
   5. au evoluție lentă

RĂSPUNS A,B,C 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157, 10 pag.45

1. Formele cronice de carie la dinții temporari prezintă următoarele caracteristici:
   1. sunt mai frecvente în perioada de vârstă 4-8 ani
   2. au evoluție lentă
   3. au viteză mare de propagare
   4. debutează printr-o poartă largă de intare, dar cu interesare redusă a dentinei
   5. se întâlnesc mai rar la dinții temporari

RĂSPUNS B,D,E 77 PAG 43-82, 99-119, 127-157,10 pag.45

**PARODONTOLOGIE**

1. \*Parodonțiul superficial sau de înveliș este format din:
2. Gingie
3. Cement radicular
4. Desmodonțiu
5. Os alveolar
6. Sept interdentar

RĂSPUNS A, PAGINA 40, TEMA 62, 6

1. \*Mucoasa masticatorie de la nivelul gingiei este:
2. Laxă
3. Specializată în receptarea stimulilor ce percep senzații gustative
4. Fermă și laxă
5. Fermă și fixă
6. Nu rezistă la presiune și solicitări

RĂSPUNS D, PAGINA 41, TEMA 62, 6

1. \*Mucoasa de căptușire este:
2. O mucoasă fixă
3. Cu un grad crescut de keratinizare
4. O mucoasa mobilă
5. Cu o mica capacitate de absorbție
6. Neelastică

RĂSPUNS C, PAGINA 41, TEMA 62, 6

1. \* Grosimea marginii gingivale libere variază între:

A. 1.5 mm

B. 1- 2 mm

C. 1.5 – 3 mm

D. 1-3 mm

E. 0.5 -2 mm

RĂSPUNS: E, PAGINA: 42, TEMA 62, 6

1. \*Limita dintre marginea gingivală liberă și gingia fixă este marcată de:
2. Joncțiunea muco –gingivală
3. Fundul de sac vestibular
4. Papila interdentară
5. Șanțul marginii gingivale libere
6. Nici un răspuns nu este correct

RĂSPUNS: D, PAGINA: 42, TEMA 62, 6

1. \*Pentru chiuretajul țesutului de granulație, partea activă se plasează invers (se intoarce cu 180°)
2. și se deplasează prin tractiuni succesive în direcție apicală
3. și se deplasează printr-o singura tracțiune în direcție coronară
4. și se deplasează oblic
5. și se deplasează prin tracțiuni succesive în direcție coronară
6. nu se chiuretează țesutul de granulație

RASPUNS: D, Pag. 317, TEMA 67, 6

1. \*Modul de acțiune al chiuretelor Gracey:
2. marginea activă a suprafeței faciale cu unghi de 110° dislocă tartrul
3. marginea pasivă a suprafeței faciale cu unghi de 70° dislocă tartrul
4. marginea activă a suprafeței laterale cu unghi de 110° îndepartează placa microbiană
5. marginea activă a suprafeței laterale cu unghi de 70° îndepartează placa microbiană
6. marginea opusă actionează asupra țesutului moale

RASPUNS: A, Pag. 316, TEMA 67, 6

1. \*Fazele principale de tratament parodontal sunt reprezentate de:
2. Fază initială prin tratamentul de corectare morfofunctională;
3. Fază inițială prin tratamentul de reechilibrare dento-ocluzala prin slefuri ocluzale, restaurări odontale și protetice și tratament ortodontic;
4. Fază inițială prin tratamentul chirurgical parodontal;
5. D.Fază corectoare prin desființarea microulceratiilor din pungile parodontale adevărate;
6. Fază de menținere prin proceduri individualizate în vederea prevenirii reinfectării, a instalării unor noi tulburări morfologice și disfuncții și implicit a recidivelor.

RĂSPUNS : E, PAGINĂ 289-290, TEMĂ 67, 6

1. \*Etapele principale de tratament parodontal sunt:
2. Tratamentul complicațiilor acute și cornice ale parodontitelor marginale cronice;
3. Igienizarea efectuată de medic prin debridare gingivala prin îndepărtarea hiperplaziilor gingivale, detartrajul supragingival, detatrajul subgingival profesional;
4. Suprimarea chirurgicală propriu-zisă a pungilor parodontale false;
5. Restaurarea morfologiei dentare afectate prin carii.
6. Reevaluarea la 1 an a pacienților tratați parodontal.

RĂSPUNS: D, PAGINĂ 290, TEMĂ 67, 6

1. \*Caracteristicile chiuretelor Gracey sunt:
2. A .Suprafața faciala se situează la un unghi de 80 grade față de axul longitudinal al primei părți pasive;
3. B.Prezintă două margini tăioase, numai una însă este activă;
4. C.Partea active a chiuretei Gracey se adaptează cel mai bine pe suprafețele plane ale rădăcinii;
5. Codul ½ și ¾ este pentru incisivi, canini și premolari;
6. E.Codul 11/12 este pentru suprafețele distale ale dinților laterali

RASPUNS: B, PAGINA 314, TEMA 67, 6

1. \*Semnul caracteristic radiologic al suferinței osoase din parodontită marginal
2. Tumefacție cu prezența a numeroase pungi false
3. Halistereză care se prezintă sub forma unei radiotransparențe cu localizare diferită
4. Demineralizare care se prezintă sub forma unei radiotransparențe cu localizare la nivelul caninilor
5. Halistereză care se prezintă sub forma unei radioopacități cu localizare diferită
6. Demineralizare care se prezintă sub forma unei radioopacități cu localizare la nivelul caninilor

RĂSPUNS: B, PAG. 261, TEMA 65, 6

1. \*În atitudinea faţă de obturaţiile aproximale şi de colet în exces în profilaxia inflamatiilor gingivale:
2. Corectarea obturaţiei se face numai când excesul este mare şi există carii secundare;
3. O radiografie panoramică ne poate oferi o imagine semnificativă a obturaţiilor aproximale în exces;
4. Excesul de obturaţie se îndepartează cu freze diamantate fine, acţionate dinspre obturaţie spre margine
5. Depistarea obturaţiilor în exces se face numai cu sondele parodontale;
6. Excesul de obturaţie se îndepartează cu freze diamantate fine, actionate dinspre margine spre obturaţie

RĂSPUNS: C, PAG 332, TEMA 67, 6

1. \*Cefalosporinele sunt antibiotice
2. Lincosamidice
3. Aminoglicozidice
4. Beta-lactamice
5. Sulfamidice
6. Derivați sintetici: fluorchinolone

RĂSPUNS: C, PAG 352, TEMA 67, 6

1. \*Cefalosporinele:
2. Sunt antiseptic locale
3. Cele mai eficiente sunt cefalosporinele de generația a v- a
4. Riscul de alergii crescut
5. Nu are efecte secundare
6. Se asociază penicilinei

RASPUNS CORECT: C, PAGINA: 352, TEMA 67, 6

1. \*Metronidazolul:
2. este bactericid față de bacteriile anaerobe in special P.gingivalis si Pr. Intermedia
3. Se folosește doar ca unguent
4. Nu se folosește in parodontitele agresive
5. Are efecte secundare precum tendinopatii
6. Are eficiență scazută asupra patogenilor parodontali

RASPUNS CORECT: A, PAGINA: 354, TEMA 67, 6

1. Complicațiile posibile ale bolii parodontale sunt:
2. Lacunele cuneiforme, cauzate de trauma ocluzală, uzura cementului și dentinei prin periaj excesiv;
3. Pulpitele cornice laterograde sau retrograde, cu o frecvență de 2% din îmbolnavirile parodontale profunde;
4. Necrozele pulpare, ca o consecință a traumatismelor mecanice;
5. Parodontite apicale pe cale retrogradă prin pungi parodontale adanci;
6. Colecistita prin piofagie în condiții de hipo- sau anaclorhidrie gastrică.

RASPUNS: A, C, D, E. PAGINA 285-286, TEMA 66, 6

1. Fazele principale de tratament parodontal sunt reprezentate de:
2. Faza inițială prin tratamentul de corectare morfofuncțională;
3. Faza inițială prin tratamentul de reechilibrare dento-ocluzală prin șlefuri ocluzale, restaurări odontale și protetice si tratament ortodontic;
4. Faza inițială prin tratamentul chirurgical parodontal;
5. Faza corectoare prin desființarea microulcerațiilor din pungile parodontale adevarate;
6. Faza de menținere prin proceduri individualizate în vederea prevenirii reinfectării, a instalarii unor noi tulburari morfologice și disfuncții și implicit a recidivelor.

RASPUNS : E, PAGINA 289-290, TEMA 67, 6

1. Calitatile unui medicament antimicrobian ideal sunt:
2. Actiune antimicrobiana selectiva
3. Spectru microbian restrains
4. Persistenta scazuta in lichidele circulante ale organismului
5. Sa nu dezvolte rezistenta microbiana
6. Modalitate usoara de administrare

RASPUNS : A,D,E , PAGINA: 342, TEMA 67, 6

1. Acidul citric:
2. Folosit in conditionarea chimica a suprafetei radiculare
3. Se foloseste in scopul regenerarii fibroase
4. Are efect la fel de eficient ca EDTA in conditionarea radiculara
5. Rol in decontaminarea bacteriana a suprafetei radiculare
6. Se asociaza cu triclosan

RASPUNS : A,C,D, PAGINA: 343, TEMA 67, 6

1. În cadrul antisepticelor care blochează enzimele microbiene:
2. Apa oxigenată se utilizează ca antiseptic, hemostatic și de îndepartare a detritusurilor
3. Peroxidul de hidrogen 50% se folosește în splături ale pungilor parodontale
4. Apa oxigenată se folosește irigarea abceselor parodontale marginale incizate
5. Soluția de perhidrol are efect cauterizant
6. Permanganatul de potasiu se folosește sub formă de gel

RASPUNS : A,C,D, PAGINA: 344-345, TEMA 67, 6

1. Tetraciclina:
2. Are acțiune antiinflamatorie
3. Împiedică distrucțiile de colagen din parodonțiul marginal
4. Are acțiune antimicrobiană slabă
5. Se folosește în cazul gingivitelor
6. Nu are efecte de regenerare

RASPUNS : A,B, PAGINA: 348-349, TEMA 67, 6

1. Forma și volumul papilei interdentare variază în raport cu:
2. Morfologia osului alveolar subiacent
3. Traumatisme și agresiuni mecanice
4. Prezența diastemei și a tremelor
5. Vârsta nu influențeaza mărimea și forma papilei interdentare
6. Prezența unor anomalii dento – maxilare

RĂSPUNS: ABCE, PAGINA: 43, TEMA 62, 6

1. Culoarea normală a gingiei variază în raport cu:
2. Gradul de vascularizație din corionul gingival nu influențează culoarea gingiei
3. Grosimea stratului epitelial
4. Grosimea stratului bazal
5. Gradul de keratinizare
6. Prezența și numărul celulelor melaninoformatoare

RĂSPUNS: BDE, PAGINA: 44, TEMA 62, 6

1. Papila interdentară:
2. Reprezintă porțiunea cea mai declivă a șanțului gingival
3. Grosimea papilei interdentare variază între 0.5 -2 mm
4. Ocupă spațiul interdentar
5. Este situația imediat sub punctul de contact
6. Ocupă ambrazura gingivală vestibulo – orală

RĂSPUNS: CDE, PAGINA 42, TEMA 62, 6

1. Poziția gingiei față de dinte depinde de:
2. Tipul constituțional
3. Anomalii dento –maxilare
4. Vârsta
5. Erupția dentară
6. Morfologia osului alveolar subiacent

Răspuns: ABCD, Pagina 46, TEMA 62, 6

1. Poziția gingiei față de dinte depinde de:
2. Parafuncții și obiceiuri vicioase
3. Traumatisme directe
4. Grosimea stratului epitelial
5. Traumatisme ocluzale
6. Influența unor afecțiuni generale

RĂSPUNS: ABDE, PAGINA: 46, TEMA 62, 6

1. Gingivitele din cursul tratamentului antiepileptic:
2. Cel mai frecvent, hiperplazia hidantoinică se prezintă sub forma unor fermi noduli papilari
3. Localizați preferențial la nivelul molarilor
4. Localizați preferențial la nivelul frontalilor
5. Se prezintă sub forma unui feston subțire
6. Se prezintă sub forma unui feston îngroșat la nivelul dinților laterali

RĂSPUNS: ACE, PAGINA: 194, TEMA 64, 6

1. Diagnosticul de parodontită marginală cronică se pune pe baza criteriilor:
2. Apare numai la adulți
3. Apare și la adulți și la copii, dar mai frecvent la copii
4. Patogenii parodontali incriminați se află în placa bacteriană
5. Se asociază frecvent cu boli generale (diabet, etc.)
6. Evoluția este de progresie rapidă

RĂSPUNS: CD, PAGINA: 195, TEMA 64, 6

1. În parodontita marginală cronică profundă lent progresivă:
2. Se instalează fenomene de distrucție ireversibilă
3. Se instalează fenomene de distrucție prin mecanisme artificiale
4. Nu sunt implicate microorganisme
5. Inflamaţia gingivală este nesemnificativă
6. Din punct de vedere terapeutic se poate obţine” restitution ad integrum”

RĂSPUNS CORECT: A, PAGINA: 262, TEMA 65, 6

1. Din punct de vedere histochimic, în leziunea avansată din gingivita cronică, cresc următoarele enzime:
2. Fosfataza alcalină și acidă
3. Esterază
4. Elastaze
5. Aminopeptidaze
6. Proteaze

RĂSPUNS: ABCD, PAGINA: 223, TEMA 65, 6

1. După localizare și întindere, gingivita cronică poate fi:
2. Papilita, inflamația extremității libere a marginii gingivale
3. Gingivita difuză cuprinde papila interdentară, marginea gingivală liberă și gingia fixă
4. Gingivita marginală, inflamația papilei interdentare
5. Gingivita localizată
6. Gingivita generalizată

Răspuns: BDE, Pagina: 224, TEMA 65, 6

1. După etiologie și evoluție se descriu următoarele forme clinice de gingivite cronice, cu excepția:
2. Gingivita acută
3. Gingivita subacută
4. Gingivita cronică propriu-zisă
5. Gingivita localizată
6. Gingivita generalizată

RĂSPUNS: DE, PAGINA: 224, TEMA 65, 6

1. Semnele clinice obiective din gingivita cronică sunt, cu excepția:
2. Sângerarea gingivală pe seama microulcerațiilor de la nivelul epiteliului gingival
3. Ușor prurit gingival
4. Discrete dureri, suportabile
5. Senzație de usturime
6. Sângerări gingivale la periaj și masticație

RĂSPUNS: BCDE, PAGINA: 224, TEMA 65, 6

1. Gingivita cronică de cauză microbiană poate deveni hiperplazică în condițiile unor factori favorizanți:
2. Cavități carioase ocluzale
3. Cavități carioase aproximale
4. Cavități carioase de colet vestibular sau oral
5. Obturații în exces, în contact cu sau în imediata apropiere a gingiei
6. Contact traumatic și retentiv între corpul de punte și gingia dinților stâlpi

RĂSPUNS: BCDE, PAGINA: 226, TEMA 65, 6

1. În gingivita de pubertate au fost implicate mai frecvent speciile:
2. Porphyromonas gingivalis
3. Prevotella intermedia
4. Aggregatibacter Actinomicetemcomitans
5. Tanerella forsitia
6. Capnocytophaga

RĂSPUNS: BE, PAGINA: 227, TEMA 65, 6

1. Principalele semne de îmbolnăvire gingivală în gingivita de sarcină sunt, cu excepția:
2. Hiperplazia
3. Sângerarea
4. Ușoară creștere a mobilității dentare
5. Durerile sunt permanente
6. Pot apărea pungi parodontale false

Răspuns: CDE, Pagina: 228, TEMA 65, 6

1. Semnele obiective în gingivita și gingivostomatita de menopauză sunt:
2. Senzație de arsură și de uscăciune la nivelul mucoasei orale și gingivale
3. Senzații anormale de gust
4. Mucoasa gingivală și orală au aspect uscat, neted, de culoare palidă, uneori mai roșie
5. Câteodată, fisuri ale mucoasei gingivale
6. Senzații dureroase, hiperestezia

RĂSPUNS: CD, PAGINA: 230, TEMA 65, 6

1. Gingia în cursul diabetului poate prezenta:
2. Hiperplazie gingivală generalizată, de tip polipoidal
3. Polipi gingivali sesili
4. Frecvente ulcerații
5. Frecvent, pungi adevarate
6. Frecvent, pungi false

RĂSPUNS: ABCE, PAGINA: 231, TEMA 65, 6

1. Principalele semne clinice în gingivita hiperplazică din leucemii sunt:
2. Gingivoragiile precoce
3. Ulcerații
4. Hiperplazie gingivală
5. Hipertrofie gingivală
6. Are caracter generalizat și predomină vestibular și în zonele interdentare

RĂSPUNS: ABC, PAGINA: 234, TEMA 65, 6

1. Semnul patogonomonic din gingivita în trombocitopenii este, cu excepția:
2. Hiperplazia
3. Purpura
4. Hipertrofia
5. Sângerarea
6. Tumefierea

RĂSPUNS: ACDE, PAGINA: 236, TEMA 65, 6

1. În parodontita marginală cronică profundă lent progresivă histopatologic se evidenţiază:
   * 1. Zone de ulceraţie şi exfolieri masive
     2. Epiteliu joncţional integru
     3. Infiltrate limfoplasmocitar abundent
     4. Disctrucții ale fibrelor sharpey
     5. Lipsa resorbţiei la nivelul osului alveolar

RĂSPUNS CORECT: ACD, PAG. 262-263, TEMA 65, 6

1. Pungile parodontale în parodontita marginală cronică profundă lent progresivă conţin:
   1. Ţesut epitelial proliferat din epiteliul joncțional și sulcular
   2. Fragmente de os alveolar necrozat
   3. Leucocite distruse
   4. Exudat seros
   5. Fragmente de dentina

RĂSPUNS CORECT: ABCD, PAG. 264-265, TEMA 65, 6

1. Parodontita marginală profundă ulcero–necrotică:
2. Apare ca urmare a unor episoade repetate de gingivostomatită ulcero-necrotică
3. Se manifestă prin resorbţie osoasă
4. Se manifestă prin mobilitate dentară fiziologică
5. Este o formă uşoară de parodontită
6. Duce la avulsia dinţilor

RĂSPUNS: ABE, PAG .267, TEMA 65, 6

1. În parodontita distrofică întâlnim:
   1. Fisuri STILLMAN
   2. Hipoestezie
   3. Festonul mccall
   4. Hiperestezie
   5. Retracţie gingivală cu semne de inflamaţie papilară şi marginală reduse

RĂSPUNS: ACDE, PAG. 267-268, TEMA 65, 6

1. Gradul de retracţie gingivală este influenţat de :
   1. Microorganisme;
   2. Depuneri masive de tartru în zona şanţului gingival;
   3. Bruxism;
   4. Periaj cu periuţe moi;
   5. Factori anatomici: frenuri, malpoziţii dentare.

RĂSPUNS: BCE, PAG. 274-275, TEMA 65, 6

1. În boală parodontală:
   1. Evoluţia gingivitei în parodontită este inevitabilă;
   2. Evoluţia depinde de acţiunea factorilor favorizanţi;
   3. Parodontita prepuberală evoluează de cele mai multe ori spre avulsia dinţilor;
   4. Prognosticul nu depinde de gradul de resorbţie osoasă;
   5. Prognosticul depinde de gradul de resorbţie osoasă şi de mobilitate.

RĂSPUNS: BCE, PAG. 282, TEMA 66, 6

1. Evoluţia bolii parodontale este influenţată de :
2. Factori locali favorizanţi;
3. Vârsta;
4. Boli generale;
5. Tratamente medicamentoase;
6. Sex.

Răspuns: ABCD, pag. 282, TEMA 66, 6

1. Abcesul parodontal marginal:
2. Este o complicaţie a parodontitelor marginale cronice;
3. Se formează în exteriorul pungilor parodontale;
4. Apare când conţinutul pungii parodontale nu poate drena natural;
5. Este localizat cel mai frecvent lingual şi palatinal;
6. Masajul gingiei inflamate este o manoperă greşită.

RĂSPUNS: ACE, PAG. 283 TEMA 66, 6

1. Simptomatologia abcesului parodontal marginal cuprinde :
2. Obiectiv, jena masticatorie;
3. Rar dureri intense iradiind în zone învecinate;
4. Tumefacţie circumscrisă rotundă sau ovalară;
5. Dinţii limitanţi sunt, în general, indemni de carie;
6. Ţesuturile nu îşi schimbă culoarea.

RĂSPUNS: BCD, PAG. 283-284, TEMA 66, 6

1. Complicaţiile loco-regionale ale parodontitei marginale cronice sunt reprezentate de:
2. Abcesul parodontal marginal;
3. Adenite;
4. Hiperestezia dentinară;
5. Sinuzita maxilară;
6. Septicemia.

RĂSPUNS: BD, PAG. 286, TEMA 66, 6

1. Contraindicaţiile Augumentinului sunt:
2. Mononucleoza infecţioasă;
3. Leucemia limfoidă;
4. Herpes;
5. Tratamentul cu ketonal;
6. Tratamentul cu alopurinol.

RĂSPUNS: ABCE, PAG 352, TEMA 67, 6

1. Antibioticele administrate pe cale generală la parodontopați, au următoarele interacțiuni cu alte medicamente:
   1. Antiacidele scad absorbția tetraciclinelor și fluorochinolonelor;
   2. Cimetidina scade nivelul seric al fluorochinolonelor;
   3. Cimetidina crește nivelul seric al fluorochinolonelor;
   4. Sucralfatul scade absorbția fluorochinolonelor;
   5. Sucralfatul crește absorbția fluorochinolonelor.

RĂSPUNS: ACD, PAG.360, TEMA 67, 6

1. Antibioticele administrate pe cale generală la parodontopați, au următoarele interacțiuni cu alte medicamente:
   1. Antidiareicele cresc absorbția clindamicinei;
   2. Antidiareicele scad absorbția clindamicinei;
   3. Probenecidul scade clearance-ul ciprofloxacinei;
   4. Tranchilizantele produc o ușoară inhibare respiratorie și încordare musculară;
   5. Barbituricele și hidantoina reduc efectul antimicrobian al metronidazolului și timpul de înjumătățire al doxicilinei.

RĂSPUNS: BCE, PAG.360, TEMA 67, 6

1. Afirmațiile adevărate despre glucocorticoizi sunt:
   1. Au acțiune antiinflamatoare;
   2. Au acțiune antialergică;
   3. Hidrocortizonul sau cortizolul reprezintă principalul glucocorticoid;
   4. Nu au capacitatea de a reduce inflamația în infecții;
   5. Inflamațiile din reacții alergice și agresiunile fizice răspund bine la tratamentul cu glucocorticoizi.

RĂSPUNS: ABCE, PAG.360, TEMA 67, 6

1. Glucocorticoizii au următoarele mecanisme în țesuturile inflamate:
   1. Inhibă macrofagele;
   2. Migrarea polimorfonuclearelor;
   3. Fagocitoza;
   4. Scad sinteza prostaglandinelor;
   5. Cresc permeabilitatea capilarelor plus vasoconstricție.

RĂSPUNS: ABCD, PAG.360, TEMA 67, 6

1. Tratamentul în gingivita cronică (simplă, necomplicată) urmăreşte:
   1. Depistarea factorilor locali cauzali: placa bacteriană (prin teste de colorare), şi favorizanţi: tartru, obturaţii în exces, coroane de înveliş neadaptate, alte lucrări protetice incorecte, îndepartarea acestora şi refacerea corespunzătoare a restaurărilor compromise;
   2. Debridarea gingivală;
   3. Aplicarea după debridarea ginivală şi detartraj a unor substanţe antimicrobiene (antiseptice, astringente, oxidante, extrase vegetale) prin badijonaj, mesaj;
   4. Detartraj efectuat cu grijă pentru îndepartarea depozitelor subgingivale din zonele distale şi orale mai greu accesibile şi completat prin lustruirea suprafeţelor dentare cu paste şi benzi fin abrazive;
   5. Depistarea factorilor favorizanţi: placa bacteriană (prin teste de colorare), şi locali cauzali: tartru, obturaţii în exces, coroane de înveliş neadaptate, alte lucrări protetice incorecte, îndepartarea acestora şi refacerea corespunzătoare a restaurărilor.

RĂSPUNS: ABCD, PAG.465, TEMA 68, 6

1. Tratamentul în gingivita hiperplazică prin inflamaţie microbiană:
   1. Nu este acelaşi ca în gingivita cronică;
   2. Urmareşte reducerea componentei hipertrofice;
   3. Pentru desfiinţarea hiperplaziei propriu-zise se practică gingivectomie;
   4. Pentru desfiinţarea hiperplaziei propriu-zise se practică gingivectomie gingivo-plastica;
   5. Este acelaşi ca în gingivita cronică.

RĂSPUNS: BCDE, PAG. 466, TEMA 68, 6

1. Tratamentul gingivitei de sarcină presupune:
   1. Educarea gravidelor pentru o igienă bucală corectă şi cotidiană;
   2. Operaţie cu lambou şi excizia gingiei fibromatoase;
   3. Leziunile gingivale incipiente se tratează, de regulă, chirurgical;
   4. Îndepartarea plăcii bacteriene şi a tartrului în stadii cat mai avansate ale sarcinii;
   5. Hiperplaziile gingivale se excizează chirurgical în timpul sarcinii numai dacă interferează ocluzia în cursul masticaţiei sau prezintă un aspect nefizionomic major pe care gravida nu il poate suporta din punct de vedere psihic.

RĂSPUNS: AE, PAG.466, TEMA 68, 6

1. Tratamentul gingivitelor hiperplazice medicamentoase:
   1. Tratamentul chirurgical se face fără avizul medicului internist şi fără precauţiile necesare legate de ajustarea medicaţiei;
   2. Tratamentul local constă în reducerea fenomenelor acute sau subacute;
   3. Tratamentul local constă în gingivectomie şi un atent chiuretaj al ţesutului de granulaţie subiacent masei gingivale excizate;
   4. Tratamentul chirurgical constă în gingivectomie şi un atent chiuretaj al ţesutului de granulaţie subiacent masei gingivale excizate;
   5. Tratamentul local se realizează prin spalături cu soluţii antiseptice, extracte vegetale cu actiune antibacteriană, antiseptică, uşor astringentă, precum şi prin aplicaţii de colutorii complexe cu antibiotice.

RĂSPUNS: BDE, PAG.467 – 468, TEMA 68, 6

1. Tratamentul gingivitelor descuamative constă în:
   1. Igiena locală cu perii medii, spre dure, netraumatizante;
   2. Aplicaţii locale de antihistaminice;
   3. Aplicaţii locale cu colutorii complexe cu antibiotice şi corticosteroizi;
   4. Aplicaţii locale de produse tipizate cu triamcinolon (kenalog), fluocinolon, de trei ori pe zi;
   5. Atingeri locale cu perhidrol 3%, diluat ½ în apă calduţă, de doua-trei ori/zi.

RĂSPUNS: CDE, PAG.469, TEMA 68, 6

1. În formele acute, tratamentul gingivitelor şi gingivostomatitelor micotice, se administrează:
   1. Nistatin (suspensie);
   2. Amfotericina B, un antimicotic, puternic, dar relativ toxic;
   3. Spălături bucale cu soluţie apoasă de bicarbonat de sodiu 10%;
   4. Atingerea leziunilor cu soluţie de violet de genţiană 1%, zilnic, timp de 7 zile,
   5. Stamicin (drajeuri).

RĂSPUNS: ACDE, PAG.472, TEMA 68, 6

1. Tratamentul pericoronaritelor cuprinde:
   1. Instilatii cu colutorii complexe cu antiinflamatoare
   2. Decapusonarea chirurgicala la nivelul molarului de minte incomplet erupt
   3. Aplicarea unu dren de mesa iodoformata care se mentine circa 2 ore
   4. Administrarea pe cale generala de antibiotic, in starile febrile si subfebrile
   5. Spalaturi antiseptic abundente si dese

RASPUNS: BDE, PAG. 470, TEMA 68, 6

1. Inflamaţia prin fenomene de fermentaţie sau descompunere putridă a resturilor alimentare din cariile de colet:
2. Duce întotdeauna la o gingivită cronică
3. Duce întotdeauna la o parodontită marginală cronică
4. Duce întotdeauna la o parodontită marginală agresivă
5. Nu duce întotdeauna la o gingivită
6. Nu duce întotdeauna la o parodontită marginală cronică sau agresivă

RASPUNS: DE, PAG. 146, TEMA 63, 6

1. Printre circumstanţele care se constituie in factori iatrogeni în etiopatogenia parodontopatiilor marginale cronice se numără:
2. Placa dentară
3. Trauma ocluzală
4. Lezarea gingiei în timpul pregătirii cavităţilor (mai frecvent de colet şi aproximale)
5. Ingestia de substanţe toxice cu eliminare prin lichidul şanţului gingival
6. Coroanele de înveliş neadaptate axial şi transversal

RASPUNS: CE, PAG. 150, TEMA 63, 6

1. Gingia, în cursul diabetului, poate prezenta:
2. Hiperplazie gingivală generalizată, de tip polipoidal
3. Polipi gingivali sesili, cu baza mare de implantare sau pediculaţi
4. Pseudomembrane
5. Formaţiuni lichenoide
6. Culoare modificată de la roşu deschis la roşu-cărămiziu sau roşu-violaceu, în faze avansate de stază

RASPUNS: AB, PAG. 231, TEMA 65, 6

1. Gingivita cronică propriu-zisă poate evolua spre parodontita marginală cronică superficială, când devine "leziune avansată", situaţie care se manifestă histopatologic prin:
2. Microulceraţii în epiteliul şi în zonele epiteliale de hiperkeratoză şi parakeratoză
3. Creşterea numărului de plasmocite care devin preponderente în profunzimea corionului perivascular

Şi în imediata vecinătate a epiteliului joncţional

1. Creşte numărul limfocitelor b care par a semnala transformarea gingivitei în parodontită
2. Multiplicare explozivă a numărului eozinofilelor
3. Lamina bazală este fragmentată, duplicată şi întreruptă în multiple locuri; uneori fragmente din lamina bazală pot apărea în corionul subiacent

RASPUNS: ABCE, PAG. 223, TEMA 65, 6

1. Histopatologia gingivitei cronice prin inflamaţie de cauză microbiană se caracterizează prin faptul că, după primele două zile de acumulare a plăcii bacteriene se instalează "leziunea iniţială" caracterizată prin:
2. Epiteliul joncţional prezintă fenomene de lărgire a spaţiilor intercelulare şi pătrunderea în aceste spaţii a unor resturi celulare provenite din neutrofile, limfocite şi monocite distruse
3. Ulceraţii profunde în epiteliul şi în zonele epiteliale de hiperkeratoză şi parakeratoză
4. Hiperemie activă şi flux de sânge crescut în teritoriul capilar şi venular
5. Marginaţie leucocitară şi începutul primelor faze de migrare prin diapedeză, în special a polimorfonuclearelor în corion la nivelul epiteliului joncţional şi în şanţul gingival; la acest nivel pot apărea macrofage, limfocite în număr foarte redus
6. Vârfurile papilelor prezintă zone largi de necroză şi inflamaţie pseudomembranoasă

RASPUNS: CD, PAG. 222, TEMA 65, 6

1. Hiperesteziei dentinare, ca şi complicaţie locală a bolii parodontale, i se atribuie mai multe mecanisme posibile de producere, dintre care amintim:
2. Stimularea directă a unor terminaţii nervoase dentinare
3. Şocul pulpar hiperemic
4. Ischemia pulpară bruscă ca umare a pierderii de ataşament
5. Stimularea prelungirilor odontoblastice din tubii dentinari
6. Stimularea formaţiunilor nervoase ale pulpei, ca urmare a deplasării lichidului dentinal prin mecanisme hidrodinamice

RASPUNS: ADE, PAG. 285, TEMA 66, 6

1. În timpul detartrajului, la fotoliile dentare moderne, pacientul este:
2. Culcat pe spate cu bărbia uşor ridicată când se instrumentează arcada maxilară
3. Cu bărbia coborâtă până când mandibula este paralelă cu podeaua când se instrumentează arcada mandibulară, iar spătarul este înclinat la 30-40% faţă de orizontală
4. În poziţie şezândă cu bisectoarea unghiului interarcadic paralelă cu orizontala
5. Culcat pe spate cu spătarul în poziţie perfect orizontală şi capul în hiperextensie
6. Culcat pe spate cu spătarul în poziţie perfect orizontală şi capul uşor rotit lateral, pentru facilitarea accesului în zona posterioară a arcadelor

RASPUNS: AB, PAGINA: 307, TEMA 67, 6

1. În cadrul profilaxiei şi tratamentului antimicrobian în inflamaţiile parodonţiului marginal, igienizarea se face:
2. De către anturajul familial
3. De către personalul didactic in colectivităţile de copii si tineri
4. De către personalul auxiliar din instituţiile de ocrotire socială
5. De către pacient
6. De către medic

RASPUNS: DE, PAG. 292, TEMA 67, 6

1. Consumul excesiv de alcool ca si factor local in producerea imbolnavirii parodontale duce la cresterea riscului de aparitie a:
   1. Gingivitelor
   2. Cariei dentare
   3. Eroziunilor de colet
   4. Cancerului bucal
   5. Unei cantitati crescute de biofilm parodontopatogen

RASPUNS: ABCD, PAG. 151, TEMA 63, 6

1. Care dintre etapele urmatoare fac parte din metoda PCR folosita in studiile pentru identificarea patogenilor parodontali in produse patologice din santul gingival sau pungile parodontale?
   1. Multiplicarea moleculelor de ARN
   2. Distrugerea moleculelor de ADN
   3. Captura imunomagnetica a fiecarei specii microbiene distruse, prezente intr-un produs patologic
   4. Multiplicarea moleculelor de ADN
   5. Evidentierea prin hibridizare cu sonda de ADN a cate unei specii microbiene patogene parodontale

RASPUNS: CDE, PAG. 199, TEMA 64, 6

1. Principalele semne clinice de imbolnavire in parodontita juvenila sunt:
   1. Mobilitatea dentara patologica
   2. Pungi parodontale adevarate
   3. Pungi parodontale false
   4. Retractie gingivala
   5. Pungi fibrotice

RASPUNS: ABD, PAG. 257, TEMA 65, 6

1. Forma severa a deficientei vitaminei C este scorbutul, care poate aparea:
   1. La varstnici cu deficit de vitamina B12 asociat
   2. La copii in primul an de viata
   3. La varstnici cu deficiente de nutritie
   4. In general in conditii restrictive de hrana
   5. In general in conditii de excese proteice

RASPUNS: BCD, PAG. 232 TEMA 65, 6

1. În producerea gingivostomatitei ulcero-necrotice sunt incriminate urmatoarele bacterii:
   1. Spirochete: Treponema denticola, Treponema vincenti, Treponema macrodentium
   2. Bacili fuziformi: Fusobacterium nucleatum
   3. Prevotella intermedia
   4. Streptococi: Streptococcus mutans, Streptococcus odontolyticus
   5. Porphyromonas gingivalis

RASPUNS: ABCE, PAG. 242, TEMA 65, 6

1. Printre factorii diverși care influențează gradul de retracție gingivală se descriu:
   1. Unele obiceiuri vicioase
   2. Trauma ocluzală, bruxismul
   3. Trauma directă asociată cu inserarea în țesuturile moi a unor microobiecte ("podoabe") metalice (oral piercings)
   4. Ingerarea de alimente acide
   5. Respirația bucală

RASPUNS: ABC, PAG. 275, TEMA 65, 6

1. Urmatoarele afirmații referitoare la instrumentele de detartraj sunt adevarate:
   1. Secerile, dălțile și săpăligile sunt indicate in special în dislocarea depozitelor mari de tartru supra sau subgingival
   2. Pilele foarte fine și chiuretele sunt folosite pentru îndepartarea depozitelor mici, reziduale de tartru și pentru netezirea suprafeței radiculare
   3. Forma chiuretelor parodontale permite adaptarea la curbura suprafețelor radiculare
   4. Dălțile Ochsenbein sunt indicate în special pentru fragmentarea depozitelor masive de tartru supragingival
   5. Toporiștile de tartru sunt instrumente delicate, care sunt indicate în special pentru netezirea suprafetelor interproximale

RASPUNS: ABC, PAG. 312, TEMA 67, 6

1. Avantajele detartrajului cu ultrasunete în tratamentul gingivitelor și parodontopatiilor marginale sunt:
   1. Mijloc de detartraj modern, eficient, ergonomic
   2. Acțiune mai puțin traumatizantă asupra structurilor dentare și gingivale, când este folosit în mod corespunzator
   3. Îndeparteaza depozitele pigmentate de pe suprafețele dentare
   4. Reducerea hiperesteziei dentinare la coletul dinților
   5. Bine suportat, nedurerors la persoana adultă, echilibrată neuropsihic, fara fenomene de hiperestezie dentinara

RASPUNS: ABCE, PAG. 326, TEMA 67, 6

1. Tratamentul definitiv al abcesului parodontal marginal constă din:
2. Incizia la nivelul bombarii maxime sau usor decliv de aceasta
3. Chiuretaj subgingival in abcesul simplu la monoradiculari
4. Aplicarea unei mese de tifon imbibate in tricrezolformalina in santul gingival corespunzator abcesului
5. Operatie cu lambou in abcesul serpiginos la monoradiculari
6. Gingivectomie sau operatie cu lambou la pluriradiculari

RASPUNS: BDE, PAG. 475, TEMA 68, 6

1. Mucoasa de căptușire a cavității bucale este
2. Slab keratinizată
3. Intens keratinizată
4. Cu o submucoasă bine reprezentată de țesut conjunctiv lax
5. Mucoasa buzelor și a obrajilor
6. Mucoasa suprafeței dorsale a limbi

RĂSPUNS: ACD, PAG. 41, TEMA 62, 6

1. Gingia se împarte în trei zone
2. Marginea gingivală liberă
3. Papila interdentara
4. Gingia fixă
5. Marginea gingivală atașată
6. Gingia laxă

RĂSPUNS: ABC, PAG. 42-43, TEMA 62, 6

1. Culoarea normal a gingiei variază în raport cu
2. Grosimea stratului epithelial
3. Grosimea stratului bazal
4. Gradul de keratinizare
5. Gredul de vascularizație din corionul gingival
6. Prezența și numărul celulelor melaninoformatoare

RĂSPUNS: ACDE, PAG. 44, TEMA 62, 6

1. Poziția gingiei față de dinte depinde de
2. Poziția dentară
3. Vârstă
4. Tipul constitutional
5. Parafuncții și obiceiuri vicioase
6. Afecțiunile generale nu influențează poziția gingiei față de dinte

RĂSPUNS: ABCD ,PAG. 46, TEMA 62, 6

1. Placa bacteriană subgingivală:
2. Nu este implicată în patogenia bolilor parodontale
3. Placă subgingivală tanara contine flora gram-pozitiva
4. Este localizata la nivelul marginii gingivale libere
5. Flora microbiana dominanta este anaeroba
6. In mod obisnuit,nu e supusa fortelor mecanice de dezagregare

RASPUNS: BDE, PAG.109,110 TEMA 62, 6

1. Tartrul supragingival:
2. Este un depozit organo-mineral de culoare alb-maronie
3. Cu consistenta redusa la inceput
4. Imediat dupa depunere este friabil
5. Se disloca cu greutate
6. Flora microbiana dominant este anaeroba

RASPUNS: BC, PAG.138, TEMA 63, 6

1. Ritmul de formare a tartrului dentar depinde de:
2. Localizarea dintelui
3. Variatiile individuale ale fluxului salivar
4. Calitatea salivei
5. Particularitatile masticatiei
6. Tipul constitutional

RASPUNS : A,B,D, PAG 141, TEMA 63, 6

1. Gingivita hiperplazica hidantoinica:
2. Zona de gingie fixa este de obicei mai putin hiperplazica
3. In lipsa inflamatiei supraadaugate are un aspect lobulat
4. Uneori, s-a putut constata o reducere sau chiar disparitia spontana a hiperplaziei hidantoinice la cateva zile de la intreruperea administrarii madicamentului
5. Radiologic, se remarca o demineralizare a septurilor interdentare
6. Hiperplazia este de dimensiuni mici ramanand in acelasi stadiu, nu acopera coroana clinica a dintelui in stadiile mai avansate.

RASPUNS: ABD, PAG. 238, TEMA 65, 6

1. Gingivita hiperplazica prin antagonisti de calciu prezinta urmatoarele aspect clinice:
2. Are caracter generalizat si predomina vestibular si in zonele interdentare
3. Volumul hiperplaziei gingivale este variabil in functie de perioada de timp a administrarii medicamentului, dar nu si de doza acestuia
4. Consistent gingiei este la inceput mai ferma
5. La pacientii cu o foarte buna igiena bucala, hiperplazia este de tip nodular
6. Culoare gingiei hiperplazice variaza de la rosu congestive pana la rosu inchis
7. RASPUNS: ACDE, PAG. 240, TEMA 65, 6
8. Trombocitopenia secundara apare in :
9. Leucemii
10. Tumori benign
11. Dupa iradieri masive sau reduse
12. Intoxicatii cu benzene
13. Tratamentul cu Dilantin
14. RASPUNS: AD, PAG. 236, TEMA 65, 6
15. Simtomatologia acuta a pericoronaritelor cuprinde urmatoarele simptome, cu exceptia :
16. Hiposalivatiei
17. Halena
18. Adenopatie
19. Stare generala alterata
20. Formarea unui exudat purulent deasupra capusonului mucosal
21. RASPUNS CORECT: AE, PAG. 245, TEMA 65, 6
22. Care sunt răspunsurile adevărate cu privire la clasificarea Catedrei de Parodontologie din București privind gradele afectării furcațiilor:
    1. Subdiviziunea A cu o dimensiune verticală de 1-2 mm
    2. Subdiviziunea B cu o dimensiune verticală de 5-7 mm
    3. Subdiviziunea C cu o dimensiune verticală egală sau mai mare de 6 mm
    4. Subdiviziunea A cu o dimensiune verticală de 3-4 mm
    5. Subdiviziunea B cu o dimensiune verticală de 3-4 mm

RĂSPUNS: BD, PAG. 266, TEMA 65, 6

1. În parodontita distrofică semnele leziunilor sunt:
   1. Retracție gingivală cu semne de inflamație papilară și marginală reduse
   2. Fisuri Stillman
   3. Retracție gingivală cu semne de inflamație papilară și marginală crescute
   4. Hiperestezie
   5. Feston McCall

RĂSPUNS: ABDE, PAG. 267, TEMA 65, 6

1. Dintre tumorile benigne ale gingiei se descriu:
   1. Granulomul periferic cu celule gigante
   2. Carcinomul bazal
   3. Mielomul gingival
   4. Fibromul gingival
   5. Granulomul eozinofil

RĂSPUNS: ADE, PAG. 277, TEMA 65, 6

1. Parodontita marginală profundă rebelă la tratament:
   1. Se caracterizează printr-un răspuns redus sau absent la tratament
   2. Prezintă 3 forme clinice principale
   3. Îmbolnăvirea se produce în zone ușor accesibile pentru îndepărtarea plăcii bacteriene dându-i caracterul rebel
   4. Apar microorganisme de tipul *Fusobacterium nucleatum* in 75% din cazuri
   5. Prezintă 4 forme clinice principale

RĂSPUNS: AD, PAG. 268, TEMA 65, 6

1. Indicatiile chiuretelor Gracey:
2. Detartrajul santului gingival
3. Detartrajul suprafetelor ocluzale
4. Detartrajul subgingival din pungile parodontale
5. Chiuretajul radicular
6. Chiuretajul tesutului de granulatie de pe peretele moale al pungilor parodontale

RASPUNS: A,C,D,E, PAG. 316, TEMA 67, 6

1. Indicatiile detartrajului cu ultrasunete:
   1. Tartru supragingival
   2. Petele colorate depuse pe suprafata dentinei
   3. Tartrul din santul gingival sau din pungile parodontale superficiale de 3-4 mm
   4. In gingivo-stomatita ulcero-necrotica
   5. Bolnavii cu boli infectioase, contagioase

RASPUNS: A,C,D, PAG. 324, TEMA 67, 6

1. Contraindicatiile detartrajului cu ultrasunete:
2. Bolnavii cu boli infectioase, contagioase
3. La pacientii cu reflexe de voma exagerate
4. Hiperestezie dentinara accentuata
5. Copii mici
6. Tartru supragingingival

RASPUNS: A,B,C,D, PAG. 325, TEMA 67, 6

1. Indicatiile folosirii clorhexidinei:
   1. Prevenirea depunerii coloratiilor de tutun
   2. Gingivite acute
   3. Abcese parodontale marginale
   4. Gingivite cronice si parodontite marginale cronice
   5. Prezenta placii microbiene

RASPUNS: B,C,D,E, PAG. 329, TEMA 67, 6

1. Abcesul parodontal marginal este caracterizat de:
2. A.Se formeaza in interiorul pungilor parodontale;
3. Jena dureroasa la masticatie, localizata, uneori si spontana, de intensitate medie;
4. C.Tumefactie circumscrisa, rotunda sau ovalara, in zona periapicala, cu dimensiuni variabile de la 1 mm pana la 1,5 cm;
5. D.Abcesul pardontal marginal situat intre incisivii centrali superiori se poate insoti de fenomene de celulita ale buzei superioare;
6. E.Percutia transversala este mai putin dureroara decat percutia verticala.

RASPUNS: A,B, D. PAGINA 283-284, TEMA 66, 6

1. Hiperestezia dentinara, complicatie a bolii parodontale prezinta:
2. A.Senzatie dureroasa de intensitate redusa, medie sau intensa, fiind produsa de contactul cu agenti mecanici, termini sau chimici;
3. B.Se poate instala dupa: retractii gingivale, detartraj, chiuretaj radicular, obturatii.
4. C.Mecanism posibil de producere prin stimularea prelunjirilor odontoblastice din tubii dentinari;
5. D.Mecanism posibil de producere prin stimularea nervoasa prin eliberarea unor aminoacizi in cursul agresiunilor pulpei dentare;
6. E.Mecanism posibil de producer prin stimularea formatiunilor nervoase ale pulpei, ca urmare a deplasarii lichidului dentinal prin mecanisme hidrodinamice.

RASPUNS: A,C,E. PAGINA 285, TEMA 66, 6