

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ

**PROGRAMUL DE STUDII
- MEDICINĂ DENTARĂ -**

1. Criterii de diagnostic în nevralgia trigeminală clasică

- A). nu se declanșează de ariile trigger sau de factorii trigger*
- B). atacuri paroxistice de durere cu durată de la fracțiuni de secundă până la 2 minute*
- C). sunt atribuite altor afecțiuni*
- D). durere ascuțită, intensă, superficială sau cu caracter de împungere*
- E). nu există deficit neurologic evident clinic*

2. Criteriile de diagnostic în nevralgia trigeminală simptomatică;

- A). se declanșează de ariile trigger sau de factorii trigger*
- B). atacuri paroxistice de durere cu durată de până la 2 minute*
- C). atacurile nu sunt stereotipe la fiecare individ*
- D). durere nu este ascuțită, intensă sau cu caracter de împungere*
- E). poate fi produsă de tumori la nivelul unghiului ponto-cerebelos*

3. Diagnosticul diferențial al nevralgiei de trigemen

- A). nevralgia occipitală*
- B). durere facială atipică*
- C). nevralgia nervului facial*
- D). glosodinia*
- E). nevralgia vidiană (Vail)*

4. Tratamentul medicamentos din nevralgia trigeminală este

- A). doza de început 300mg/zi Carbamazepină*
- B). doza de menținere 1500-2000 mg/zi Baclofen*
- C). doza de menținere 1500-2000 mg/zi Carbamazepină*
- D). doza de început 600 mg/zi Fenitoină*
- E). doza de început 15 mg/zi Baclofen*

5. Tratamentul chirurgical în nevralgia trigeminală vizează

- A). blocaj chimic anestezic*
- B). tratament antibiotic, antiinflamator*
- C). tratament medicamentos (Carbamazepină)*
- D). termocoagularea prin radiofrecvență*
- E). infiltrație la nivelul ganglionului Gasser*

6. Procedul Janetta (decompresia microchirurgicală)

- A). mortalitatea este de 1%*
- B). se efectuează prin craniotomie occipitală*
- C). se practică repoziționarea vaselor sangvine pentru a evita încrucișarea acestora cu fibrele nervoase*
- D). este un procedeu miniinvaziv*
- E). beneficiile pe termen lung nu sunt satisfăcătoare*

7. Nevralgia trigeminală clasică (primară idiopatică)

- A). este tipic unilateral dar poate fi și bilateral*
- B). nu produce spasme musculare*
- C). există un deficit neurologic evident clinic*
- D). este declanșat de un stimul la nivelul zonelor „trigger”*
- E). apare fenomenul „tic dureros”*

8. Cu privire la diagnosticul nevralgiei de trigemen sunt false următoarele afirmații:

- A). are o incidență de 4-3 persoane la 100,000 locuitori*

- B). este mai frecventa la pacientii tineri
- C). afectarea pe sexe este de 2/3 in favoarea sexului feminin
- D). pentru formele simptomatice varsta de debut este de 30-35 ani
- E). reprezinta cea mai frecventa forma de nevralgie craniana

9. 9. Tratamentul nevralgiei de trigemen:

- A). tratamentul medicamentos utilizeaza medicatia anticonvulsivanta
- B). blocajul chimic prin infiltratii anestezice se face utilizand Carbamazepina
- C). ganglioliza prin radiofrecventa poate determina in 10 % din cazuri parestezii
- D). o modalitate de tratament este umflarea unui balon in cavul Meckel
- E). doza de mentinere daca se foloseste ca medicament Fenitoina este de 2400-3600mg/zi

10. 10. Sunt false urmatoarele afirmatii cu privire la nevralgia de trigemen:

- A). nevralgia trigeminala clasica nu este asociata cu afectarea senzitiva sau motorie in teritoriul trigemenului
- B). la tineri, aparitia nevralgiei trigeminale poate fi expresia sclerozei multiple
- C). in nevralgia trigeminala simptomatice atacurile dureroase nu sunt stereotipe la fiecare individ
- D). diagnosticul diferential nu se face cu sindromul Charlin
- E). nevralgia trigeminala clasica raspunde de obicei la farmacoterapie

11. Factorii genetici incriminati în apariția despicăturilor pot fi:

- A). trisomia 16-17;
- B). trisomia 13-15;
- C). trisomia 21;
- D). trisomia 17-18;
- E). trisomia 14-15;

12. Factorii de mediu incriminati în apariția despicăturilor pot fi:

- A). penicilina;
- B). thalidomida;
- C). deficit de aminoacizi esențiali;
- D). virusul herpes;
- E). toxoplasma

13. Diagnosticul despicăturilor de buză se poate stabili ecografic în:

- A). săptămâna 18;
- B). săptămâna 20;
- C). săptămâna 22;
- D). trimestrul I de sarcină;
- E). trimestrul II de sarcină.

14. Echipa multidisciplinară în tratamentul despicăturilor este compusă din:

- A). chirurg;
- B). ortodont;
- C). logoped;
- D). ORL-ist;
- E). neurochirurg.

15. Clasificarea despicăturilor labiale după Veau, include:

- A). despicătură palatină submucoasă;
- B). despicătură labială unilaterală totală;

- C). despicătură labială centrală;
- D). despicătură labială bilaterală totală;
- E). despicătură palatină centrală.

16. Clasificarea Valerian Popescu a despicăturilor e bazată pe:

- A). criterii clinice;
- B). criterii paraclinice;
- C). criterii funcționale;
- D). criterii morfologice;
- E). criterii embriologice.

17. Cheilo-gnato-stafilo-schizis interesează:

- A). pragul narinar;
- B). creasta alveolară;
- C). vârlul palatin;
- D). buza inferioară;
- E). lueta.

18. Despicătura palatină alveolară:

- A). nu se asociază despicăturilor de buză;
- B). osteoplastia este indicată la 5 luni;
- C). se realizează când structurile anatomice sunt bine dezvoltate;
- D). se corectează la copilul normozon și normotrof;
- E). nici un răspuns nu este corect.

19. Tehnici chirurgicale de tratament al despicăturilor pot fi:

- A). tehnica Levignac;
- B). tehnica Millard;
- C). tehnica Verdeja;
- D). tehnica Malek;
- E). toate răspunsurile sunt corecte.

20. Sechele postoperatorii după despicături, pot fi:

- A). fistule ale planșeului nazal;
- B). columelă supradimensionată;
- C). domul nazal îngustat;
- D). comunicare oro-nazală;
- E). insuficiență velată.

21. Anomaliile dentofaciale complexe, pot fi condiționate de:

- A). tehnici chirurgicale necorespunzătoare;
- B). lipsa tratamentului ortodontic postoperator;
- C). infecții la nivelul crestei alveolare;
- D). lipsa osteoplastiei la nivelul defectului alveolar,
- E). lipsa tratamentului ortodontic preoperator;

22. La un embrion de 34 de zile se pot vizualiza:

- A). procesul nazal maxilar;
- B). procesul mandibular;
- C). șanțul ce separă procesul nazo-maxilar lateral de procesul maxilar;
- D). procesul nazal lateral;
- E). șanțul ce separă procesul nazo-maxilar medial de cel maxilar.

23. Gravitatea plăgile glandelor salivare este determinată de:

- A). lezarea arterei carotide externe
 - B). lezarea nervului facial
 - C). lezarea canalului Stenon
 - D). lezarea vaselor lojei parotidiene
 - E). toate răspunsurile sunt corecte.
- 24. Sechelele posttraumatice ale glandei parotide pot fi:**
- A). pareza nervului facial
 - B). fistula oro-antrală
 - C). fistula salivară
 - D). flegmonul de planșeu bucal
 - E). xerostomia.
- 25. Sialoreea:**
- A). se poate aprecia cu ajutorul testului cubului de zahăr
 - B). reprezintă secreția salivară excesivă
 - C). duce la deglutiții repetate
 - D). are drept cauză iritația locală
 - E). nu se asociază cu fenomene de scurgere a salivei din cavitatea bucală.
- 26. Tratamentul xerostomiei:**
- A). necesită colaborare interdisciplinară în cazul xerostomiei medicamentoase
 - B). se poate realiza cu agonști parasimpatomimetici
 - C). poate duce la creșterea frecvenței cardiace
 - D). poate duce la hipertensiune
 - E). se poate face cu Pilocarpină.
- 27. Litiaza salivară:**
- A). poate apare la orice vârstă
 - B). evoluția este rapidă cel mai frecvent
 - C). este asimptomatică în faze incipiente
 - D). apare mai frecvent în canalul Wharton
 - E). apare excepțional în canalul Stenon.
- 28. Tulburările funcționale ale secreției salivare se pot produce prin:**
- A). factori favorizanți locali
 - B). factori generali
 - C). microtraumatisme locale
 - D). consumul de lichide
 - E). fumat.
- 29. Frecvența mai mare a litiazei în glanda submandibulară se explică prin:**
- A). precipitarea fosfaților și carbonaților de calciu
 - B). prezența a celor două curburi anatomice ale canalului Wharton
 - C). declivitatea glandei
 - D). caracterul antigravitațional al secreției salivare
 - E). secreție salivară bogată în amoniu.
- 30. Colica salivară:**
- A). apare prin blocare parțială a fluxului salivar
 - B). se caracterizează prin antrenarea calculului de către secreția salivară declanșată înaintea meselor
 - C). se caracterizează prin 3 simptome principale

- D). se caracterizează prin durere apărută brusc
- E). apare când calculul se blochează în extremitatea distală a canalului.

31. Durerea din colica salivară:

- A). cedează treptat
- B). se asociază cu diminuarea percepției gustative
- C). se asociază cu tumefacția regiunii submandibulare
- D). iradiază în ureche
- E). iradiază în umărul pe partea respectivă.

32. Abcesul salivar:

- A). apare ca o complicație a colicii salivare
- B). se poate instala de la început sub această formă
- C). se poate datora unei suprainfecții adăugate
- D). este urmarea fenomenelor mecanice retentive
- E). nici un răspuns corect.

33. Tumora salivară:

- A). reprezintă sialadenita cronică
- B). este rezultatul supurațiilor acute repetate
- C). este caracterizată prin semne clinice subiective reduse
- D). poate debuta de la început sub această formă
- E). apare pe fondul stazei salivare

34. Diagnosticul sialolitiazii se stabilește pe baza:

- A). examenului clinic
- B). investigațiilor imagistice
- C). ostiului congestionat
- D). numai pe baza imagisticii de ultimă generație
- E). pe baza identificării calculilor prin palpare

35. În litiaza parotidiană:

- A). calculul este de obicei în canalul Stenon
- B). calculul are de obicei aspect coraliform
- C). fenomenele supurative sunt estompate
- D). simptomatologia este redusă
- E). papila Stenon este dilatată.

36. Radiografia pentru litiaza salivară:

- A). poate vizualiza calculii de pe canalul Stenon
- B). poate vizualiza toți calculii de pe canalul Wharton
- C). poate fi radiografie simplă
- D). poate vizualiza calculii din glanda sublinguală
- E). poate fi radiografie cu film oral ocluzal

37. Sialografia:

- A). este o radiografie a glandei salivare
- B). este o radiografie numai a canalului salivar
- C). utilă în depistarea calculilor transparenți
- D). aduce informații cu privire la starea parenchimului glandei
- E). este utilizată mai frecvent la glanda submandibulară.

38. Ecografia:

- A). poate vizualiza calculii salivari de 0,5 mm

- B). poate vizualiza calculii de 1,5 mm
- C). este posibilă în 100% din cazurile de litiază
- D). utilizează ultrasunetele în modul M
- E). este o investigație neinvazivă.

39. CT-ul ca metodă imagistică de diagnostic:

- A). cel mai utilizată în cazul litiazei salivare
- B). este o metodă neinvazivă
- C). indicată în patologia tumorală a glandelor salivare
- D). pune în evidență gradul de inflamație locală
- E). nu este indicată la copii.

40. litotriția extracorporală:

- A). utilizează aparate piezoelectrice
- B). utilizează aparate electromagnetice
- C). utilă la copii, în special
- D). începe prin administrarea unor unde de șoc de intensitate mare
- E). fragmentează calculul în reziduri de 2mm.

41. Litotriția intracorporală:

- A). utilizează laserul pentru fragmentarea calculului
- B). extrem de invazivă
- C). determină stres maxim pacientului
- D). implică costuri mari
- E). presupune explorarea endoscopică a canalului salivar.

42. Submaxilectomia:

- A). este o intervenție chirurgicală care se realizează numai în anestezie locală
- B). abordul este submandibular cutanat
- C). constă din ablația glandei submandibulare și a prelungirii anterioare
- D). utilă când transformările glandei sunt reversibile
- E). nu prezintă riscuri.

43. Parotidectomia superficială:

- A). se utilizează când calculul este situat la nivelul canalului Stenon
- B). se utilizează când calculul se localizează intraglandular
- C). poate duce la reapariția ulterioară a simptomatologiei obstructive
- D). impune utilizarea antibioprolaxiei
- E). se indică excepțional, când calculul este intraglandular.

44. Tumorile maligne ale glandelor salivare pot fi:

- A). carcinomul mioepitelial
- B). carcinomul oncocitic
- C). carcinomul nediferențiat
- D). carcinomul cu celule acinoase
- E). oncocitomul

45. Tumori benigne ale glandelor salivare pot fi:

- A). papilomul ductal
- B). sialadenomul papilifer
- C). oncocitomul
- D). adenocarcinomul cu celule calare
- E). adenocarcinomul cu celule bazale

46. Adenomul pleomorf parotidian:

- A). debutează frecvent în lobul superficial
- B). debut nodular, solitar
- C). deformează marcat regiunea parotidiană
- D). este fixat pe planurile subiacente
- E). nici un răspuns corect.

47. Adenomul pleomorf al glandelor salivare accesorii:

- A). localizat la nivelul buzei inferioare, pe fața internă cel mai frecvent
- B). 60% debut la nivelul fibromucoasei vălului palatin
- C). debut sub forma unui nodul nedureros
- D). nu se poate ulcera
- E). tumora pare bine delimitată macroscopic.

48. Semnele clinice de malignizare a unei tumori mixte parotidiene pot fi:

- A). adenopatia regională
- B). alterarea stării generale
- C). fixarea la tegument
- D). creștere tumorală bruscă
- E). desen vascular șters.

49. Oncocitomul:

- A). reprezintă o tumoră malignă a glandelor salivare
- B). apare după vârsta de 50 ani
- C). se dezvoltă pe fondul modificării canaliculare, apărute cu înaintarea în vârstă
- D). are dimensiuni de până la 20 cm
- E). histopatologic se prezintă sub forma unei acumulări de celule granulare eozinofile.

50. Carcinomul cu celule acinoase:

- A). este o tumoră malignă a glandelor salivare
- B). prezintă malignitatea crescută
- C). apare destul de frecvent la copii
- D). se prezintă sub forma unei mase nodulare parotidiene
- E). afectează nervul facial rapid.

51. Adenomul pleomorf malign:

- A). a.reprezintă o tumoră malignă per primam
- B). este considerată de tip carcinosarcom
- C). evoluția tumorală este lentă
- D). apariția metastazelor loco-regionale și la distanță este tardivă
- E). tumora are un caracter evolutiv asemănător unei tumori slab diferențiate.

52. Adenomul pleomorf metastazant:

- A). este o formă rară de adenom pleomorf benign
- B). se caracterizează printr-un potențial de metastazare în ganglionii loco-regionali sau la distanță
- C). se poate dovedi natura malignă a tumorii
- D). determină metastaze osoase, pulmonare, hepatice.
- E). apare mai frecvent la femei.

53. Planificarea intervenției chirurgicale pe baza studiului cefalometric al anomaliilor dento-maxilare severe:

- A). urmează după tratamentul ortodontic prechirurgical

- B). oferă informații esențiale pentru intervenția chirurgicală
 - C). nu poate stabili reperele cu privire la viitoarea poziția a fragmentelor osoase
 - D). poate stabili necesitatea unei genioplastii
 - E). poate fi o sursă de erori importantă
- 54. Intervenția chirurgicală în anomaliile dento-maxilare severe poate fi:**
- A). osteotomia în ‚L inversat’ a ramului mandibulei
 - B). osteotomia cu osteotomie a corpului mandibulei
 - C). osteotomia verticală Caldwell-Letterman
 - D). osteotomia verticală a ramului mandibular- Obwegeser- Dal Pont
 - E). osteotomia sagitală a ramului mandibulei modificată de Epker
- 55. Planificarea intervenției pe modele de studiu și realizarea gutierelor de ocluzie, în anomaliile dento-maxilare severe, implică:**
- A). montarea modelelor în articulator semireglabil în poziție de propulsie
 - B). montarea modelelor în propulsie cu spațiu de inocluzie fiziologică în cazul necesității avansării maxilarului
 - C). trasarea pe modelul maxilar a liniilor verticale și orizontale de referință
 - D). secționarea modelului maxilar superior la nivelul viitoarei linii de osteotomie
 - E). secționarea modelului mandibular pe o linie verticală, care reprezintă viitoarea osteotomie.
- 56. Osteotomia sagitală a ramului mandibular, în tratamentul anomaliilor dento-maxilare severe:**
- A). este o tehnică chirurgicală rar utilizată pentru mandibulă
 - B). abordul se face pe cale cutanată
 - C). linia de osteotomie interesează corticală internă a ramului mandibular între Spina Spix și incizura sigmoidă
 - D). se practică întotdeauna unilateral
 - E). intervenția se practică bilateral.
- 57. Osteotomia verticală a ramului mandibular, în tratamentul anomaliilor dento-maxilare severe:**
- A). este o metodă chirurgicală practică frecvent
 - B). calea de abord poate fi pe cale orală
 - C). calea de abord poate fi cale cutanată
 - D). constă în secționarea orizontală a ramului mandibular
 - E). linia de osteotomie are traiect de la unghiul mandibulei la incizura sigmoidă.
- 58. Osteotomia verticală a ramului mandibular, în tratamentul anomaliilor dento-maxilare severe, implică:**
- A). retrudarea fragmentului distal pentru anomaliile de clasa a III-a
 - B). retrudarea fragmentului distal pentru anomaliile de clasa a II-a
 - C). avansarea fragmentului distal pentru anomaliile de clasa a III-a
 - D). avansarea fragmentului distal pentru anomaliile de clasa a II-a
 - E). avansarea fragmentului distal în anomaliile de clasa a II-a și a III-a.
- 59. Osteotomia ramului mandibular în ‚L inversat’:**
- A). este indicată în situația în care există o convergență spre posterior a ramurilor mandibulare
 - B). se poate practica pe cale cutanată sau orală

- C). presupune efectuarea unei osteotomii orizontale supraspingiene a ramului mandibular
- D). presupune efectuarea unei osteotomii verticale retrospingiene a ramului mandibular
- E). duce la detașarea a trei fragmente osoase.

60. Genioplastia:

- A). reprezintă repoziționarea mentonului
- B). se realizează pe cale cutanată
- C). implică o linie de osteotomie verticală a mentonului cu avansarea acestuia
- D). se poate asocia cu osteotomii de diverse tipuri
- E). nici un răspuns corect

61. Osteotomia tip Le Fort I, în tratamentul anomaliilor dento-maxilare severe:

- A). este indicată în anomaliile de clasa a III-a cu componentă maxilară
- B). se realizează pe cale orală
- C). constă în practicarea unei osteotomii orizontale la nivelul maxilarului
- D). nu se continuă spre posterior la nivel retrotuberozitar
- E). se poate asocia cu suspendări scheletice tip Adams.

62. Îngrijirea postoperatorie în cazul anomaliilor dento-maxilare severe constă în:

- A). verificarea blocajului intermaxilar în prima zi postoperator
- B). evaluarea ocluziei la nivel canin și molar, a doua zi postoperator
- C). igienă orală riguroasă
- D). schimbarea arcurilor și elasticelor a treia zi postoperator
- E). menținerea elasticelor doar pe perioada nopții, din ziua a cincea.

63. Complicațiile chirurgiei ortognate, pot fi:

- A). intraoperatorii
- B). postoperatorii
- C). deviația de sept nazal
- D). tulburări neurosenzoriale
- E). toate răspunsurile sunt corecte.

64. Tratamentul ortodontic postchirurgical, în anomaliile dento-maxilare severe:

- A). are loc tardiv
- B). începe după îndepărtarea imobilizării inter-maxilare
- C). începe la 3-4 săptămâni de la intervenția chirurgicală
- D). are ca rezultat principal conțința ocluzală a rezultatului operator
- E). implică corectarea inocluziei verticale.

65. Tratamentul chirurgical al anomaliilor de clasa a III-a Angle vizează:

- A). retrudarea mandibulei prognate
- B). retrudarea maxilarului în cazurile cu retrognatism maxilar
- C). avansarea maxilarului în cazurile cu retrognatism maxilar
- D). asocierea retrudării mandibulei cu avansarea maxilarului
- E). nici un răspuns corect.

66. Tratamentul chirurgical al anomaliilor de clasa a II-a Angle vizează:

- A). retrudarea mandibulei retrognate
- B). avansarea mandibulei retrognate
- C). retrudarea maxilarului prognat
- D). asocierea dintre avansarea mandibulei retrognate și retrudarea maxilarului prognat
- E). nici un răspuns corect.

67. Anomaliile în plan vertical prin tulburări de creștere a mandibulei (clasa a III-a cu ocluzie deschisă):

- A). fac parte dintr-un complex de anomalii musculo-scheletale*
- B). dezvoltă anomalii în toate cele 3 planuri*
- C). tratamentul lor constă în decompensare ortodontică postchirurgicală*
- D). tratamentul lor constă în intervenție chirurgicală ortognată bimaxilară*
- E). se pot trata prin osteotomii sagitale ale ramului mandibular asociată cu osteotomie tip Le Fort*

68. Compresia de maxilar:

- A). este o tulburare care se poate asocia cu alte anomalii în plan vertical și sagital*
- B). se poate trata chirurgical prin intervenție de tip Le Fort I asociată cu osteotomie sagitală de maxilar*
- C). se poate trata chirurgical prin osteotomie Le Fort I segmentară cu separarea maxilarului în două fragmente posterioare*
- D). se poate trata chirurgical prin osteotomie Le Fort I segmentară cu separarea maxilarului în trei fragmente posterioare*
- E). nu se tratează chirurgical.*

69. Anomaliile în plan vertical prin deficit maxilar se manifestă clinic prin:

- A). etaj inferior al feței mărit*
- B). buza superioară scurtată*
- C). mentonul proeminent*
- D). unghi nazo-labial normal*
- E). micșorare semnificativă a spațiului de inocluzie fiziologică.*

70. Sindromul algodisfuncțional este o afecțiune:

- A). rara*
- B). frecventă*
- C). asimptomatică*
- D). polisimptomatică*
- E). apar numeroase modificări structurale articulare*

71. Factorii etiologici care provoacă o deviere a condililor la poziția normală sunt:

- A). pierderea incisivilor și premolarilor*
- B). pierderea premolarilor și molarilor*
- C). pierderea incisivilor și molarilor*
- D). interferențe în lateralitate*
- E). interferențe în propulsie*

72. Patologia intraarticulară a ATM nu cuprinde:

- A). hipoplazie de condil*
- B). luxația temporo-mandibulară*
- C). anchiloza temporo-mandibulară*
- D). fractura subcondiliană înaltă*
- E). artrita temporo-mandibulară*

73. În sdr. algodisfuncțional al ATM, durerea iradiază cel mai frecvent în următoarele regiuni:

- A). laterocervical omolateral*
- B). laterocervical contralateral*
- C). umăr omolateral*

- D). limba
 - E). regiunea nazala
- 74. In sdr. algodisfunctional al ATM apar urmatoarele simptome si semne:**
- A). dureri
 - B). senzatie de oboseala musculara
 - C). bruxism
 - D). tumefactie
 - E). crepitatii
- 75. In sdr. algodisfunctional al ATM nu apare:**
- A). dureri
 - B). devierea mandibulei
 - C). cracmente
 - D). hematom
 - E). spasm muscular
- 76. Tratamentul sdr. algodisfunctional al ATM nu cuprinde:**
- A). terapie ocluzala
 - B). slefuiri selective
 - C). regim alimentar hiposodat
 - D). fizioterapie
 - E). TENS
- 77. Terapia sdr. algodisfunctional al ATM nu include:**
- A). fizioterapie
 - B). infiltratii locale cu toxina botulinica
 - C). infiltratii locale cu xilina 2%
 - D). infiltratii locale cu xilina 4%
 - E). e.infiltratii locale cu Ubistezin forte
- 78. Principiul de tratament in SAD care presupune modificare dietei se caracterizează prin:**
- A). oboseala musculara lentă
 - B). spasme musculare
 - C). producerea modificarilor degenerative la suprafetelor articulare
 - D). sunt indicare in faza inițială a terapie
 - E). intrerup sinteza de lichid sinovial
- 79. In plagile articulatiei temporo-mandibulare nu se practica:**
- A). toaleta plagilor
 - B). adm. ATPA in plagi contaminate
 - C). indepartare eschile osoase
 - D). reluarea miscarilor mandibulare la 3-4 zile
 - E). sutura in 2 planuri
- 80. In contuziile ATM apare:**
- A). devierea mentonului spre partea sanatoasa
 - B). devierea mentonului spre partea afectata
 - C). contact molar doar pe partea sanatoasa
 - D). contact molar doar pe partea afectata
 - E). ocluzie in doi timpi.
- 81. Factori favorizanti ai luxatiei anterioare a ATM:**

- A). hipertonia muschilor masticatori
- B). laxitatea capsule articulare
- C). hipotonia muschilor masticatori
- D). cavitate glenoida puțin adanca
- E). cavitate glenoida larga.

82. In luxatia anterioara bilateral a ATM:

- A). gura este deschisa cu mandibular protuzata
- B). gura este deschisa cu mandibula retrudata
- C). gura este inchisa
- D). linia interincisiva este deplasata pe partea afectata
- E). linia interincisiva este deplasata pe partea sanatoasa.

83. In luxatia anterioara bilaterala apare:

- A). durere puternica
- B). tumefactie pretragiana
- C). linia interincisiva deplasata spre partea sanatoasa
- D). imposibilitatea inchiderii gurii
- E). hemoragie

84. Luxatia anterioara unilaterala a ATM:

- A). contactul molar se efectueaza pe partea afectata
- B). contactul molar se efectueaza pe partea sanatoasa
- C). linia interincisiva este deplasata spre partea afectata
- D). linia interincisiva este deplasata spre partea sanatoasa
- E). linia interincisiva nedeplasata

85. Luxatia anterioara recidivanta cronica a ATM este favorizata de urmatoarele, cu exceptia:

- A). tubercul articular sters
- B). tubercul articular proeminent
- C). spasme musculare
- D). laxitate mandibulara
- E). crize tonico-clonice in epilepsie

86. In luxatia posterioara a ATM:

- F). miscarile mandibulei sunt absente
- G). miscarile mandibulei sunt posibile de mica amplitudine
- H). apare depresiune pretragiana, condilii palpabili sub arcadele temporozigomatiche
- I). apare depresiune pretragiana, condilii palpabili in conductul auditiv extern
- J). apare hipoacuzie

87. In luxatia posterioara a ATM, apar urmatoarele semne, cu exceptia:

- A). gura intredeschisa
- B). otoragie
- C). deschiderea gurii posibila
- D). retrognatie mandibulara
- E). depresiune pretragiana

88. in simptomatologia luxatiei posterioare apar:

- A). miscari mandibulare absente
- B). depresiune pretragiana
- C). gura inchisă complet

D). *prognatism mandibular*

E). *obraji turtiti*

89. In fractura subcondiliana stg.:

A). *contactul molar se efectueaza pe partea stg.*

B). *contactul molar se efectueaza pe partea dr.*

C). *linia interincisiva este deplasata spre partea stg.*

D). *linia interincisiva este deplasata spre partea dr.*

E). *linia interincisiva nedeplasata*

90. Etiopatogenia luxatie anterioare recidivante cronice cuprinde

A). *tubercul articular sters*

B). *tulburari de echilibru*

C). *spasm muscular*

D). *laxitate mandibulara produsa de dezechilibrele ocluzo articulare*

E). *ocluzie adanca*

91. Pentru artrita temporo-mandibulara infectioasa nespecifica, nu este adevarat:

A). *este determinata de extensia directa a infectiei din conductul auditiv extern*

B). *este determinata de extensia directa a infectiei de la un granulom periapical I.6.*

C). *este favorizata de corticoterapia cronica*

D). *este favorizata de tratamentul citostatic*

E). *este favorizata de starea generala alterata a bolnavului*

92. Simptomatologia artritei temporo-mandibulare nespecifice cuprinde:

A). *dureri accentuate la mobilizarea mandibulei*

B). *tumefiere preauriculara*

C). *artralgii nocturne*

D). *febra*

E). *depresiune preauriculara*

93. Tratamentul artritelor temporomandibulare nespecifice nu include:

A). *repaus articular*

B). *antibiototerapie*

C). *AINS*

D). *dieta lichida*

E). *Incizie endoorala, evacuare*

94. Urmatoarele artrite temporomandibulare nu evolueaza spre anchiloza:

A). *artritele nespecifice*

B). *artrita actinomicotica*

C). *artrita TBC*

D). *artrita sifilitica*

E). *artrita traumatica*

95. Artroza temporomandibulara:

A). *apare mai ales la varstnici*

B). *apare mai ales la pacientii care au avut interventii de chirurgie ortognata in antecedente*

C). *e insotita de hipomobilitatea mandibulara*

D). *e insotita de hipermobilitatea mandibulara*

E). *e insotita de crepitatii*

96. Constrictia de mandibula – etiologie:

- F). *posttraumatic*
- G). *dupa supuratii*
- H). *cicatrici tegumentare retractile*
- I). *miozite cronica*
- J). *toate de mai sus*

97. In anchiloza temporomandibulara intracapsulara unilateral:

- A). *deschiuderea gurii este limitata partial*
- B). *deschiderea gurii este imposibila*
- C). *mentonul este deviat de partea afectata*
- D). *mentonul este deviat de partea sanatoasa*
- E). *asimetria faciala este mai redusa decat in anchiloza extracapsulara*

98. Semnele de anchiloza extracapsulara sunt:

- A). *limitarea partial dar permanenta a deschiderii gurii*
- B). *devierea mandibulei de partea afectată*
- C). *mişcări de protruzie si lateralitate posibile dar reduse ca amplitudine*
- D). *asimetrie facila*
- E). *simetrie facială*

99. După extensia bloului osos anchiloza temporo mandibulara intracapsulara prezintă următoarele stadii de evolutie:

- A). *bloc osos limitat la apofiza condiliană*
- B). *bloc osos limitat la apofiza coronoidă*
- C). *bloc osos extins pana la incizura sigmoida*
- D). *bloc osos limitat la incizura sigmoida*
- E). *bloc osos extins pana la apofiza coronoida*

100. Din categoria factorii de risc locali pentru vindcarea intarziata a plagilor fac parte

- A). *Plagile zdrobite*
- B). *Hematoamele*
- C). *Deficitele nutritionale*
- D). *Varsta inaintata*
- E). *Sutura plagilor in tensiune*

101. Dintre factorilor iatrogeni ce favorizeaza aparitia fracturilor regasim

- A). *Fractura mandibulei in timpul manoperelor de extractie a molarilor II mandibulari*
- B). *Fractura mandibulei in timpul sa udupa indeartarea unor chisturi mandibulare voluminoase*
- C). *Fractura unghiului mandibulei in timpul manoperelor de odontectomie a molarilor de minte inclusi*
- D). *Fractura mandibulei secundare unei patologii infectioase osoase (osteomielita)*
- E). *Fracturile mandibulei in timpul sau dupa rezectiile marginale extinse pentru extirparea unor tumori benign sau maligne de la acest nivel*

102. Zonele de minima rezistenta mandibulare sunt

- A). *Unghiul mandibulei*
- B). *Zona simfizara*
- C). *Gaura mandibulara*
- D). *Colul mandibulei*
- E). *Procesul alveolar*

103. Mecanismele de producere a fracturilor sunt

- A). Mecanism de flexie*
- B). Mecanism de presiune*
- C). Mecanism de tasare*
- D). Mecanism de smulgere*
- E). Mecanism de interpunere*

104. Mecanismul de presiune detereminant in fracurile de mandibula actioneaza

- A). Producand fracturi indirect*
- B). Producand fracturi directe*
- C). Energia cinetica dezvoltata este foarte mare*
- D). Osul primeste forta in axul lung*
- E). Este cel mai frecvent intalnit*

105. In cazul unei fracturi de unghi mandibular apare urmatoare deplasare a fragmentelor osoase

- A). Fragmentul mic este ascensionat*
- B). Fragmentul mic este tractionat spre medial*
- C). Fragmentul mic este de deplasat in jos*
- D). Fragmentul mare este deplasat in jos si inapoi*
- E). Fragmentul mare se insera pe toata musculatura suprahiodiana*

106. Manevrela Lebourg presupun

- A). La presiune sagitala pe menton durere in focarul de fractura (fracturi de unghi mandibular, ram, condil)*
- B). Imprimarea unor miscari vertical si orizontale pentru a decela mobilitate patologica*
- C). La presiune bilateral vertical pe unghiurile mandibulare apare durere la nivelul focarului de fractura in cazul fracturilor de ram sau condil mandibular*
- D). La presiune bilateral transversal catre median pe unghiurile mandibulei apare durere la nivelul focarului de fractura in cazul fracturilor corpului mandibulei*
- E). la imprimarea miscarilor in plan vertical si orizontal se evidentiaza crepitatii*

107. Semnele clinice asociate leziunii traumatice sunt

- A). Dureri spontane*
- B). Masticatie imposibila*
- C). Edemul partilor moi*
- D). Echimoze*
- E). Hipoestezii*

108. Linia de fractura in cazul unei fracturi Le Fort III trece prin

- A). Oasele nazale*
- B). Peretele inferior al orbitei*
- C). Apofiza pterigoida 1/3 mijlocie*
- D). Arcada temporo zigomatica*
- E). Vomer*

109. Aspectele clinice ale fracturilor Le Fort I

- A). Echimoze vestibulare in potcoava*
- B). Palparea dureroasa a santului vestibular superior*
- C). Semnul Guerin pozitiv*
- D). Facies in butoi*
- E). Echimoze palpebrale*

110.Semnele clinice ale fracturii Le Fort III sunt

- A). Enoftalmie si diplopie*
- B). Rinolicvoree*
- C). Tulburari respiratorii*
- D). Echimoze vestibulare*
- E). Tulburari minine de ocluzie*

111.In cazul fracturii Le Fort I linia de fractura trece prin

- A). Apertura piriforma*
- B). Fosa canina*
- C). Gaura infraorbitara*
- D). Apofiza coronoida*
- E). Tuberozitatea maxilara*

112.Imobilizarea semirigida are urmatoarele carcteristici

- A). Este recomandata cand nu exista fracturi coronare asociate*
- B). Asigura stabilizarea dintilor traumatizati*
- C). Permite miscarile fiziologice ale dintilor in timpul masticatiei*
- D). Este o metoda simpla si rapida*
- E). Este fizionomica*

113.Semnele clinice ale fracturilor LeFort II

- A). Edem facial important*
- B). Epistazis bilateral*
- C). Tulburari de sensibilitate (hipo/anestezie) in teriotiul nervului mentonier*
- D). Echimoze palpebrale*
- E). Echimoze vestibulare in potcoava*

114.Semnele clinice ale fracturilor anterioare ale osului malar cu depalsare inclus

- A). Crepitatii gazoase*
- B). Oral se percepe o denivelare in treapta*
- C). Asimetrie facial prin infundarea reliefului malar*
- D). Deschiderea cavitatii bucale limitata*
- E). Diplopie*

115.Imobilizarea cu sarma in 8 are urmatoarele caracteristici

- A). Asigura o imobilizare buna*
- B). Permite abordul endodontic*
- C). Creaza problem in efectuarea igienei orale*
- D). Este nefizionomica*
- E). Poate determina extractia lenta a dintelui sau leziuni ale cementrului*

116.Complexul malar este alcatuit din

- A). Osul malar*
- B). Marginea superioara a orbitei*
- C). Arcada temporozigomatica*
- D). Peretele anterior la sinusului maxilar*
- E). Apofiza piramidala a maxilarului*

117.In ceea ce priveste replantarile dentare

- A). Dintele traumatizat de scoate din ocluzie timp de 2-3 saptamani*
- B). Dintele este repus in alveola manual*
- C). Se recomanda alimentative moale 2-3 saptamani*

- D). Dintele se spala cu solutii antiseptice*
- E). Este necesara aspirarea cheagului din alveola inainte de repositionare*

118.Perforatiile boltii palatine

- A). Apar cel mai frecvent la copii*
- B). Deschiderea cavitatii bucale este limitata*
- C). Vocea este nazonanta*
- D). Apare comunicare oro nazala*
- E). Este present epistaxisul*

119.Semnele clinice ale fracturilor anterioare ale osului malar fara deplasare include

- A). Edem post traumatic al regiunii zigomatice*
- B). Deschiderea cavitatii bucale limitata*
- C). Hipoestezie in teritoriul nervului infraorbitar*
- D). Asimetrie facial*
- E). Exoftalmie*

120.Gutierele acrilice prezinta urmatoarele caracteristici

- F). Asigura o fizare rigida a dintilor*
- G). Sunt fizionomice*
- H). Necesita o etapa de laborator*
- I). Igiena orala este deficiara*
- J). Nu permit abordul endoontic*

121.Traiectul liniei de fractura in cazul unei fracturi Le Fort II trece prin

- A). Oasele nazale*
- B). Osul lacrimal*
- C). Peretele antero-lateral al sinusului maxilar*
- D). Apexul dintilor laterali*
- E). Tuberozitatea maxilara*

122.Fracturile corpului mandibulei sunt

- A). Mediane*
- B). Situate inaintea insertiilor muscular*
- C). Paramediane*
- D). Fracturile laterale*
- E). In plina masa muscular*

123.In functie de energia traumatismului fracturile se impart in

- A). Fracturi cominutive*
- B). Fracturi in os verde*
- C). Fracturi deschise*
- D). Fracturi fara deplasare*
- E). Fracturi cu deplasare*

124.Semnele specific fracturilor laterale mandibulare sunt

- A). Linia de fractura este situata intre incisivii laterali si canini*
- B). Linia de fractura poate fi vertical sau oblica*
- C). Poate fi produsa prin mecanism direct sau indirect*
- D). Pacientul poate prezenta excoriatii hematoame*
- E). Apar tulburari de ocluzie evidente*

125.Semnele clinice ale intreruperii continuitatii osoase

- A). Crepitatii osoase
- B). Modificari ale rapoartelor ocluzale
- C). Mobilitate anormala a fragmetelor osoase
- D). Deformari osoase ale etajului inferior al fetei
- E). Jena in deglutitie

126.Semnele clinice specific ale fracturilor mediane

- A). Linia de fractura este intre ei doi centrali inferiori
- B). Prezinta un traiect oblic ascendant paramedian catre margine bazilara a mandibulei
- C). Ocolesc simfiza mentoniera
- D). La inchiderea gurii apare diastazia
- E). Apare diastama intre cei doi incisivi inferiori

127.Fracturile ramului mandibular pot fi

- A). Vertical ale ramului
- B). In plina masa musculara
- C). Oblice ale ramului
- D). Orizontale ale ramului
- E). Situate inaintea insertiilor musculara

128.Fracturile de mandibula dupa numarul liniilor de fractura sunt

- A). Unice
- B). Duble
- C). Triple
- D). multiple
- E). cominutive

129.Tratamentul cicatricilor postoperatorii cand se necesita reinterventia consta in

- A). Detensionarea cicatricilor retractile, prin plastii in "v/y" sau plastii in "z"
- B). Administrarea pe cale generala de corticoterapie
- C). Revizia chirurgicala a plagii, cu repositionarea corecta la nivelul punctelor de contact
- D). Aplicatii locale de creme pe baza de corticoizi
- E). Excizia zonelor care prezinta tatuaje traumatice ca urmare a retentiei de corpi straini de mici dimensiuni

130.Factorii de risc generali pentru vindecarea intarziata a plagilor sunt

- A). Folosirea excesiva a electrocauterului
- B). Diabetul zaharat
- C). Corpuri straini restanti in palga dupa efectuarea suturii primare
- D). Radio/chimioterapie in antecedente
- E). Inunosupresia

131.Urmatoarele afirmatii sunt adevarate despre sinusul maxilar :

- A). Se formeaza in luniile de viata intrauterine
- B). Au forma patrulaterala
- C). La copil ocupa in totalitate osul maxilar
- D). Este cel mai voluminos sinus paranasal
- E). Este o anexa a cavitatii bucale

132.Rolurile sinusului maxilar:

- A). Racirea aerului atmospheric

- B). Respiratie*
- C). Umidifierea aerului inspirit*
- D). Reglarea presiunii intranazale*
- E). Aparare imuna specifica*

133.Sinusul maxilar sintetizeaza:

- A). CO₂*
- B). Aerul inspirit*
- C). Monoxide de azot*
- D). Impuritatile*
- E). Bicarbonatul*

134.Mucoasa sinusului maxilar:

- A). Este de tip endocrine*
- B). Este format din epiteliu cilindric monostratificat*
- C). Prezinta cili*
- D). Nu e susceptibila la infectii*
- E). Produce apa*

135.Dintii care au raport sinusal sunt:

- A). Molarul 1 superior*
- B). Premolarul 2 superior*
- C). Incisivul lateral inferior*
- D). Molarul 2 inferior*
- E). Caninul superior*

136.Factorii favorizanti ai sinuzitei maxilare:

- A). Inflamatiia acuta a mucoasei rino-sinusale*
- B). Obstructia ostiumului din meatul nazal inferior*
- C). Cresterea motilitatii ciliare*
- D). Cresterea secretiei de mucus*
- E). Scaderea motilitatii ciliare*

137.Care afectiuni dentoparodontale pot cauza sinuzita maxilara:

- A). Parodontita apicala acuta a dintilor laterali superiori*
- B). Parodontita apicala cronica a dintilor laterali superiori*
- C). Parodontita apicala a dintilor frontali*
- D). Pericoronarita molarului 3 superior*
- E). Pulpit purulent a molarului 3 superior*

138.Sinuzita maxilara acuta:

- A). Prezinta 2 faze: catarala si supurata*
- B). Este frecventa la sugari*
- C). Este o afectiune doar infectioasa*
- D). Este o afectiune infectioasa si inflamatorie*
- E). Prezinta leziuni osoase subiacente importante*

139.Semnele clinice ale sinuzitei maxilare acute:

- A). Durere unilateral la nivelul etajului inferior al fetei*
- B). Rinoree purulenta unilateral*
- C). Febra 38-38,5*
- D). Durere imediata in orbita cu plecare din etajul mijlociu*
- E). Dureri bilateral la nivelul etajului mijlociu*

140.Semnele clinice ale sinuzitei maxilare cornice:

- A). Cefalee matinala frecventa*
- B). Halena fetida*
- C). Jena dureroasa in sinusul afectat accentuate de pozitia decliva a capului*
- D). Stare generala alaterata*
- E). Refluarea lichidelor pe nas cand se asociaza cu o comunicare orosinusala*

141.Urmatoare investigatii paraclinice ajuta la diagnosticul afectiunilor sinusale:

- A). radiografiile standard pentru sinusuri anterioare ale fetei (SAF)*
- B). CT*
- C). RMN*
- D). Ecografia glandelor salivare*
- E). Punctiile sinusale*

142.Diagnosticul sinuzitei maxilare de cauza dentara se face pe baza:

- A). Testarii vitalitatii dintilor inferiori*
- B). Triadei durere-cacosmie-rinoree purulenta*
- C). Anamnezei si examenului clinic*
- D). Prezentei trismusului puternic*
- E). Prezentei hipersalivatiei*

143.In cazul sinuzitei cornice de cauza dentara diagnosticul diferential se face cu:

- A). Sinuzita cronica rinogena*
- B). Sinuzita maxilara alergica*
- C). Sinuzita maxilara fungica*
- D). Sinuzita maxilara de cauza TBC*
- E). Supuratii generale de cauza dentara*

144.Cura radicala a sinusului maxilar:

- A). Este operatia Caldwell- Luc*
- B). Au ca scop indepartarea partial a mucoasei sinusale*
- C). Foloseste abordul in fosa canina*
- D). Se foloseste la sinuzitele acute*
- E). Utilizeaza contradeschidere in fosa nazala*

145.Comunicare orosinusala

- A). Localizata frecventa pe palat*
- B). Este o solutie de continuitate catre sinus sin as*
- C). Este o solutie de continuitate catre sinus si cavitate bucala*
- D). Localizta frecvent pe creasta alveolara*
- E). Localizat frecvent in vestibule*

146.Plastia comunicarii oro-sinusale se poate realiza

- A). In trei planuri anatomice*
- B). In doua planuri anatomice*
- C). Intr-un plan*
- D). Cu lambou vestibular inferior*
- E). Cu lambou palatinal*

147.Plastia comunicarii oro-sinusale intr-un plan se poate face cu:

- A). Lambou dreptunghiular transpozitionat*
- B). Lambou dreptunghiular cu pedicul anterior*
- C). Lambou dreptunghiular cu pedicul posterior*

- D). Lambou dreptunghiular palatinal
- E). toate de mai sus

148. Plastia comunicarii orosinusale in 2 planuri:

- A). Este o interventie chirurgicala facila
- B). Este metoda cea mai sigura
- C). Foloseste o colereta de mucoasa vestibulara
- D). Nu necesita tratament antibiotic
- E). Necesita tratament decongestive

149. Cum se indeparteaza o radacina dentara impinsa in sinusul maxilar?

- A). Se trepaneaza sinusul mai sus de locul de elective
- B). Se realizeaza plastia comunicarii in 2 planuri
- C). Se realizeaza cura sinusala in toate cazurile
- D). se realizeaza plastia comunicarii intru-n plan
- E). Toate de mai sus

150. Timpii chirurgicali ai plastiei comunicarii orosinusale:

- A). Incizie
- B). Decolare
- C). Sutura in planuri anatomice
- D). irigatii cu alcool
- E). tamponament intraalveolar

151. Planul sinus al comunicarii orosinusale poate fi:

- A). Lambou in colereta si lambou vestibular
- B). Lambou in colereta si lambou palatinal
- C). lambou vestibular si lambou palatinal
- D). grefa de piela libera despicata
- E). toate de mai sus cu exceptia

152. Dupa cura radicala sinusala poate apare pe termen lung:

- A). jena dureroasa meteodependenta
- B). Tulburari de sensibilitate la nivelul dintilor superiori
- C). dureri vii la nivelul dintilor inferiori
- D). hemoragie sinusala
- E). nici o variant nu e corecta

153. Comunicarea orosinusala poate apare in urma:

- A). rezectiei apicale
- B). Chistectomiei
- C). Osteomielitei
- D). abcesului vestibular inferior
- E). Luxatiei de mandibula

154. La examenul CT in sinuzita maxilara acuta mucosa apare:

- A). Congestionata
- B). Subtiata
- C). Ingrosata
- D). Hipodensa
- E). hiperdensa

155. Examenul bacteriologic al puroiului in sinuzite :

- A). nu are nici o importanta

- B). orienteaza conduita terapeutica*
- C). se realizeaza in toate situatiile*
- D). pune in evidenta cel mai frecvent anaerobi*
- E). pune in evidenta cel mai frecvent aerobi*

156.Modificarile mucoasei sinusale evaluate sinusoscopic:

- A). se clasifica in 4 clase*
- B). se clasifica in 3 clase*
- C). se clasifica in 6 clase*
- D). se clasifica in 5 clase*
- E). nici o varianta nu e corecta*

157.Tipul II de mucoasa dupa Sarafoleanu prezinta:

- A). secretii abundente*
- B). dilatatii chistice ale glandelor submucoase*
- C). modificari in corion*
- D). nici o vaarianta*
- E). polipi*

158.Tipul 4 de mucoasa dupa Sarafoleanu prezinta:

- A). hiperplazii si metaplazii*
- B). polipi organizati*
- C). fongozitati*
- D). cazeum*
- E). toate de mai sus*

159.Tipul 3 de mucoasa dupa Sarafoleanu prezinta:

- A). polipi*
- B). chisturi*
- C). cazeum*
- D). secretii apoase*
- E). nici o variant*

160.Semnele clinice minore din sinuzita de cauza dentara:

- A). stare generala nealterata*
- B). inapetenta*
- C). halitoza*
- D). tuse*
- E). nici o barianta*

161.Care dintre urmatoarele semne caracterizeaza sindromul toxico-septic?

- A). tensiunea arteriala crescuta*
- B). proteina C reactiva depaseste de 2 ori valoarea normala*
- C). edeme*
- D). trombocite mai mari de $100.000/mm^3$*
- E). temperatura mai mare de $38^{\circ}C$ sau mai mica de $36^{\circ}C$.*

162.Alegeti afirmatiile corecte privind principiile generale de tratament in infectiile oro-maxilo-faciale:

- A). antibioterapia se asociaza tratamentului chirurgical la pacientii in varsta*
- B). anestezia generala este indicata la copiii sub 10 ani*
- C). incizia nu se practica in zonele declive ale tumefactiei*
- D). supuratia este o urgenta medico-chirurgicala*

E). vindecarea plagilor se va face per primam .

163. Infecțiile periosoase interesează:

- A). spatiul canin*
- B). spatiul vestibular*
- C). spatiul palatinal*
- D). spatiul corpului mandibulei*
- E). spatiul bucal.*

164. Spatiul vestibular este delimitat de :

- A). lateral: mucoasa vestibulara*
- B). posterior: muschiul buccinator*
- C). medial: spatiul latero-faringian*
- D). superior: valul palatin*
- E). anterior: mm. intrinseci ai buzelor.*

165. Diagnosticul diferential al proceselor supurative palatinale se face cu:

- A). adenita supurata submandibulara*
- B). goma luetica*
- C). chistul maxilar suprainfectat*
- D). formatiunile tumorale ale fibromucoasei palatinale*
- E). abcesul limbii.*

166. Abcesul spatiului paramandibular :

- A). cauza cea mai frecventa este reprezentata de paricoronaritele supurate ale molarilor de minte inferiori*
- B). se mai numeste abces buccinato- maxilar*
- C). se mai numeste abces migrator al obrazului*
- D). abordul se face numai pe cale endobucala*
- E). dupa remisia fenomenelor inflamatorii nu se face extractia dintelui cauzal.*

167. Supuratiile spatiului canin:

- A). incizia este cel mai des cutanata*
- B). pacientul prezinta o tumefactie geniana dureroasa la palpare*
- C). sunt determinate de procese periapicale ale caninilor maxilari*
- D). examenul CT evidentiaza factorul cauzal dentar*
- E). pot duce la aparitia unor trombi septici in vena angulara.*

168. Etiologia supuratiilor spatiului infratemporal e reprezentata de:

- A). litiaza glandei submandibulare;*
- B). infectii dento-parodontale ale molarilor superiori*
- C). punctia anestezica la Spina Spix*
- D). pulpita purulenta*
- E). punctia anestezica a nervilor alveolari superiori si posteriori.*

169. Diagnosticul diferential al abcesului submandibular nu se face cu:

- A). adenopatii specifice*
- B). adenopatii metastatice*
- C). adenita submandibulara acuta supurata*
- D). abcesul salivar*
- E). chistul de maxilar suprainfectat.*

170. Limitele spatiului sublingual sunt :

- A). lateral: arcul mentonier*

- B). *posterior: osul maxilar*
- C). *anterior osul hioid*
- D). *inferior: m. sterno-cleido-mastoidian*
- E). *superior: mucoasa sublinguala.*

171. Spatiul masticator cuprinde:

- A). *spatiul bucal*
- B). *spatiul canin*
- C). *spatiul maseterin*
- D). *spatiul temporal*
- E). *spatiul pterigomandibular.*

172. Care dintre urmatoarele afirmatii sunt adevarate:

- A). *trismusul apare rar in abcesul maseterin*
- B). *abcesul maseterin are ca etiologie infectiile molarilor inferiori*
- C). *incizia orala a abcesului maseterin este cea mai indicata*
- D). *spatiul maseterin este delimitat lateral de m. genioglos*
- E). *diagnosticul diferential al abcesului maseterin se poate face cu adenita submandibulara*

173. Abcesul spatiului parotidian:

- A). *are ca etiologie parotiditele si litiazele parotidiene supurate*
- B). *determina alterarea starii generale*
- C). *trebuie diferentiat de abcesul spatiului maseterin*
- D). *este o complicatie a infectiilor molarilor de minte inferiori*
- E). *determina insuficienta respiratorie.*

174. Spatiul prevertebral:

- A). *supuratiile sunt de cauza odontogena*
- B). *este delimitat lateral de mandibula*
- C). *este spatiul de risc*
- D). *supuratiile evolueaza lent*
- E). *in caz de aparitie a complicatiilor prognosticul este bun.*

175. Supuratiile difuze:

- A). *au ca factori favorizanti surmenajul, diabetul, etc*
- B). *se caracterizeaza prin fenomene toxico-septice*
- C). *sunt produse de germeni anaerobi*
- D). *colectia supurata este bine delimitata*
- E). *au o tendinta extensiva.*

176. Punctul de plecare al flegmonului planseului bucal in constituie:

- A). *pericoronaritele supurate ale molarilor de minte inferiori*
- B). *procese septice dento-parodontale*
- C). *adenita submandibulara cronica*
- D). *litiaza glandei submandibulare*
- E). *sinuzita maxilara.*

177. Urmatoarele afirmatii privind aspectele clinice ale flegmonului planseului bucal sunt false:

- A). *debuteaza sub forma unei supuratii sublinguale*
- B). *tumefactia are o duritate lemnoasa la palpare*
- C). *apare "edemul in pelerina"*

- D). pacientul nu prezinta o stare generala alterata*
- E). limba este deviata spre partea stanga.*

178.Flegmonul difuz hemifacial:

- A). starea generala a pacientului este buna*
- B). are ca punct de plecare infectii cutanate faciale cu Stafilococ*
- C). intereseaza numai spatiul temporal*
- D). se poate complica cu osteomielite ale maxilarului si mandibulei*
- E). tumefactia are o tendinta de remisie.*

179.Complicatiile infectiilor oro-maxilo-faciale pot fi:

- A). peritonita*
- B). abcesul cerebral*
- C). infarctul miocardic*
- D). diabetul zaharat*
- E). tromboza venei cave.*

180.Diagnosticul diferential al limfadenitelor cronice se face cu:

- A). Boala Hodgkin*
- B). rubeola*
- C). infectia HIV*
- D). sifilisul*
- E). diabetul zaharat.*

181.Osteita este:

- A). o infectie primara osoasa*
- B). o infectie monoostotica*
- C). un proces cronic dento-parodontal*
- D). produsa de germeni din tesutul subcutanat*
- E). o complicatie a infectiilor oro-maxilo-faciale.*

182.Dupa Laskin , osteomielitele se clasifica in:

- A). supurate*
- B). congestive*
- C). nesupurate(Garre)*
- D). cu Stafilococ*
- E). dupa infectii specifice.*

183.In osteomielita supurata acuta:

- A). durerea este surda, nu iradiaza*
- B). la examenul local lipseste tumefactia*
- C). apare brusc alterarea starii generale*
- D). precoce apare anestezia labio-mentoniera*
- E). semnele Rx apar dupa 1 saptamana.*

184.Care dintre urmatoarele afirmatii privind aspectul radiografic al osteomielitelor sunt adevarate:

- A). imaginea Rx este de radiotransparenta bine delimitata de max 0,5 cm*
- B). imaginea Rx clasica este de "sarcofag"*
- C). semnele Rx apar dupa 1 saptamana*
- D). semnele Rx apar cand se produce o demineralizare de 30-60%*
- E). pe radiografie alterneaza zone de osteoliza cu zone de condensare osoasa.*

185.Osteonecroza maxilarelor:

- A). este o infectie dento-parodontala
- B). se vindeca in 2-3 saptamani
- C). apare ca urmare a actiunii unor factori chimici sau fizici
- D). se remite spontan
- E). este un proces de degradare a tesutului osos secundar tulburarilor trofice.

186.Diagnosticul diferential al actinomicozei cervico-faciale se face cu:

- A). sinuzita maxilara
- B). herpes zoster
- C). sclerodermia
- D). infectia HIV
- E). fistulele cutanate.

187.Ulceratia tuberculoasa:

- A). este localizata la nivel retromolar
- B). este unica , cu marginile delimitate
- C). este foarte dureroasa
- D). nu este insotita niciodata de adenopatie
- E). prezinta granulatii galbui.

188.Semnele disfunctiei de organ in sindromul toxico-septic sunt:

- A). oligurie
- B). leucocitoza
- C). creatinina mai mare de 2mg/ dl
- D). tahipnee
- E). trombocite mai mici de 100.000/ mm³.

189.Anestezia loco-regionala este indicata in situatiile:

- A). abcese de spatii fasciale
- B). la pacientii care refuza anestezia generala
- C). abcese periosoase
- D). pacienti necooperanti
- E). copii sub 10 ani.

190.Diagnosticul diferential al abcesului laterofaringian se face cu:

- A). litiaza submandibulara
- B). tumori laterofaringiene
- C). tumori de maxilar
- D). abcesul vestibular
- E). adenita acuta submentoniera.

191.În cazul frenoplastiei „în Z,, din cadrul tratamentelor chirurgicale preprotetice sunt adevărate următoarele afirmații:

- A). prin această matodă se obține și o adâncire minimă a fundului de sac vestibular
- B). inciziile oblice se fac în unghi de 60 de grade
- C). dezavantajul metodei este îngustarea șanțului vestibular
- D). tehnica este similară în prima parte cu excizia simplă
- E). la nivelul osului alveolar vindecarea va fi per secundam

192.În cazul frenoplastiei cu vestibuloplastie (tratament chirurgical preprotetic)

- A). este indicată în cazul frenurilor labiale cu inserție îngustă la nivelul crestei alveolare
- B). uneori rămâne un defect osos neacoperit de mucoasă
- C). se indică în cazul bridelor localizate la nivelul fundurilor de sac vestibular maxilar

- D). lamboul mucozal se mobilizează și este deplasat prin decolare subperiostală
- E). la pacienții edentați aplicarea imediată a protezei rebazate este obligatorie

193.În cazul frenotomiei (tratament chirurgical preprotetic) frenului lingual următoarele afirmații sunt false:

- A). se realizează anestezia nervului lingual bilarteral
- B). se efectuează o incizie verticală, urmată de sutură în plan vertical
- C). trebuie ținut cont de venele linguale
- D). se efectuează o incizie transversală, perpendiculară pe fren
- E). nu există riscu lezării canalului Warthon

194.Hiperplazia inflamatorie (hiperplazia de proteză)

- A). este de obicei localizată în fundul de sac vestibular
- B). dacă leziunea este cronică tratamentul este medicamentos
- C). în cazul leziunilor care au durată lungă de evoluție este obligatoriu examenul histopatologic al piesei operatorii
- D). după intervenția chirurgicală se va aștepta cu aplicarea protezei rebazate până la vindecarea per secundam pentru a evita iritația defectului restant
- E). nu există riscul unor modificări neoplazice

195.În cazul fibromatozei tuberozitare sunt adevărate următoarele afirmații:

- A). este obligatorie efectuarea unei ortopantomograme pentru a confirma natura conjunctivă a formațiunii
- B). clinic leziunea este dureroasă la palpare
- C). examenul radiologic este obligatoriu pentru prezența unui dinte inclus
- D). examenul radiologic este obligatoriu pentru a exclude prezența unei formațiuni tumorale
- E). acest volum de țesut conjunctiv reprezintă un suport adsecvat pentru sprijinul unei proteze totale

196.Hiperplazia inflamatorie papilară palatinală:

- A). tratamentul este medicamentos
- B). tratamentul este numai chirurgical
- C). excizia se face numai cu bisturiul
- D). vindecarea după îndepărtarea leziunii se realizează per secundam
- E). îndepărtarea leziunii prin electroincizie este contraindicată din cauza dificultății de manipulare în această zonă

197.Hiperplazia gingivală:

- A). în absența tratamentului, se asociază frecvent cu resorbția osoasă a procesului alveolar
- B). în absența tratamentului, nu se asociază cu resorbția osoasă a procesului alveolar
- C). creșterea este lentă
- D). creșterea este rapidă
- E). în cazul intervenției chirurgicale efectuate pentru hiperplazia gingivală, după anestezia loco-regională mai întâi se extrag dinții cu mobilitate crescută

198.În cazul crestei balante următoarele afirmații sunt adevărate:

- A). este localizată de obicei în zonele frontale edentate
- B). corectarea acestei leziuni de foarte multe ori poate provoca reducerea înălțimii șanțului vestibular
- C). examenul histopatologic este obligatoriu

- D). după excizia formațiunii vindecarea se realizează per secundam în 3-4 săptămâni
E). lipsa de stabilitate a protezei este accentuată de suprafața neregulată a mucoasei și de mobilizarea ușoară a acesteia la nivelul coamei crestei

199. În cazul plastiei șanțurilor vestibulare la mandibulă pot fi amintite următoarele dezavantaje:

- A). grosime mică a crestei care poate limita ulterior inserarea implanturilor orale
B). modificarea postoperatorie a adâncimii șanțurilor vestibulare din cauza bridelor cicatriceale
C). stimularea atrofiei osoase la nivelul crestelor alveolare
D). retracția cicatriceală a buzei
E). afectarea funcțională a mișcărilor de protrakție și ridicare a limbii în cazul re poziționării inserției mușchilor geniogloși

200. Vestibuloplastia la mandibulă descrisă de Kazanjian se poate realiza atunci când

- A). înălțimea mandibulei este de 5-10 mm
B). înălțimea mandibulei este de 10-15 mm
C). fundul de sac este îngust
D). fundul de sac este larg
E). la orice înălțime a mandibulei

201. Plastia șanțului pelvilingual descrisă de Trauner și modificată de MacIntosh și Obwegesser este indicată

- A). când osul alveolar are un contur corespunzător protezării
B). când osul alveolar are o înălțime de cel puțin 10 mm
C). când osul alveolar are o înălțime de cel puțin 15 mm
D). când osul alveolar are o înălțime de cel mult 15 mm
E). când osul alveolar are un contur necorespunzător protezării

202. În cadrul intervenției chirurgicale de plastie a șanțului pelvilingual descrisă de Trauner și modificată de MacIntosh și Obwegesser

- A). incizia se face npe coama crestei
B). se fac două incizii vestibular și lingual
C). decolarea lambourilor se face subperiostal
D). decolarea lambourilor se face supraperiostal
E). se prepară lambourile parțiale vestibular și lingual până la 1 cm deasupra marginii bazilare

203. În cadrul tehnicii de vestibuloplastie descrisă de Obwegesser sunt valabile următoarele afirmații

- A). este indicată la pacienții cu atrofie severă și șanț neutru
B). mucoasa labială și cea vestibulară sunt re poziționate la noua adâncime a fundului de sac vestibular cu ajutorul unei proteze totale
C). periostul expus este acoperit cu grefă de piele recoltată de la nivelul coapselor
D). incizia se realizează la nivelul mucoasei pe linia mediană
E). periostul neacoperit se va vindeca per secundam

204. Extracția alveoloplastică:

- A). are avantajul de a menține mai bine înălțimea crestei alveolare decât după extracția simplă
B). se realizează concomitent cu extracțiile dentare

- C). se realizează în scopul favorizării stabilității protezelor mobile
- D). papile interdentare se afrontează perfect pentru a acoperi osul alveolar modelat, expus
- E). în caz de nevoie se pot realiza incizii de descărcare divergente spre fundul de sac vestibular

205.În cadrul extracției alveoloplastice intraseptale sunt adevărate următoarele afirmații:

- A). este indicată în cazul extracției a unui sau a mai multor dinți
- B). este adaptată pentru a conserva cât mai bine înălțimea osului alveolar
- C). se practică îndepărtarea septurilor interdentare restante cu ajutorul instrumentarului rotativ
- D). se practică îndepărtarea septurilor interdentare restante cu ajutorul pensei ciupitoare de os
- E). se obține o grosime mică a crestei care poate limita ulterior inserarea implanturilor orale

206.Dezavantajele extracției alveoloplastice intraseptale sunt:

- A). grosime mică a crestei rezultate
- B). înălțimea mică a crestei rezultate
- C). creastă alveolară neregulată
- D). deretentivizarea corticalei vestibulare
- E). poate favoriza apariția unei creste alveolare ascuțite

207.În cazul alveoloplastiei crestelor alveolare edentate:

- A). dezavantajul este reducerea marcată a înălțimii și/sau lățimii crestei alveolare
- B). metoda este indicată în cazul unui proces alveolar edentat neregulat
- C). metoda este indicată în cazul unei creste alveolare ascuțite
- D). are ca scop remodelarea țesuturilor moi în vederea protezării mobile
- E). examenul radiologic este facultativ

208.Rezecția modelantă a crestei oblice interne este indicată în:

- A). atrofia marcată a crestei alveolare mandibulare în zona anterioară, cu mușchiul genioglos ajuns sub mucoasă
- B). resorbția accentuată a crestei alveolare în treimea posterioară mandibulară
- C). inserție înaltă a mușchiului hioglos
- D). șanț pelvimandibular desființat prin ajungerea cresteimilohioidiene la același nivel cu planșeul bucal
- E). creastă oblică internă ascuțită acoperită de o mucoasă subțire

209.În cazul atrofiei marcate a crestei alveolare mandibulare poate fi indicată:

- A). rezecția modelantă a apofizelor genii în asociere cu adâncirea șanțului pelvimandibular
- B). alveoloplastia crestelor alveolare edentate
- C). rezecția modelantă a torusului mandibular pe versantul vestibular al mandibulei
- D). rezecția modelantă a apofizelor genii
- E). rezecție modelantă a crestei oblice interne

210.Precizați în care din intervențiile chirurgicale preprotetice ale părților moi se pot folosi grefa de piele liberă ca element de plastic:

- A). hiperplazia gingivală
- B). hiperplazia inflamatorie

- C). creastă balantă
- D). plastia șanțului pelvilingual
- E). vestibuloplastia la maxilar descrisă de Obwegesser

211. Forme de torus palatin descrise de Landa:

- A). torus rotund în treimea anterioară a bolții palatine
- B). torus alungit cu localizare în două treimi anterioare ale bolții palatine
- C). torus ovalar cu localizare în treimea posterioară a bolții palatine
- D). torus polilobat cu localizare în două treimi posterioare ale bolții palatine
- E). torus alungit cu localizare în două treimi posterioare ale bolții

212. Atunci când torusul palatin este de mici dimensiuni, intervenția chirurgicală se poate modifica astfel:

- A). se poate realiza și o incizie circulară
- B). se poate realiza și o incizie elipsoidală în „felie de portocală”
- C). se poate realiza și o simplă incizie liniară
- D). se poate practica doar o contraincizie perpendiculară anterioară
- E). se poate realiza o incizie cu plastie „V-Y”

213. În cazul plastiei modelante a torusului mandibular este recomandată:

- A). anestezia singulară a trunchiului nervului lingual
- B). anestezia nervilor alveolar inferior și lingual la spina Spix
- C). anestezia nervului alveolar inferior și a nervului bucal
- D). anestezia la gaura mentonieră
- E). anestezia singulară a nervului lingual, tehnica Dan Teodorescu

214. În cazul plastiei modelante a torusului mandibular sunt valabile următoarele afirmații:

- A). se realizează în zona premolar-molar
- B). se realizează în zona canin-premolar
- C). se practică o incizie pe mijlocul crestei alveolare
- D). direcția liniei de osteotomie trebuie să fie perpendiculară pe suprafața corticale linguale din cauza riscului de lezare a nervului lingual
- E). direcția liniei de osteotomie trebuie să fie paralelă cu suprafața corticalei linguale din cauza riscului de lezare a nervului alveolar inferior

215. Obiectivele rezecției apicale:

- A). Stoparea difuzării agentilor microbieni din sptiul endodontic prin obturatie corecta de canal
- B). Indepartarea unei radacini cu procese apicale cornice pentru evitarea acutizarii acestora
- C). Diagnosticarea unor leziuni apicale (de alta natura) prin examen histopatologic
- D). Control asupra etanseizarii obturatiei de canal
- E). Recuperarea unor dinti fara valoare protetica

216. Sigilarea apicala poate fi realizata (in functie de situatia clinica):

- A). intraoperator la un dinte la care tratamentul endodontic nu a fost efectuat in prealabil (de evitat)
- B). Preoperator (cel mai recomandat) cu cel putin 24 ore inainte
- C). Intraoperator, prin sectionarea si indepartarea apexului la un dinte pe care a fost efectuat un tratament endodontic correct

D). Preoperator in cazul dintilor la care nu se poate face un tratament endodontic correct

E). Preoperator (cel mai recomandat) cu cel mult 24 ore inainte

217.Indicatiile rezectiei apicale

A). Incompleta instrumentare si sigilare tridimensionala a sistemului endodontic

B). Denticuli intracanalicular

C). parodontopatie marginala cronica, unde se urmareste indepartarea tesutului de granulatie periodontal

D). Punga parodontala adanca la una dintre radacinile unui dinte pluriradicular

E). Dinti cu radacina nedevelopata, unde tehnica apexificarii cu hidroxid de calciu esueaza.

218.Factori iatrogeni care indica rezectia apicala:

A). Raportul nefavorabil coroana-radacina care trebuie foarte bine evaluat preoperator.

B). formarea de praguri radiculare care nu permit tratamentul endodontic correct si care nu mai pot fi depasite prin reluarea tratamentului endodontic

C). Prezenta unui pivot pe un canal cu reactie periapicala , indepartarea pivotului si repetarea tratamentului endodontic pune in pericol rezistenta radacinii.

D). Perforatia coroanei dentare si patrunderea acului in spatiul periodontal

E). Obturatii de canal in exces care nu mai pot fi indepartate

219.Contraindicatii relative ale rezectiei apicale:

A). Dinti fara valoare protetica

B). Corticala vestibulara groasa

C). Fractura radiculara verticala

D). Raportul nefavorabil dinte-radacina

E). Pacienti cu imunosupresie

220.Avantajele lamboului semilunar in cazul rezectiei apicale sunt:

A). Pacientul poate sa mentina o buna igiena orala

B). Dimensiunile limitate ale lamboului ofera un acces minim, ceea ce constituie un convenient daca apexul sau leziunea periapicala sunt dificil de localizat

C). Incizie si decolare facile

D). Necesita o anestezie locala extinsa

E). Insertiile muscular si ale frenurilor reprezinta obstacole anatomice care implica modificarea traseului inciziei

221.In cazul lamboului Ochsenbein-Luebke sunt adevarate urmatoarele afirmatii

A). Este un lambou trapezoidal, la care incizia orizontala se practica in santul gingival

B). Este format dintr-o incizie orizontala de-a lungul marginii libere gingivale

C). prezinta doua incizii oblice de descarcare

D). Inciziile verticale formeaza intotdeauna un unghi obtuz cu cea orizontala , astfel ca baza lamboului este mai larga

E). Repozitionarea lamboului ridica probleme, neexistand puncte de referinta

222.In cazul lamboului intrasulcular triunghiular urmatoarele afirmatii sunt false:

A). Este indicat pentru dinti cu radacini scurte

B). Este indicat pentru dinti cu radacini lungi

C). Irigatia lamboului sufera

D). Sutura interdentara este mai dificila

E). Igiena orala este mai dificil de mentinut

223. Avantajele lamboului intrasulcular triunghiular (sau in "L"):

- A). Decolarea lamboului si tractionarea sunt usoare*
- B). Riscul de intersectare a leziunii este eliminate*
- C). irigatia lamboului este maxima*
- D). Sutura interdentara este mai dificila*
- E). Inciziile sunt scurte in cazul dintilor cu radacini lungi*

224. In cazul lamboului intrasulcular trapezoidal, urmatoarele afirmatii sunt adevarate:

- A). Inciziile verticale se practica la nivelul eminentelor radiculare, la o distanta (mezial si distal) de 1-2 dinti de leziune*
- B). Accesul chirurgical este foarte bun*
- C). Interesarea prin incizie a festonului gingival evita aparitia unui deficit fizionomic, incizia fiind ascunsa in sant*
- D). Vascularizatia lamboului este deficitara, existand riscul de ischemie si necroza*
- E). Este indicat atat pentru radacini lungi cat si pentru cele scurte*

225. Avantajele lamboului gingival in "plic" (pentru abordul palatinal)

- A). Decolarea lamboului este usoara*
- B). Igiena orala este usor de mentinut*
- C). Insertia gingivala poate fi modificata dupa necesitati*
- D). concomitent se poate practica si gingivectomia*
- E). Nu se pot leza vasele palatine*

226. Localizarea apexului si a leziunii periapicale se poate face prin:

- A). Practicarea unui mic orificiu in corticala, in care se aplica un material radioopac, apoi se face o radiografie de control*
- B). Se desfiinteaza cu o freza corticala osoasa urmarind radacina dintelui de la nivelul coletului pana la apex*
- C). Se urmareste relieful corticalei vestibulare (eminentele radiculare)*
- D). Atunci cand corticala osoasa este foarte subtire se poate repera pozitia apexului prin perforarea corticalei cu o sonda sau excavatorul*
- E). Se poate aproxima lungimea radacinii pe baza radiografiei retroalveolare izometrice*

227. Contraindicatii absolute ale rezectiei apicale sunt:

- A). Imposibilitate de abord din cauze diverse (microstomie, bride cicatriceale, sclerodermie)*
- B). Resturi radiculare si absenta marcata de tesuturi dure dentare care nu permit posibilitati de restaurare corono-radiculara ulterioara*
- C). Dinti cu radacina nedevelopata, unde tehnica apexificarii cu hidroxid de calciu esueaza*
- D). Cai false, perforatii ale podelei camerei pulpare*
- E). Parodontopatie marginala cronica (dinti cu implantare compromisa)*

228. In cazul lamboului semilunar pentru practicarea rezectiei apicale, urmatoarele afirmatii sunt false:

- A). Incizia si decolarea sunt facile*
- B). Decolarea se realizeaza folosind uneori forte excesive, ceea ce duce la delabrarea lamboului la capete*

- C). *Se recomanda ca ceea mai mare parte a inciziei sa fie situata in gingivomucoasa mobile*
- D). *Necesita o anestezie locala extinsa*
- E). *Dupa decolare si reclinarea lamboului se expune zona apexului dentar*

229. Avantajele lamboului Ochsenbein-Luebke pentru rezectie apicala sunt:

- A). *Corticala osoasa este bine evidentiata*
- B). *Lamboul este usor de realizat si de decolat*
- C). *Prin incizia realizata prea aproape de marginea gingivala libera se evita aparitia unui defect gingival ("fisura")*
- D). *Pacientul nu poate mentine o buna igiena orala*
- E). *Pacientul poate mentine o buna igiena orala*

230. Accidente intraoperatorii în tratamentul chirurgical al leziunilor periapicale pot fi;

- A). *Hematom*
- B). *Pătrunderea cu instrumentarul rotativ în fosa nazală*
- C). *Fractura rădăcinii*
- D). *Secționarea incompletă a rădăcinii*
- E). *Leziuni nervoase*

231. Complicații postoperatorii tardive în cazul rezecțiilor apicale, pot fi;

- A). *Necroza osoasă din cauza frezajului osos intempestiv*
- B). *Suprainfectare*
- C). *Leziuni ale apexurilor dinților vecini*
- D). *Colorarea țesuturilor din cauza materialelor de obturație retrogradă*
- E). *Edem*

232. Principii generale în rezecția apicală sunt;

- A). *Nu se va rezeca un segment mai mare de 1-3 mm*
- B). *Planul de secțiune a rădăcinii va fi bizotat spre vestibular*
- C). *Rezecția apexului este obligatoriu până la limita geodei osoase*
- D). *În cazul obturațiilor vechi incomplete/resorbite este necesară rezecția apicală până la acest nivel*
- E). *Toate sunt corecte*

233. Amputația radiculară constă în;

- A). *Îndepărtarea apexului uneia dintre rădăcinile molarilor 1 și 2*
- B). *Îndepărtarea numai uneia dintre rădăcinile vestibulare la nivelul molarilor superiori*
- C). *Secționarea porțiunii corono radiculare afectate și extracția acestuia la nivelul molarilor superiori sau inferiori*
- D). *Se îndepărtează partea radiculară fără a secționa coroana*
- E). *Pe arcada inferioară se cunoaște sub numele de „premolarizare”*

234. În rezecția apicală postoperator se indică;

- A). *Clătirea gurii, precum și consumul de alimente lichide ce pot fi și băuturi carbogazoase*
- B). *Se pot consuma alimente tari cu evitarea zonei operate*
- C). *Spălatul dinților este permis după dimineața următoare operației*
- D). *Clătiri ușoare a gurii cu soluții antiseptice pe bază de clorhexidină*
- E). *Repaus fizic la domiciliu*

235. Chiuretajul periapical;

- A). Este imposibil datorită vecinătății sinusului
- B). Se numește și rezecție apicală
- C). Are ca scop îndepărtarea în totalitate a țesutului patologic periapical
- D). Se practică la dinți parodontici
- E). Nu se efectuează obturație radiculară

236.Rezecția apicală cu obturația retrogradă;

- A). Se folosesc materiale ca amalgamul cu mai puțin de 65% Ag
- B). Prepararea cavității se poate face cu piese de turbină miniaturizată
- C). Conturul cavității vor fi adaptate conturului secțiunii apicale
- D). Este important obținerea unor pereți ai cavității cu o grosime de minim 2 mm
- E). Toate sunt corecte

237.Complicații postoperatorii imediate în cazul rejecțiilor apicale, pot fi;

- A). Necroza osoasă din cauza frezajului osos intempestiv
- B). Suprainfectare
- C). Hematom
- D). Colorarea țesuturilor din cauza materialelor de obturație retrogradă
- E). Edem

238.Materiale folosite în obturații retrograde;

- A). Pastă cu hidroxid de calciu
- B). Glasionomer MTA
- C). Ionofil
- D). Gutaperca și rășinile compozite
- E). Acrilat

239.Materialele de obturație retrogradă;

- A). Să nu se întărească repede
- B). Să fie insolubil și stabil volumetric
- C). Să nu prezinte radioopacitate
- D). Să nu determine o reacție inflamatorie
- E). să realizeze sigilarea tridimensională a canalului radicular

240.Rezecția apicală cu obturație radiculară este indicată ;

- A). Dinți cu parodontită marginală cronică
- B). Corp străin pe canal
- C). Gangrenă necomplicată
- D). Obturație veche incompletă ce nu poate fi îndepărtată
- E). Mobilitate dentară crescută

241.Rezecția apicală cu obturație radiculară se efectuează în următoarele situații;

- A). Dinți cu dispozitive corono-radiculare
- B). Dinți frontali superiori neobturați
- C). Dinți cu rădăcini drepte
- D). Dinți care nu pot fi obturați corect din cauza unor praguri radiculare
- E). Dinți cu secreție persistentă din canalul radicular

242.Premolarizarea este indicată la

- A). Molarul I inferior
- B). Molarul II inferior
- C). Molarul I superior
- D). Molarul II superior

E). Molarul III superior

243. Dificultăți operatorii în cazul rezecțiilor apicale pot fi;

- A). Apariția unui comunicări oro-sinusale*
- B). Mucoperiost vestibular slab reprezentat*
- C). Țesut patologic aderent de apexul dintelui*
- D). Durere locală intraoperatorie*
- E). Țesut de granulație aderent de fibromucoasa palatinală*

244. Cavitatea pentru obturație la rezecția apicală cu obturație retrogradă se prepară cu;

- A). Cu ultrasunete*
- B). Freză globulară*
- C). Freză con invers*
- D). Discuri*
- E). Freză cilindrică*

245. Indicațiile de extracție ale dinților temporari:

- A). sunt multiple*
- B). sunt legate de starea dintelui*
- C). când metodele de conservare au eșuat*
- D). examenul radiologic trebuie evitat din cauza varstei fragede*
- E). toate cele de mai sus*

246. Indicațiile legate de patologia dento-parodontală :

- A). dinții cu distrucții coronare massive extinse și subgingival*
- B). dinții fracturați sau luxați complet*
- C). dinții care au determinat sau/și întrețin procese supurative sinusale*
- D). dinții mult extruzați, egresați sau înclinați care defavorizează tratamentul protetic*
- E). dinții cu parodontopatie marginal cronică profundă și mobilitate de gradul II/III*

247. Indicațiile legate de patologia pseudo-tumorală sau tumorală de cauză dentară:

- A). dinții care au determinat procese supurative grave*
- B). dinții care, în urma iritației locale cornice au dus la apariția unor leziuni hiperplazice reactive și inflamatorii ("epulis-like")*
- C). dinți care au suferit transformări chistice*
- D). dinții vecini unui process tumoral*
- E). dinții în malpoziție care produc leziuni traumatice importante ale părților moi*

248. Indicațiile de extracție legate de anomalii de număr, formă sau poziție :

- A). dinții temporari fără dinte permanent succesional*
- B). dinții incluși ce nu pot erupe*
- C). dinții incluși sau erupți ce provoacă înghesuiri*
- D). dinții care împiedică erupția dinților vecini*
- E). toate cele de mai sus*

249. Situații speciale în care se indică extracția dentară :

- A). înainte de tratamentul radiant, la pacienții cu tumori în sfera OMF*
- B). la pacienții cu handicap psiho-motor*
- C). dinții vecini unui process tumoral*
- D). infarct miocardic acut*
- E). leucemie acută*

250. Contraindicațiile absolute ale extracției dentare sunt :

- A). diabet zaharat tip II*
- B). leucemie acută*
- C). sinuzită maxilară rinogenă*
- D). infarct miocardic mai vechi de 6 luni*
- E). HIV*

251. Contraindicațiile locale ale extracției dentare :

- A). leziuni locale ale mucoasei*
- B). stomatite, afte, herpes și candidoze locale*
- C). dinții din focarele de fractură care împiedică reducerea fracturii*
- D). dinții care întrețin sinuzită maxilară cronică*
- E). sinuzită maxilară rinogenă*

252. Contraindicațiile generale ale extracției dentare :

- A). nu țin de terenul pacientului*
- B). necesită de multe ori un abord interdisciplinar*
- C). primul trimestru al sarcinii*
- D). tratament cronic cu bifosfonați*
- E). ultimul trimestru al sarcinii*

253. Gradul de dificultate al unei extracții dentare depinde de :

- A). deschiderea interarcadică*
- B). poziția dintelui ce va fi extras*
- C). gradul de distrucție coronară*
- D). examenul radiologic al dintelui*
- E). toate cele de mai sus*

254. Instrumentarul necesar extracției dentare

- A). sindesmotoame, elevatoare, clești*
- B). set de consultație*
- C). chiurete*
- D). soluția anestezică și seringi*
- E). toate cele de mai sus*

255. Timpul unei extracții dentare

- A). anestezia*
- B). dilatarea osului alveolar*
- C). luxarea dintelui*
- D). aplicarea cleștelui pe dinte și luxarea lui*
- E). toate cele de mai sus*

256. Extracția cu elevatorul Lecluse nu este indicată :

- A). când rădăcinile molarului de minte inferior sunt recurbate distal*
- B). când integritatea coroanei dentare a molarului de minte inferior permite realizarea pârghiei*
- C). prezența molarilor 1 și 2 cu implantare favorabilă*
- D). când molarul trei inferior prezintă radiologic rădăcini drepte*
- E). când rădăcinile molarului de minte inferior sunt recurbate către mezial*

257. Extracția dentară cu separare interradiculară

- A). este indicată la pluriradiculari*
- B). examenul radiologic relevă prezența unor rădăcini divergente*

- C). examenul radiologic relevă o singură rădăcină, cu hipercementoză
- D). distrucție coronară extinsă până la podeaua camerei pulpare
- E). molari temporari fără rizaliză semnificativă a rădăcinilor, la care există riscul smulgerii a mugurelui dintelui permanent, situat între rădăcini

258. Separația interradiculară :

- A). la molarii superiori se va practica o separație în "T"
- B). în "Y" la molarii superiori
- C). rezultând două fragmente la molarii superiori
- D). rezultând trei fragmente la molarii inferiori
- E). separația se efectuează cu instrumentarul rotativ, apoi definitivată cu elevatorul

259. Extracția-rezecția descrisă de Witzel :

- A). este o variantă cu elevatorul
- B). se efectuează când pătrunderea cu elevatorul în spațiul parodontal este posibilă
- C). se practică în cazurile de anchiloză dento-alveolară, fără sacrificiu de substanță osoasă
- D). nu este necesară efectuarea unui lambou
- E). toate cele de mai sus sunt false

260. Extracția resturilor radiculare mici, situate profund în alveolă :

- A). se încearcă însinuarea unui elevator fin între rădăcină și peretele alveolei
- B). se poate crea la nevoie un șanț în peretele alveolar
- C). dacă orificiul canalului radicular se poate vizualiza și restul radicular este luxat, se poate folosi ntru extracție un ac Hedstrom
- D). se poate recurge la alveolotomie dacă cele de mai sus sunt inefficiente
- E). se începe cu separația interradiculară

261. Extracția prin alveolotomie este indicată în următoarele situații :

- A). rădăcini situate profund în alveolă care pot fi extrase cu elevatorul
- B). rădăcini deformate prin hipercementoză
- C). dinți și rădăcini fără anchiloză dento-alveolară
- D). dinte "barat"
- E). rădăcinile situate sub lucrări protetice conjuncte, la care se dorește conservarea lucrării protetice

262. Pentru extracția prin alveolotomie se pot efectua următoarele lambouri :

- A). lambou plic
- B). lambou triunghiular sau în "L"
- C). lambou trapezoidal
- D). incizia de descărcare în cazul lamboului în "L" se plasează mezial de dinte ce urmează să fie extras
- E). incizia de descărcare în cazul lamboului în "L" se plasează distal de dinte ce urmează să fie extras

263. Extracția pe cale alveolară înaltă (tehnica Wassmundt) :

- A). este indicată pentru resturile radiculare împinse în plina cavitate sinusală
- B). se realizează un lambou trapezoidal
- C). se rezeacă tabla osoasă palatină cu pensa ciupitoare de os sau instrumentarul rotativ
- D). se îndepărtează cu cleștele restul radicular restant
- E). nu necesită sutură

264. Etapele vindecării plăgii postextractionale :

- A). procesul de vindecare al alveolei se realizează prin granulație secundară
- B). cuprinde inflamație, epitelizare, fibrozare și remodelare
- C). etapa inflamatorie desfășurată pe parcursul primei săptămâni, constă în apariția fibroblastelor și dezvoltarea capilarelor de neoformație
- D). în primele 6-7 zile postextractional apar osteoclaste
- E). toate de mai sus

265. Accidentele extracției dentare pot fi clasificate astfel :

- A). leziuni dentare
- B). accidente sinusale
- C). trismus
- D). dry socket
- E). luxația ATM

266. Leziunile dentare ca și accidente ale extracției dentare cuprind :

- A). fractura coronară a dintelui extras
- B). luxația dintelui vecin
- C). plagă gingivală liniară
- D). smulgerea sau lezarea mugurelui dentar permanent
- E). împingerea dintelui în spațiul perimaxilar

267. Accidentele extracției dentare cuprind :

- A). înghițirea sau aspirarea unor fragmente dentare
- B). lezarea nervului facial
- C). hemoragie imediată prelungită
- D). alveolită umedă
- E). fractura instrumentelor, cu retenție de corp străin

268. Alveolita uscată „dry socket” :

- A). este un accident a extracției dentare
- B). este o formă de osteomielită locală
- C). este favorizată de extracțiile laborioase, cu traumatizarea părților moi și a pereților osoși
- D). simptomatologia dureroasă debutează la 4-5 zile
- E). este mai frecventă la maxilă

269. Prevenția cea mai important din punct de vedere al extracției dentare cuprinde :

- A). anamneză completă și corect condusă
- B). identificarea factorilor de risc
- C). antecedente personale privind eventualele tulburări ale hemostazei
- D). informații privind medicația utilizată de pacient
- E). toate de mai sus sunt false

270. Factorii generali care determină tulburări ale hemostazei

- A). stări alergice
- B). infecții acute
- C). carențe proteice
- D). tratamente citostatice
- E). deficiențe izolate ale factorilor plasmatici

271. Factorii locali implicați în hemoragiile postextractionale ar putea fi :

- A). trombocitopenii

- B). carențe vitaminice
- C). tratament cronic cu anticoagulante orale
- D). persistența țesutului de granulație
- E). nerespectarea de către pacient a instrucțiunilor privind îngrijirile postextractionale

272. Hemoragia postextractională :

- A). în mod normal sângerarea plăgii postextractionale se oprește după 30-40 de minute
- B). în funcție de momentul apariției hemoragiei postextractionale se clasifică în hemoragie precoce și tardivă
- C). hemoragia precoce – sângerarea reapare la 2-3 ore postextractional
- D). hemoragia tardivă – sângerarea se declanșează la câteva zile de la extracție
- E). apare datorită unor factori generali și locali

273. Vindecarea întârziată a plăgii postextractionale este influențată de :

- A). dehiscența plăgii
- B). malnutriție
- C). radioterapie
- D). vârsta pacientului
- E). stări alergice

274. Efectele radioterapiei asupra mucoasei orale sunt următoarele :

- A). eritem
- B). radiomucozită
- C). vindecarea plăgilor orale încetinită
- D). risc crescut de infecție
- E). mucoasa orală are o rată de turn-over scăzut, fiind extrem de radiosensibilă

275. Extracția incisivilor superiori

- A). poziția medicului este în spatele și în dreapta pacientului
- B). în cazul incisivului lateral superior, mișcările de rotație în ax pot fi practicate în mare măsură
- C). luxarea incisivului central superior se face cu amplitudine mai mare către palatinial
- D). în cazul extracției dinților superiori, falca cleștelui se însinuează mai întâi vestibular
- E). nici un răspuns nu este corect

276. Extracția rădăcinilor dentare

- A). Se poate efectua cu cleștele
- B). Nu necesită sindesmotomie
- C). Priza rădăcinii se efectuează cât mai mult spre marginea coronară
- D). Luxarea rădăcinilor se practică prin mișcări de basculare în sens mezio-distal
- E). Toate răspunsurile sunt corecte

277. Puterea anestezică și toxicitatea xilinei:

- A). Este de 2 ori mai mică decât cea a procainei
- B). Este de 2 ori mai mare decât cea a procainei
- C). Puterea anestezică este de 2 ori mai mare, în timp ce toxicitatea este de 2 ori mai mare decât cea a procainei
- D). Puterea anestezică este de 2 ori mai mică, în timp ce toxicitatea este de 2 ori mai mare decât cea a procainei
- E). În prezent se folosește ca etalon pentru celelalte anestezice locale

278. Doza maximă a xilinei la adulții sănătoși este:

- A). 4,5 mg/kg-corp pentru xilina cu adrenalină

- B). 7 mg/kg-corp pentru xilina cu adrenalină
- C). Să nu se depășească doza de 300 mg la xilina fără adrenalină
- D). Să nu se depășească doza de 400 mg la xilina cu adrenalină
- E). Să nu se depășească doza de 500 mg la xilina cu adrenalină

279.Referitor la reacțiile adverse și supradozajul xilinei sunt adevărate următoarele afirmații:

- A). Reacțiile alergice nu sunt frecvente
- B). Reacțiile alergice se datorează mai degrabă conservantului
- C). Manifestările cardiovasculare sunt reprezentate de hipertensiune și tahicardie
- D). Manifestările cardiovasculare sunt de tip cardiostimulator
- E). Manifestări din partea SNC pot fi de tip excitatoric sau de inhibiție.

280.Articaina:

- A). Prezintă o potență de 2 ori mai mare față de procaină
- B). Prezintă o potență de 4-5 ori mai mare față de lidocaină
- C). Prezintă o toxicitate de 1-1,5 ori mai mare față de procaină
- D). Se utilizează la pacienții cu hipersensibilitate la anestezice locale de tip amidic
- E). Se încadrează în clasa C de toxicitate având în vedere efectul teratogen

281.Adrenalina:

- A). Este o catecolamină
- B). Se folosește în concentrații de 1:50000 până la 1:200000
- C). Induce hipertensiune arterială și tahicardie
- D). Are efect hipoglicemiant
- E). Utilizarea ei ca adjuvant al anesezicelor locale nu este recomandată în primul trimestru de sarcină

282.Noradrenalina:

- A). Este un vasoconstrictor non-catecolaminic
- B). Este cel mai eficient vasoconstrictor folosit în soluțiile anestezice locale
- C). Are avantaje multiple față de adrenalină
- D). Ca dezavantaj putem aminti producerea unei hipertensiuni arteriale marcate
- E). Produce o vasoconstricție mult mai accentuată la locul injectării

283.Anestezia topică este indicată pentru:

- A). Extarctii de dinți temporari cu rădăcina neresorbită
- B). Incizia de abcese ale lojilor superficiale
- C). Detartraj
- D). Suprimarea reflexului de vomă în timpul amprentării
- E). Înaintea puncției anestezice

284.Anestezia plexală:

- A). Este anestezia cel mai frecvent utilizată la maxilar
- B). Presupune injectarea anestezicului subperiostal
- C). Este eficientă pentru că anestezicul nu trebuie să pătrundă în grosimea osului
- D). Se poate folosi și în regiunea frontală la mandibulă
- E). Este mai eficientă la persoanele în vârstă

285.În ceea ce privește tehnica anesteziei plexale următoarele afirmații sunt adevărate:

- A). Puncția se face în mucoasa mobilă a vestibulului superior
- B). Puncția se face în mucoasa fixă gingivală

- C). Bizoul acului este orientat spre planul osos
- D). Pentru incisivii centrali superiori anestezia se practică transfrenular
- E). Cantitatea de anestezic indicată este de 0,3-0,5 ml

286. Avantajele anesteziei intraligamentare sunt:

- A). Durata scurtă de instalare a anesteziei
- B). Datorită ischemiei date de presiunea substanței anestezice alveolita postextracțională apare mai rar
- C). Folosirea unei cantități reduse de anestezic aproximativ 1-2 ml
- D). Durerea locală postanestezică apare mai rar decât în cazul altor procedee anestezice
- E). Lipsa anesteziei la nivelul părților moi

287. Reperetele anesteziei “la tuberozitate” pe cale endoorală sunt:

- A). Mucoasa fixă
- B). Arcada temporo-zigomatică
- C). Rădăcina mezială a molarului de 12 ani
- D). Rădăcina mezială a molarului de 6 ani
- E). Marginea anterioară a mușchiului maseter

288. Teritoriul anesteziat în cazul anesteziei tronculare periferice a nervilor alveolari supero-posteriori cuprinde:

- A). Molarii superiori
- B). Osul alveolar în dreptul molarilor superiori
- C). Fibromucoasa palatinală în dreptul molarilor superiori
- D). Peretele anterior al sinusului maxilar
- E). Inconstant rădăcina mezială a molarului inferior de 6 ani (parțial sau total)

289. În ceea ce privește anestezia nervului nazopalatin pe cale endoorală următoarele afirmații sunt corecte:

- A). Puncția se face direct în papila incisivă
- B). Procedul este destul de dureros datorită inervației bogate a papilei incisive
- C). Puncția se face din lateral pe marginea papilei incisive
- D). Puncția se face la 1 cm înapoia marginii gingivale a incisivilor centrali superiori
- E). Se pătrunde în canalul incisiv aproximativ 0,5 cm

290. Referitor la anestezia nervului palatin anterior (mare) următoarele afirmații sunt corecte:

- A). Anestezicul se infiltrează în vâlul palatin
- B). Accidental se poate înțepa plexul venos pterigoidian, cu producerea hematomului feței
- C). Puncția anestezică se practică în șanțul palatin în dreptul molarului doi
- D). Se urmărește pătrunderea cu acul în canalul palatin
- E). Cantitatea de anestezic folosită este de 0,5 ml

291. Referitor la anestezia prin infiltrație a fibromucoasei palatine următoarele afirmații sunt corecte:

- A). Puncția se practică la 1 cm de marginea gingivală
- B). Acul este ținut paralel cu osul
- C). Anestezia este indicată când se intervine pe o arie largă a palatului
- D). Prin injectarea bruscă a unei cantități mari de anestezic poate apare decolarea periostală și ulterior necroza mucoasei
- E). Cantitatea de anestezic recomandată este de 0,30-0,50 ml

292. Gaura infraorbitală este situată la:

- A). 0,6-0,8 cm sub rebordul orbital inferior*
- B). La unirea celor 2/3 interne cu 1/3 externă a marginii infraorbitare*
- C). La 5 mm lateral de linia verticală mediopupilară*
- D). Pe linia verticală care trece prin incisivul central superior*
- E). Pe linia care unește gaura supraorbitală și gaura mentonieră*

293. Aria de anestezie în cazul anesteziei nervilor alveolari supero-anteriori (nervului infraorbital) cuprinde:

- A). Dinții frontali superiori*
- B). Procesul alveolar din zona frontală superioară*
- C). 1/3 anterioară a mucoasei palatinale din zona frontală superioară*
- D). Jumătate din buza superioară*
- E). Pleoapa inferioară*

294. Reperele pentru spina Spix sunt:

- A). Creasta temporală situată lateral și posterior de marginea anterioară a ramului mandibular*
- B). Creasta temporală situată medial și posterior de marginea anterioară a ramului mandibular*
- C). Plica pterigomandibulară situată de-a lungul marginii anterioare a mușchiului pterigoidian intern*
- D). Plica pterigomandibulară situată de-a lungul marginii anterioare a mușchiului pterigoidian extern*
- E). Planul de ocluzie a molarilor superiori*

295. Teritoriul anesteziat prin anestezia la spina Spix permite intervenții asupra:

- A). Dinților de pe o hemiarcadă inferioară*
- B). Osului de pe o hemiarcadă inferioară*
- C). Gingivomucoasei vestibulare de la gaura mentonieră la linia mediană*
- D). Gingivomucoasei vestibulare distal de gaura mentonieră*
- E). Părților moi labio-mentoniere*

296. În cazul anesteziei la spina Spix greșelile de tehnică duc la neinstalarea anesteziei, astfel:

- A). Puncția efectuată prea lateral va determina proptirea acului de ramul mandibular, fără instalarea anesteziei pe traiectul nervului alveolar inferior.*
- B). Puncția efectuată prea lateral va duce la anestezia laterofaringelui însoțită de tulburări de deglutiție*
- C). Puncția efectuată prea medial va duce la proptirea acului în marginea anterioară a ramului mandibular*
- D). Puncția efectuată prea profund va determina anestezia nervului auriculotemporal sau paralizia mușchiului maseter*
- E). Nici un răspuns nu este corect*

297. Anestezia nervului bucal:

- A). Este o anestezie de completare pentru gingivomucoasa situată distal de gaura mentonieră*
- B). Se poate anestezia pe cale orală sau cutanată*
- C). Anestezia singulară a nervului bucal se folosește în mod uzual în medicina dentară*

- D). *Practic se realizează printr-o puncție în vestibulul inferior în zona în care urmează să se intervină*
- E). *Practic se realizează printr-o puncție în planșeul bucal în dreptul dintelui pe care se intervine*

298. Anestezia nervului lingual în planșeul bucal:

- A). *Se utilizează preponderent în medicina dentară*
- B). *Puncția anestezică se practică în șanțul vestibular inferior*
- C). *Se practică pentru mucoasa hemiplanșeului bucal*
- D). *Se practică pentru intervenții asupra regiunii presulcale a hemilimbii de partea anesteziată*
- E). *variantă acestei tehnici este descrisă de Dan Teodorescu*

299. Gaura mentonieră este situată:

- A). *Pe fața externă a corpului mandibulei*
- B). *Pe fața internă a ramului ascendent al mandibulei*
- C). *La jumătatea înălțimii osului între cei doi premolari*
- D). *La jumătatea înălțimii osului între canin și primul premolar*
- E). *La edentați la jumătatea distanței dintre simfiza mentonieră și marginea posterioară a ramului mandibulei*

300. Anestezia nervului maseterin se practică:

- A). *În caz de anchiloză temporo-mandibulară*
- B). *În caz de trismus*
- C). *La nivelul incizurii sigmoide*
- D). *Imediat deasupra arcadei zigomatice*
- E). *Nervul maseterin este un nerv motor, și se desprinde din nervul facial*

301. Dintre accidentele și complicațiile locale ale anesteziei loco-regionale fac parte:

- A). *Ruperea acului*
- B). *Necroze ale mucoasei*
- C). *Sincopa vaso-vagală*
- D). *Criza de astm bronșic*
- E). *Alveolita postextrațională*

302. Alveolita postextrațională ca și complicație locală a anesteziei loco-regionale apare:

- A). *Cu o frecvență mai mare după anesteziile tronculare periferice*
- B). *Cu o frecvență mai mare după anestezia intraligamentară*
- C). *În primul rând datorită substanței anestezice*
- D). *În primul rând datorită vasoconstrictorului din soluția anestezică*
- E). *Datorită hiperemiei osului alveolar determinat de soluția anestezică*

303. Pareza facială tranzitorie ca accident al anesteziei loco-regionale:

- A). *Se produce în timpul anesteziei la spina Spix*
- B). *Se produce în timpul anesteziei la gaura mentonieră*
- C). *Se produce datorită injectării substanței anestezice la nivelul glandei parotide*
- D). *Are ca semne caracteristice lagofthalmia și ridicarea comisurii bucale de pe partea afectată*
- E). *Are ca semne caracteristice lagofthalmia și coborârea comisurii bucale bilateral*

304. Sincopa vaso-vagală

- A). Este precedat de stare de euforie, greață
- B). Apare mai des la adolescenți
- C). Este caracterizat prin creșterea bruscă a tensiunii arteriale
- D). Se tratează cu medicație antihipertensivă
- E). Pot fi prezente contracții musculare involuntare cu spasme clonice

305.Tratamentul sincopei vaso-vagale cuprinde:

- A). Așezarea pacientului în decubit lateral cu membrele inferioare coborâte
- B). Așezarea pacientului în poziția de astronaut
- C). Îmbogățirea aerului inspirat cu CO₂
- D). Controlul și favorizarea ventilației pulmonare
- E). Înlăturarea obstacolelor care ar putea limita mișcările respiratorii (guler, cravată, centură, sutien etc.)

306.În formele grave ale accidentelor alergice din cursul anesteziei loco-regionale pot să apară următoarele manifestări:

- A). Cutanate: prurit intens, conjunctivită, rinită
- B). Gastro-intestinale și genito-urinare: diaree, grață și vărsături, incontinență urinară
- C). Respiratorii: dispnee, cianoză, wheezing
- D). Cardiace: palpitații, aritmii, stop cardiac
- E). Nici un răspuns nu este corect

307.Accidente alergice grave din cursul anesteziei loco-regionale

- A). Sunt declanșate de substanța conservantă
- B). Histamina are un rol important în medierea reacției
- C). în caz de urgență adrenalina se administrează subcutanat
- D). Nu se recomandă oxigenoterapia din cauza bronhospasmului instalat
- E). Toate răspunsurile sunt corecte

308.Dintre accidentele și complicațiile generale ale anesteziei loco-regionale fac parte:

- A). Durerea
- B). Hematomul
- C). Injectitele postanestezice
- D). Hipotensiunea ortostatică sincopală
- E). Sincopa sinusului carotidian

1. Proprietățile ideale ale unui material sigilant sunt:

- A). rezistență înaltă la uzură*
- B). timp de priză lung*
- C). absorbție crescută a apei*
- D). timp de lucru mediu*
- E). expansiune termică redusă*

2. Avantajele sigilanților fotopolimerizabili comparativ cu cei autopolimerizabili sunt reprezentate de :

- A). variații ale vâscozității materialului de sigilare*
- B). timp de priză rapid în 10-20 secunde*
- C). materialul își păstrează aceeași vâscozitate*
- D). nu se mai încorporează bule de aer*
- E). cost scăzut al luminii care inițiază polimerizarea*

3. Următoarele afirmații sunt adevărate referitor la enameloplastie :

- A). presupune o prelucrare mecanică și o lărgire a șantului ocluzal*
- B). este o tehnică de lucru neinvazivă, fără îndepărtare de țesut dentar*
- C). se recomandă în cazul șanțurilor adânci ce prezintă modificări de culoare*
- D). asigură o adaptare mai bună la smalț*
- E). scade rezistența la uzură a materialului*

4. Dezavantajele cimenturilor ionomere de sticlă convenționale utilizate ca materiale de sigilare sunt :

- A). sensibilitate în mediul uscat*
- B). aplicare greoaie*
- C). timp de priză scurt*
- D). finisare slabă datorită suprafeței rugoase*
- E). rezistență scăzută în zonele supuse direct masticației*

5. Printre factorii de care depinde succesul unei sigilări sunt menționați :

- A). tipul de agent folosit pentru demineralizare*
- B). demineralizarea corespunzătoare a smalțului*
- C). spălarea atentă a smalțului demineralizat*
- D). menținerea unei izolări riguroase a suprafeței demineralizate*
- E). nu este necesară o izolare strictă a suprafeței demineralizate*

6. Perioadele potrivite recomandate pentru sigilarea dentară sunt :

- A). ani pentru molarii temporari*
- B). ani pentru molarii primi permanenți*
- C). ani pentru molarii primi permanenți*
- D). ani pentru molarii 2 permanenți și premolari*
- E). ani pentru molarii temporari*

7. Sigilarea dentară este indicată în următoarele situații clinice :

- A). dinți aflați în curs de erupție cu suprafața ocluzală parțial vizibilă*
- B). pacienți cu carioactivitate scăzută*
- C). pacienți cu handicap general, fizic și psihic*
- D). șanțuri și fosete adânci în formă de amforă*
- E). sonda agață dar nu există semne de carie*

8. Odontotomia profilactică are următoarele indicații clinice:

- A). imposibilitatea efectuării unor controale periodice*

- B). copii cu igiena orală foarte bună
- C). incertitudine în legătură cu prezența sau absența unei carii
- D). copii a căror sănătate generală indică anestezia generală pentru efectuarea tratamentelor stomatologice
- E). copii cu policarii care au o igienă orală proastă.

9. În ceea ce privește introducerea în practică a materialelor dentare folosite pentru sigilare sunt adevărate următoarele afirmații :

- A). prima generație este reprezentată de rășinile autopolimerizabile
- B). a doua generație este reprezentată de rășinile fotopolimerizabile cu lumină ultravioletă
- C). a treia generație este reprezentată de rășinile fotopolimerizabile cu lumină vizibilă
- D). prima generație este reprezentată de rășinile fotopolimerizabile cu lumină ultravioletă
- E). a doua generație este reprezentată de rășinile autopolimerizabile.

10. Sigilarul, un material de sigilare dentară obținut la Cluj-Napoca, are următoarele proprietăți :

- A). adeziune bună
- B). contracție mare la polimerizare
- C). biocompatibilitate
- D). timp de lucru convenabil
- E). fluiditate

11. Dinamica relației dento-maxilare în mandibulă oferă următorul tablou:

- A). Lipsa diastemei;
- B). Mugurii incisivilor centrali mult distalizați;
- C). Prezența unei diasteme mari;
- D). Spațiu necesar pentru alinierea incisivului lateral și caninului insuficient;
- E). Mugurii incisivilor centrali mezializați.

12. Dezvoltarea ocluziei de la 6 luni până la 2,5 ani se caracterizează prin următoarele evenimente:

- A). Realizarea primei mezializări fiziologice;
- B). Erupția dinților temporari;
- C). Realizarea celei de-a doua mezializări fiziologice;
- D). Constituirea ocluziei dentiției temporare;
- E). Producerea celei de-a doua înălțări de ocluzie.

13. Fenomenul atriției dentare la vârsta 3-5-6 ani contribuie la:

- A). Reducerea volumetrică naturală a dintelui;
- B). Prima mezializare a mandibulei;
- C). A doua mezializare a mandibulei;
- D). Schimbarea raporturilor verticale ocluzale de la $\frac{1}{2}$ la supraacoperire totală;
- E). Schimbarea raporturilor verticale ocluzale de la $\frac{1}{2}$ la $\frac{1}{3}$.

14. La vârsta de 5-6 ani semnele unor dezechilibre ocluzale viitoare sunt următoarele:

- A). Arcada în formă de "V" cu deplasare în vestibulo-poziție a zonei incisivo-canine;
- B). Acoperirea frontală $\frac{1}{3}$;
- C). Ocluzia în "capac de cutie";
- D). Ocluzia adâncă cu inocluzie sagitală;
- E). Ocluzia deschisă prin interpoziții.

- 15. Erupția incisivilor centrali permanenți cu un ax de înclinare mai mare decât al temporarilor are următoarele semnificații:**
- A). Se reduce perimetrul arcadei;
 - B). Rezolvă problema de spațiu, arcul arcadei fiind mai mare;
 - C). Accentuează acoperirea în zona frontală;
 - D). Corectează laterodevierile mandibulei;
 - E). Reduce gradul de supraacoperire frontală.
- 16. Evoluția relației ocluzale a molarului prim permanent este dependentă de factorii:**
- A). Circumscrierea arcadei superioare de către arcada inferioară;
 - B). Dimensiunea dinților temporari;
 - C). Dimensiunea dinților permanenți;
 - D). Creșterea scheletală;
 - E). Factorii neuro-endocrini.
- 17. În etiopatogenia anomaliei dento-maxilare ca factor local, caria dinților temporari poate interveni prin:**
- A). Păstrarea nealterată a relațiilor tridimensionale a ocluziei dentare
 - B). Compromiterea funcției fizionomice
 - C). Compromiterea masticației
 - D). Exfoliere dentară precocă și menținerea nealterată a dimensiunii verticale a arcadei alveolare
 - E). Menținerea nealterată a calității funcțiilor majore ale dinților temporari
- 18. Caria aproximală din zona de sprijin are ca efect:**
- A). Alungirea arcadei
 - B). Păstrarea lungimii arcadei
 - C). Pierderea spațiului de rezervă
 - D). Facilitează erupția caninului și premolarului 2
 - E). Se însoțește de migrări ale dinților limitrofi în spațiul liber
- 19. Pierderea prematură a dinților temporari se însoțește de:**
- A). Păstrarea nealterată tridimensională a arcadei dentare și ocluziei
 - B). Migrarea dinților permanenți aflați în erupție
 - C). Instalarea incongruenței dento-alveolare
 - D). Supraerupții ale dinților antagoniști
 - E). Interferențe ocluzale
- 20. Caria ocluzală poate produce:**
- A). Tulburări ale dinamicii mandibulare
 - B). Perturbări ale ocluziei dentare
 - C). Vicierea relațiilor verticale interarcade
 - D). Păstrarea permanentă în infraocluzie a dintelui antagonist
 - E). Suprerupția antagonistului
- 21. Traumatismele accidentale ale dinților temporari pot determina adesea:**
- A). Intruzii ale dinților temporari
 - B). Ingresiuni ale dinților temporari
 - C). Luxația lor
 - D). Tulburări în dinamica evoluției dinților permanenți
 - E). Consecințe în relațiile dento-alveolare
- 22. Retenția prelungită a unor dinți temporari pe arcadă poate sugera:**

- A). Mmezodermizare tardivă
- B). Mezodermizare precocă
- C). Tulburări ale evoluției lamei dentare epiteliale primitive
- D). Tipare anormale de resorbție radiculară
- E). Anchiloze osoase

23. Retenția prelungită a unor dinți temporari pe arcadă poate genera următoarele tulburări:

- A). Incongruență dento-alveolară prin anizodonție
- B). Incongruență dento-alveolară primară
- C). Incongruență dento-alveolară la distanță
- D). Întârzieri în reglările ocluzale
- E). Incluzia dintelui permanent înlocuitor

24. Perturbarea timpului de exfoliere a dinților temporari poate fi semnul:

- A). Tulburărilor produse în evoluția arcului doi branhial
- B). Tulburărilor cudării entoblastului
- C). Unei anomalii grave cum este incongruența dento-alveolară
- D). Perturbării evoluției tecii lui Hensen
- E). Absenței resorbției epiteliilor adamantine reunite

25. Întârzierile în erupția dinților permanenți sunt generate de:

- A). Întârzieri ale invaginării epiteliului adamantin extern în mezoblast
- B). Întârzieri în formarea tecii Hensen
- C). Tulburări ale lamei epiteliale primitive
- D). Bariere osoase
- E). Bariere fibroase

26. Asincronismele în erupția dentară pot fi cauze ale:

- A). Lamei dentare primitive
- B). Mezodermizării asincrone a epiteliilor adamantine
- C). Interferențelor ocluzale cu dereglări în dinamica mandibulară
- D). Ageneziei cartilajului lui Meckel
- E). Perturbărilor evoluției tecii Hensen

27. Care sunt enunțurile false în cadrul următoarelor formulări referitoare la dinții supranumerari:

- A). Au caracter ontogenetic progresiv
- B). Amintesc de formula dentară a antropozilor
- C). Au uneori formă atipică
- D). Au întotdeauna formă atipică
- E). Nu dau niciodată complicații

28. Dezechilibrele consecință a anodonției depind de:

- A). Structura osoasă
- B). Nu sunt influențate de activitatea părților moi
- C). Nu depind de structura osoasă
- D). Întindere
- E). Regiunea în care se produc

29. Conform clasificării Școlii franceze a anomaliilor dento-maxilare, următoarele afirmații referitoare la prefix sunt false:

- A). Macro

- B). *Micro*
- C). *Gresiune*
- D). *Rotație*
- E). *Hipo*

30. Următoarele afirmații referitoare la prefix, conform clasificării Școlii Franceze a anomaliilor dento-maxilare, sunt adevărate:

- A). *Euri*
- B). *Versiune*
- C). *Dolico*
- D). *Brahi*
- E). *Gnație*

31. După clasificarea Școlii Franceze a anomaliilor dento-maxilare, următoarele afirmații referitoare la prefix sunt adevărate:

- A). *Superior*
- B). *Bilateral*
- C). *Unimaxilar*
- D). *Supra*
- E). *Genie*

32. Conform clasificării Școlii Franceze a anomaliilor dento-maxilare , următoarele afirmații referitoare la radical sunt adevărate:

- A). *Maxilar*
- B). *Alveolie*
- C). *Cheilie*
- D). *Exo*
- E). *Menton*

33. Următoarele afirmații referitoare la calificativ, conform clasificării Școlii Franceze a anomaliilor dento-maxilare, sunt adevărate:

- A). *Infra*
- B). *Torsionat*
- C). *Mezio*
- D). *Axial*
- E). *Ocluzie*

34. Referitor la calificativ, conform clasificării Școlii Franceze a anomaliilor dento-maxilare, următoarele afirmații sunt false:

- A). *Bilateral*
- B). *superior*
- C). *Alveolie*
- D). *Bimaxilar*
- E). *Latero*

35. Conform clasificării Școlii Franceze a anomaliilor dento-maxilare, modificările în mai multe planuri pot avea ca prefix:

- A). *Jugal*
- B). *Labial*
- C). *Dolico*
- D). *Inferior*
- E). *Hipo*

36. Precizați care afirmații sunt adevărate în cazul clasificării lui Angle în definirea corectă a modificărilor dento-maxilare:

- A). Anomalie dento-maxilară de Cl. I*
- B). Malochuzie Cl. a II-a diviziunea 1*
- C). Anomalie dento-maxilară de Cl. a II-a diviziunea 2*
- D). Anomalie dento-maxilară de Cl. a II-a diviziunea 1*
- E). Malochuzie Cl. a III-a*

37. Clasificarea Angle ia în considerare molarul de 6 ani deoarece:

- A). Acesta oferă date privind relațiile mandibulo-maxilare doar în plan transversal*
- B). Angle îl consideră în poziție fixă la nivelul bazelor maxilare*
- C). Are întotdeauna o poziție fixă pe bazele maxilare*
- D). Definește poziția celor două maxilare în plan sagital unul față de altul*
- E). Reflectă aspectele clinice ale anomaliei*

38. Semnele care indică pe ortopantomogramă o rotație mandibulară de tip anterior sunt:

- A). curbura preangulară accentuată*
- B). ramura ascendentă a mandibulei lungă*
- C). canalul dentar șters*
- D). lățimea mare a ramurii orizontale mandibulare*
- E). condilul înalt*

39. Pe ortopantomogramă se pot evidenția:

- A). Poziția și direcția de erupție a mugurilor dinților permanenți.*
- B). Sensul rotației mandibulare.*
- C). Maxilarul superior și cel inferior.*
- D). Relațiile dento-dentare în cadrul aceleiași arcade.*
- E). Mărimea etajelor faciale.*

40. Distanța Ao-Bo de pe teleradiografia de profil:

- A). Indică poziția incisivilor superiori față de cei inferiori.*
- B). Se măsoară pe planul bazal mandibular.*
- C). Se măsoară pe planul de ocluzie.*
- D). Indică o clasa a III-a scheletică în cazul în care are valori negative.*
- E). Indică tipul rotației maxilarului și al mandibulei.*

41. Erorile în măsurătorile cefalometrice pot fi cauzate de:

- A). Neadaptarea metodei de înregistrare cu sincronizarea vârstei dentare cu cea biologică și osoasă*
- B). Erori ale predicțiilor de creștere*
- C). Greșeli de protecție radiologică*
- D). Greșeli în marcarea punctelor*
- E). Greșeli din sistemul de măsurători*

42. Mărirea imaginii radiografice se produce deoarece:

- A). Emisia razelor x se face din mai multe puncte*
- B). Emisia razelor x se face dintr-o sursă lineară*
- C). Emisia razelor x se face dintr-un punct, iar razele nu sunt paralele*
- D). Punctele obiectului examinat sunt supuse unei proiecții conice*
- E). punctele obiectului examinat nu sunt supuse unei proiecții conice*

43. Cea mai mare sursă de eroare care produce deformare asimetrică pe teleradiografia de profil este constituită de:

- A). Marcajele n plan transversal
 - B). Marcajele cefalometrice localizate în plan sagital
 - C). Marcajele cefalometrice în plan vertical
 - D). Înregistrarea imaginii pe un film radiografic convențional
 - E). Malpoziționarea pacientului în cefalostat
- 44. cu cât sursa de radiații x este mai apropiată de corpul studiat imaginea înregistrată este:**
- A). Mai puțin deformată
 - B). Mai mică decât a obiectului situat mai departe de sursă
 - C). Egală cu dimensiunea obiectului studiat
 - D). Mai deformată
 - E). Mai mare decât a obiectului situat mai departe de sursă
- 45. Adâncimea feței, după Ricketts, se face prin analiza unghiului:**
- A). N-Gn-H.F
 - B). S-GN cu N-Ba
 - C). S-N-Gn
 - D). S-N-D
 - E). N-Pg-HF
- 46. În examenul radiografic erorile previziunilor de creștere și tehnicilor de suprapunere sun date de:**
- A). Gama redusă de diferențe morfologice
 - B). Influențele invariabile ale factorilor de mediu
 - C). Ratele de creștere cu direcții variabile
 - D). Variațiile în timp ale diferitelor zone de creștere activă
 - E). Lipsa de corelație dintre mărimea structurilor faciale la vârste scăzute și faza finală de adult
- 47. Conform analizei Ricketts înălțimea anterioară a feței este dată de unghiul:**
- A). N-Pg-Go
 - B). S-N-Pg
 - C). AxaY-N-Ba
 - D). N-Ba-Gn
 - E). HF-Go-Gn
- 48. Prin analiza convexității faciale în sens antero-posterior, după Ricketts, se poate constata:**
- A). Profil convex, pentru valori mai mari decât media
 - B). Profil concav, pentru valori mai mari decât media
 - C). Profil convex, pentru valori mai mici decât media
 - D). Profil concav, pentru valori mai mici decât media
 - E). Profil rectiliniu pentru valori apropiate de zero
- 49. După Ricketts unghiul interincisiv evidențiază:**
- A). Prodenție bimaxilară, în valori marite
 - B). Retrodenție bimaxilară, în valori mărite
 - C). Prodenție bimaxilară, în valori micșorate
 - D). Retrodenție bimaxilară, în valori micșorate
 - E). Bascularea posterioară a HF, în valori micșorate
- 50. După Ricketts variația unghiului de conicitate denotă:**

- A). *Tip dolicocefal, în valori mai mari decât normalul*
- B). *Rotație posterioară mandibulară, în valori mai mari decât normalul*
- C). *Hipodezvoltare posterioară, în valori mai mici decât normalul*
- D). *Rotație anterioară mandibulară, în valori mai mici decât normalul*
- E). *Hiperdezvoltare posterioară, în valori mai mari decât normalul*

51. Sindromul de compresiune maxilară:

- A). *Se caracterizează prin reducerea dezvoltării sagitale a mandibulei*
- B). *Se caracterizează prin reducerea dezvoltării sagitale a maxilarului*
- C). *Se caracterizează prin reducerea diametrelor maxilarelor față de planul medio-sagital*
- D). *Frecvența lui variază în funcție de vârstă și de populația investigată*
- E). *Se asociază,uneori, cu laterodeviația mandibulară*

52. Răspunsurile scheletale ce apar în compresia de maxilar ca urmare a acțiunii forțelor musculare schimbate direcțional sunt:

- A). *Îngustarea maxilarului*
- B). *Meziopozitia și rotația molarilor și a premolarilor*
- C). *Retrognația mandibulară*
- D). *Poziția joasă a limbii*
- E). *Retrodenția incisivilor inferiori*

53. Caracteristicile arcadei dento-alveolare superioare în sindromul compresiei de maxilar sunt:

- A). *Baza apicală este mai mare decât baza coronară*
- B). *Forma trapezoidală*
- C). *Îngustarea în zona molară sau premolar-molară întotdeauna simetrică*
- D). *Torusul palatin proeminent*
- E). *Distopozitia zonei laterale*

54. Malocluziile de clasa II-1 cu creștere facială de tip anterior se caracterizează prin:

- A). *Dimensiune verticală anterioară mică*
- B). *Răspund bine la tratament*
- C). *Unghiul planurilor maxilare este înalt*
- D). *Incompetența labială*
- E). *Aspect fizionomic disgrațios*

55. Diagnosticul diferențial al compresiei de maxilar cu protruzie se face cu:

- A). *Sindromul de endognație maxilară*
- B). *Sindromul de endoalveolie cu înghesuire*
- C). *Retrognația mandibulară*
- D). *Meziopozitia*
- E). *Macrodonția*

56. În malocluziile de clasa II-1:

- A). *Gradul de proclinare a incisivilor superiori crește dacă înălțimea posterioară este mai mică decât înălțimea anterioară*
- B). *Unghiul SNB este micșorat*
- C). *Apare protruzia mediană a feței*
- D). *Relațiile incisive sunt normale dacă înălțimea facială anterioară este mai mică decât cea posterioară*
- E). *Baza craniului este supradimensionată în porțiunea posterioară*

57. În ortodonție radiografia cu "film mușcat" se utilizează pentru:

- A). Înghesuirile dentare
- B). Aprecierea corectă a dimensiunii unui dinte
- C). Dinți ectopici
- D). Aprecierea corectă a poziției coroanei în sens vestibulo-oral
- E). Determinarea centrului de rezistență al dintelui

58. Malocluzia de Clasa a II/2 este caracterizată prin:

- A). Reducerea diametrelor premolare și molare
- B). Retrodenție cu supraacoperirea grupului incisiv
- C). Diferite grade de înghesuire dentară
- D). Mărirea diametrelor premolare și molare
- E). Prodenție cu supraacoperirea grupului incisiv

59. Aspectul facial în malocluzia de Clasa a II/2 este caracterizat prin:

- A). Etaj inferior micșorat
- B). Sanț labio-mentonier șters
- C). Mentonul accentuat
- D). Buzele subțiri
- E). Nasul proeminent

60. Caracteristici ale arcadelor dento-alveolare în Malocluzia de Clasa a II/2:

- A). Baza apicală mai mare ca baza coronară
- B). Incisivii vestibulari superiori în palatopozitie
- C). Incisivii vestibulari superiori în vestibulopozitie
- D). Incisivii laterali superiori în vestibuloversie
- E). Incisivii laterali superiori în palatoversie

61. Caracteristicile tratamentului în Malocluzia de Clasa a II/2 urmăresc:

- A). Obținerea de spațiu în vederea rezolvării înghesuirilor dentare
- B). Corectarea retrodenției și a supraocluziei
- C). Menținerea relațiilor în zona laterală
- D). Menținerea retrodenției
- E). Evitarea pericolului de traumă parodontală

62. Malocluzia de clasa a III-a se caracterizează prin:

- A). rapoarte de distalizare la canini și la molari
- B). rapoarte neutrale la canini și la molari, asociate cu treaptă sagitală negativă
- C). rapoarte de mezializare la molari și ocluzie inversă frontală
- D). inexistența treptei sagitale negative
- E). modificările interesează atât mandibula, cât și maxilarul.

63. Tulburările fizionomice ale pacienților cu malocluzie de clasa a III-a se referă la:

- A). profil convex specific
- B). aspect de micșorare a feței în totalitate
- C). treapta labială inversată
- D). aspect dezagreabil în surâs
- E). profil concav

64. Examenul teleradiografic în malocluziile de clasa a III-a evidențiază:

- A). unghiul SNB mărit
- B). unghiurile SNA și SNB micșorate
- C). ramuri mandibulare micșorate

- D). *distanța bispinală micșorată*
 - E). *unghiul ANB cu valori pozitive*
- 65. Traumele ocluzale la pacienții peste 30 ani cu malocluzie clasa a III-a se caracterizează prin:**
- A). *leziuni multiple la nivelul coletului*
 - B). *explozie de carii la nivelul frontalilor angrenați invers*
 - C). *modificări pe teleradiografiile de profil*
 - D). *agravarea rapoartelor mezializate de ocluzie la molari*
 - E). *apariția inocluziei verticale în zona frontală*
- 66. Modificările compensatorii la nivelul procesului alveolar superior ce însoțesc malocluzia de clasa a III-a se referă la:**
- A). *retroalveolie și retrodenție*
 - B). *proalveolie*
 - C). *prodenție*
 - D). *înghesuiri dentare importante*
 - E). *compresie de maxilar*
- 67. Intensitatea tulburărilor funcționale în malocluzia de clasa a III-a depinde de:**
- A). *decalajul sagital intermaxilar*
 - B). *decalajul transversal*
 - C). *asocierea disarmoniei în plan vertical*
 - D). *vârsta pacientului*
 - E). *factorii ereditari existenți*
- 68. Examenul endobucal al pacienților cu malocluzie de clasa a III-a evidențiază:**
- A). *ocluzie inversă frontală*
 - B). *treaptă sagitală pozitivă*
 - C). *ocluzie inversă totală*
 - D). *rapoarte neutrale de ocluzie*
 - E). *rapoarte mezializate de ocluzie*
- 69. Examenul facial în malocluziile de clasa a III-a se caracterizează prin:**
- A). *față aplatizată cu obrajii înfundați*
 - B). *profil drept armonios*
 - C). *profil concav*
 - D). *buză superioară proeminentă*
 - E). *raport labial inversat*
- 70. Malocluzia de clasa a III-a produsă de sechele postoperatorii ale despicăturilor labio-maxilo-palatine este însoțită de:**
- A). *lipsa de solicitare a zonei frontale*
 - B). *suprasolicitarea zonei laterale*
 - C). *interesare parodontală importantă*
 - D). *rapoarte normale de ocluzie în zonele laterale*
 - E). *tulburări fonetice*
- 71. Malocluzia de clasa a III-a este caracterizată de următoarele aspecte:**
- A). *prezența unui ghidaj anterior normal*
 - B). *absența unui ghidaj anterior normal*
 - C). *instabilitate la nivelul contactelor interdentare*
 - D). *afectarea ATM prin cracmente și crepitații*

- E).tulburări funcționale și ocluzale minore*
- 72. Factori genetici implicați în inocluzia verticală frontală sunt:**
- A). Sindromul Down*
 - B). Rahitismul*
 - C). Afecțiuni reumatice ale articulației temporo-mandibulare*
 - D). Unele craniosinostoze*
 - E). Deglutiția infantilă*
- 73. Factori locali implicați în inocluzia verticală frontală sunt:**
- A). Incongruența dento-alveolară cu înghesuire*
 - B). Afecțiuni reumatice ale articulației temporo-mandibulare*
 - C). Rahitismul*
 - D). Deglutiția infantilă*
 - E). Cicatrice cheloide*
- 74. În sindromul ocluziei deschise:**
- A). Limba își modifică volumul*
 - B). Limba își modifică forma*
 - C). Apar tulburări de fonație*
 - D). Nu apar modificări de formă ale coroanelor dentare*
 - E). Apar tulburări musculare*
- 75. Modificările fizionomice în ocluzia deschisă sunt:**
- A). Fanta labială este deschisă*
 - B). Șanțul labio-mentonier poate fi șters*
 - C). Mentonul este proeminent*
 - D). Mentonul este aplatizat*
 - E). Contacte dentare premature*
- 76. Alegeți afirmațiile corecte legate de sindromul ocluziei deschise:**
- A). Dinții sunt frecvent sediul hipoplaziilor dentare*
 - B). Mușchiul maseter este cel mai frecvent afectat de spasme dureroase*
 - C). Nu este afectată articulația temporo-mandibulară*
 - D). Nu apar modificări fonetice*
 - E). Viteza și eficiența actului masticator sunt reduse*
- 77. Tulburările parodontale din sindromul ocluziei deschise sunt caracterizate de :**
- A). Reducerea spațiului parodontal*
 - B). Apariția de punji parodontale false*
 - C). Vascularizația parodontală este redusă*
 - D). Parodonțiul de înveliș este sediul unor procese inflamatorii*
 - E). Orientarea fibrelor parodontale este verticală*
- 78. Afirmațiile corecte legate de tulburările articulației temporo-mandibulare din sindromul ocluziei deschise sunt:**
- A). Restrângerea suprafețelor articulare*
 - B). Determină apariția cracmentelor*
 - C). Determină apariția creptiațiilor*
 - D). Se instalează precoce*
 - E). Afectarea ATM este mult mai rară comparativ cu alte anomalii*
- 79. În ceea ce privește frecvența hipodontiei este adevărată următoarea ordine:**
- A). incisivi centrali inferiori, premolari II superiori , molari de minte*

- B). molar de minte, premolari I superiori, incisivi laterali superiori
- C). incisivi laterali inferiori, premolari II superiori, molar de minte
- D). incisivi laterali superiori, molar de minte, premolari II inferiori
- E). premolari II superiori, molar de minte, incisivi laterali superiori.

80. Factorii generali care pot determina apariția anodonțiilor sunt :

- A). bolile infecto-contagioase ale mamei
- B). traumatisme în timpul nașterii
- C). despicăturile labio-maxilo-palatine
- D). factori teratogeni
- E). tumori ale maxilarelor.

81. Factorii locali care pot determina apariția anodonțiilor sunt :

- A). iradierile loco-regionale în primii ani de viață
- B). necroza întinsă a maxilarelor
- C). traumatismele intrauterine
- D). procesele supurative periapicale ale dinților temporari
- E). bolile constituționale.

82. Diagnosticul de anodonție se pune pe baza următoarelor semne clinice :

- A). absența dintelui de pe arcadă dar evidențierea mugurelui intraosos într-o poziție nefavorabilă
- B). persistența dinților temporari mult peste termenul de permutare dentară
- C). dismorfoze ale dinților permanenți prezenți
- D). tulburări în procesul de erupție al dinților permanenți existenți
- E). întotdeauna anodonția este bilateral.

83. În cazul anodonției molarilor de minte sunt adevărate următoarele afirmații:

- A). reprezintă un factor agravant în terapia incongruențelor dento-alveolare laterale
- B). reprezintă un factor favorizant în procesele de creștere și mezializare
- C). reprezintă un factor favorizant în terapia incongruențelor dento-alveolare laterale
- D). reprezintă un factor agravant în procesele de creștere și mezializare prin lipsa stimulului tardiv
- E). reprezintă un factor agravant în cazul în care pacientul pierde molarul de 6 ani sau de 12 ani.

84. În cazul anodonției sunt mai utilizate următoarele investigații radiologice:

- A). ortopantomograma
- B). radiografia cu film mușcat
- C). teleradiografia de profil
- D). metoda excentrică Clark
- E). radiografia retroalveolară

85. Modificările faciale specifice din anodonția subtotală și totală sunt :

- A). profil convex
- B). șanț labiomentonier șters
- C). profil concav
- D). etaj inferior micșorat
- E). șanț labiomentonier accentuat

86. Decizia terapeutică în anodonția întinsă depinde de :

- A). vârsta pacientului
- B). momentul depistării anomaliei

- C). *sexul pacientului*
 - D). *starea dinților temporari*
 - E). *potențialul biologic al pacientului*
- 87. Atitudinea terapeutică indicată în anodonțiile frontale reduse este de:**
- A). *menținere a spațiului și rezolvarea ulterior prin mijloace protetice*
 - B). *păstrarea dinților temporari persistenți*
 - C). *închiderea spațiilor prin dirijarea ortodontică a dinților*
 - D). *atitudine de expectativă până după 18 ani*
 - E). *extracția dirijată a dinților de lapte*
- 88. Obiectivele protezării în cazul anodonției totale sunt :**
- A). *obținerea unei eficiențe masticatorii*
 - B). *obținerea unei dimensiuni verticale optime a etajului mijlociu*
 - C). *stimularea dezvoltării osoase*
 - D). *obținerea unui profil care să îmbunătățească fizionomia*
 - E). *obținerea unei dimensiuni verticale optime a etajului inferior*
- 89. Dinții supranumerari mai pot fi întâlniți și sub denumirea de :**
- A). *hipodonție*
 - B). *dens in dente*
 - C). *paramolar*
 - D). *hiperdenție*
 - E). *oligodonție*
- 90. Referitor la dinții supranumerari sunt adevărate următoarele afirmații:**
- A). *apar mai frecvent la sexul masculin*
 - B). *apar mai frecvent la sexul feminin*
 - C). *apar mai frecvent în dentiția permanentă*
 - D). *se întâlnesc mai rar la maxilarul inferior*
 - E). *apar cu predilecție pe maxilarul superior.*
- 91. Principalele caracteristici ale meziodensului sunt :**
- A). *apare doar la maxilarul superior*
 - B). *poate rămâne inclus sau poate erupe pe arcadă*
 - C). *rămâne inclus întotdeauna datorită formei sale*
 - D). *poate fi pluricuspidat și pluriradicular*
 - E). *are formă conică și este unicuspidat.*
- 92. Dintele supranumerar erupt poate cauza din punct de vedere clinic :**
- A). *înghesuri și malpoziții ale dinților din seria normală*
 - B). *rotația incisivilor centrali*
 - C). *ochuzie deschisă funcțională*
 - D). *tulburări fizionomice*
 - E). *incongruență dento-alveolară primară cu înghesuire*
- 93. Extracția dintelui supranumerar este contraindicată în următoarele situații:**
- A). *dinți supranumerari anastrofici*
 - B). *microdonția dinților din seria normală*
 - C). *când un dinte din seria normală este compromis*
 - D). *macrodonția dinților din seria normală*
 - E). *dinte supranumerar erupt și arcade perfect alinate.*
- 94. În cazul dinților supranumerari sunt mai utilizate următoarele investigații radiologice:**

- A). metoda excentrică Clark
- B). radiografia cu film mușcat
- C). teleradiografia de profil
- D). ortopantomograma
- E). radiografia retroalveolară

95. Termenul de dinte anastrofic se referă la :

- A). un dinte ce prezintă o modificare de formă a coroanei
- B). un dinte inclus în poziție intraosoasă înaltă
- C). un dinte inclus invers cu rădăcinile spre planul de ocluzie
- D). un dinte supranumerar aflat distal de molar
- E). un dinte ce prezintă o hipoplazie de smalț

96. Prezența unui dinte supranumerar inclus poate fi semnalată clinic prin:

- A). persistența unei diasteme după erupția incisivilor laterali
- B). existența unor bombări la nivelul crestei alveolare
- C). existența unei ocluzii distalizate la nivelul molarilor
- D). prezența unor distopii izolate
- E). persistența dinților temporari după vârsta obișnuită de erupție

97. Referitor la anomalia dens in dente sunt adevărate următoarele afirmații:

- A). se localizează de obicei la mai mulți dinți
- B). este interesat cu predilecție incisivul lateral permanent superior
- C). se mai numește și dens invaginatus
- D). examenul radiologic semnalează o formațiune dentoidă radiotransparentă
- E). dintele cu anomalie este ușor afectat de procese carioase

98. În cazul metodei radiologice de analiză excentrică Clark sunt adevărate următoarele afirmații :

- A). este metoda care stabilește cu precizie sediul mezial sau distal al unui dinte inclus
- B). se compară pe 2 radiografii rapoartele dintelui inclus cu rădăcinile dinților vecini
- C). metoda stabilește cu precizie sediul vestibular sau oral al dintelui inclus
- D). dacă imaginea dintelui este deplasată în același sens cu deplasarea conului incluzia este vestibulară
- E). dacă imaginea dintelui este deplasată în sens invers cu deplasarea conului incluzia este vestibulară

99. Incluzia dentară se mai întâlnește și sub denumirea de :

- A). retenție primară
- B). reincluzie dentară
- C). retenție totală
- D). incluzie patologică
- E). hiperdonție

100. Incluzia dentară afectează cel mai frecvent :

- A). dinții temporari
- B). dinții permanenți
- C). caninii permanenți
- D). dinții de la nivelul maxilarului
- E). dinții de la nivelul mandibulei

101. Cauzele locale ce determină apariția incluziei dentare sunt :

- A). macrodonția absolută

- B). oligodonția
- C). meziopozii generalizate
- D). persistența dinților temporari
- E). osteoscleroza procesului alveolar

102. Factorii generali care determină apariția incluziei dentare sunt :

- A). sindroamele genetice
- B). ereditatea
- C). dezvoltarea insuficientă a maxilarelor
- D). despicăturile labio-maxilo-palatine
- E). pierderea potențialului eruptiv al dintelui

103. Metodele conservatoare de creare a spațiului în terapia incluziei dentare vizează:

- A). mărirea perimetrului arcadei
- B). mezializarea zonelor laterale
- C). distalizarea zonelor laterale în cazul meziopoziiilor generalizate
- D). extracția altui dinte
- E). nu este nevoie de spațiu pentru dintele inclus

104. Ancorarea intratisulară în cazul terapiei incluziei de canin presupune :

- A). ligaturarea dintelui în jurul coletului său
- B). săparea unui tunel transcoronar
- C). realizarea unei cavități retentive în coroana dintelui
- D). colarea unor accesorii pe suprafața dintelui inclus
- E). cimentarea unui cârlig într-o cavitate pe dintele inclus

105. Tracționarea și alinierea unui dinte inclus pe arcadă se face astfel :

- A). începe la 1 lună după intervenția chirurgicală
- B). se realizează cu forțe moderate
- C). se aplică inițial forțe puternice de tracțiune
- D). începe la 8-15 zile de la intervenția chirurgicală
- E). este ultima etapă în tratamentul incluziei dentare

106. În funcție de poziția antero-posterioară a apexului unui canin inclus gradul 2 de severitate înseamnă situarea acestuia :

- A). deasupra regiunii unde se află normal caninul
- B). deasupra regiunii celui de-al doilea premolar
- C). deasupra regiunii primului premolar
- D). deasupra incisivului lateral
- E). suprapunere completă peste lățimea incisivului

107. Referitor la incluzia de canin sunt adevărate următoarele afirmații :

- A). este mai frecventă la sexul masculin
- B). este mai frecventă la sexul feminin
- C). apare mai frecvent unilateral pe partea stângă
- D). mai frecvente sunt incluziile în poziție palatinală (orală)
- E). mai frecvente sunt incluziile bilaterale în poziție vestibulară

108. Factorii locali care determină apariția incluziei dentare sunt :

- A). fibromucoasă acoperitoare densă și dură
- B). formațiuni tumorale de tipul chistului pericoronar
- C). disostoza cleidocraniană
- D). ereditatea

- E). existența unor dinți supranumerari
109. **Reincluzia dentară poate fi denumită și :**
 A). retenție dentară primară
 B). reintruzie dentară
 C). retenție dentară secundară
 D). dinte inclavat
 E). incluzie dentară
110. **În cazul reincluziei dentare sunt adevărate următoarele afirmații:**
 A). predomină în dentiția temporară
 B). este mai întâlnită în dentiția permanentă
 C). cel mai frecvent este afectat molarul de de 12 ani superior
 D). cel mai afectat este molarul II temporar inferior
 E). cel mai puțin afectat este molarul II temporar inferior.
- Reincluzia parțială se caracterizează prin :**
111. A). absența dintelui de pe arcadă fără ca dintele să fi fost extras
 B). o parte din coroana dentară este vizibilă
 C). dintele este în infrapoziție
 D). apare o ușoară denivelare la nivelul procesului alveolar
 E). dintele este acoperit total de o fibromucoasă.
- Diagnosticul diferențial în cazul reincluziei totale se face cu :**
112. A). incluziile dentare
 B). oprirea în erupție a dintelui
 C). anodonție
 D). intruzii posttraumatice totale
 E). intruzii postraumatice parțiale.
- Printre consecințele reincluziei se numără:**
113. A). incluzia dintelui succesional permanent
 B). denivelarea planului de ocluzie datorită suprapoziției
 C). hiperestezie și hipersensibilitate
 D). denivelarea planului de ocluzie prin infrapoziție
 E). tulburări de ocluzie datorate înclinărilor dinților vecini.
- Etiopatogenia reincluziei dentare are la bază următoarele teorii :**
114. A). teoria mecanică
 B). teoria ereditară
 C). teoria mugurilor adamantini multipli
 D). teoria anchilozei osteodentare
 E). teoria tulburărilor metabolismului local
- Consecințele reincluziei dentare sunt:**
115. A). denivelarea planului de ocluzie datorită suprapoziției dintelui reinclus
 B). incluzia succesionalului permanent
 C). carii de colet și radiculare ale dinților vecini
 D). tulburări de ocluzie datorită migrărilor dinților antagoniști
 E). dizarmonie dento-maxilară primară
- Modalitățile de tratament în cazul reincluziei dentare sunt:**
- A). extracția sau replantarea dintelui anchilotic
 B). expectativă

116.

- C). luxarea dintelui anchilozat
D). tracțiuni ortodontice cu forțe ușoare
E). reconstituirea contactelor aproximale și ocluzale
- 117. Referitor la reincluzia dentară sunt false următoarele afirmații:**
A). în reincluzia molarului II temporar care are dinte succesional este indicată extracția imediată
B). în reincluzia precoce și rapidă a molarului II temporar cu anodonția succesionalului este recomandată extracția
C). în reincluzia precoce a dintelui permanent în perioada de creștere este indicată extracția acestuia
D). în reincluzia tardivă a dintelui permanent se poate reface morfo-funcționalitatea acestuia
E). în reincluzia tardivă a molarului II temporar cu anodonția succesionalului se pot reface contactele aproximale și ocluzale.
- Reincluzia totală se întâlnește în special la nivelul :**
- 118.** A). molarului I temporar
B). molarului de 6 ani
C). molarului de 12 ani
D). molarului II temporar
E). premolarului secund
- Cel mai frecvent, ectopia dentară:**
A). Este asociată cu alte anomalii scheletale
B). Este o anomalie monocauzală
C). Se manifestă la nivelul premolarilor doi inferiori
D). Se manifestă la nivelul caninului superior
E). Evoluează sincron cu incluzia dentară
- 119. Ectopia vestibulară se produce datorită:**
A). Tiparului atipic de rizaliză a dintelui temporar, care se află în calea erupției dentare
B). Spațiului insuficient pe arcadă, necesar erupției dintelui în cauză
C). Poziției palatinale intraosoase a dintelui, cu cuspidul orientat spre palatinal
D). Obstacolului în calea erupției, care va opri evoluția dintelui permanent
E). Faptului, că dintele erupe pe direcția în care întâmpină cea mai mare rezistență
- 120. Etiopatogenia ectopiei dentare se referă la:**
A). Existența unui capac fibros dens ca urmare a anodonției predecesorului temporar
B). Prezența unei formațiuni dentare supranumerare incluse, care obligă dintele să erupă ectopic
C). Reducerea spațiului necesar erupției și alinierii dentare
D). Consecința unei intervenții iatrogene care are ca rezultat micșorarea spațiului la nivelul arcadei dentare
E). Persistența dintelui temporar cu rizaliză normală
- În cazul ectopiei dentare, reducerea spațiului pe arcadă se poate datora:**
A). Unei discordanțe dintre dinți și suportul osos
B). Macrodonției absolute sau relative
C). Dezvoltării insuficiente a maxilarului în plan vertical
D). Retrodenției sau retrognației
E). Meziopozității generalizate ca urmare a extracțiilor precoce în zona frontală
- 122.**

123. Aspectele clinice ale ectopiei dentare:

- A). Devin evidente în dențiția mixtă târzie sau permanentă tânără
- B). Nu includ modificări ale formei arcadelor
- C). Includ afectarea poziției caninului în plan sagital (vestibulo- sau oropozitie)
- D). Includ afectarea poziției caninului în plan transversal (mezio- sau distopozitie)
- E). Includ afectarea poziției caninului în plan vertical (infra- sau suprapozitie)

124. Ortpantomograma în cazul ectopiei dentare oferă relații despre:

- A). Structura osului și aspectul fibromucoasei
- B). Existența unei formațiuni supranumerare deviante
- C). Existența unui tipar tipic de abraziune la dintele deciduale corespunzător
- D). Eventuala rizaliză fiziologică la nivelul dinților învecinați, complicație frecventă în ectopia dentară
- E). Lipsa sau prezența molarilor de minte pe arcada cu ectopie

125. Tratamentul preventiv în ectopia dentară include:

- A). Depistarea și înlăturarea obstacolelor propriu-zise
- B). Prevenirea meziopozității generalizate prin tratamentul cariilor zonei frontale temporare
- C). Aplicarea menținătoarelor de spațiu în cazul extracțiilor precoce a dinților temporari din zone de sprijin
- D). Diagnosticul precoce al anomaliei
- E). Evitarea extracțiilor precoce în zona frontală

126. Extracția „dirijată” sau „de pilotaj” a lui Hotz:

- A). Este indicată în dizarmoniile dento-alveolare cu înghesuire
- B). Este indicată în dențiția permanentă tânără
- C). Începe la momentul erupției incisivului lateral superior
- D). Urmărește reducerea fiecărei hemiarcade cu câte un premolar II
- E). Poate prveni în final erupția ectopică sau incluzia caninului superior

127. Tratamentul curativ în ectopia dentară este reprezentată de:

- A). Îndepărtarea obstacolului, dacă spațiul existent este suficient
- B). Crearea de spațiu prin expansiune transversală
- C). Crearea de spațiu necesar alinierii dintelui prin expansiune sagitală, adică prin avansarea grupului frontal în fiecare caz
- D). Excizia unui eventual capac fibromucos
- E). Depinde doar de mărimea deficitului de spațiu

128. În cazul extracției dentare în vederea creării de spațiu în tratamentul ectopiei dentare se va ține seama de:

- A). Starea de sănătate a dintelui ales
- B). Extracția se va efectua cât mai departe de focarul de incongruență
- C). Axul dintelui ectopic, astfel încât alinierea să permită o deplasare cât mai mică a coroanelor dinților
- D). Eventualele anomalii asociate
- E). Valoarea dento-parodontală a dinților

129. Factorii tiologici în diastema adevărată pot fi:

- A). Frenul lat al buzei superioare
- B). Frenul lat cu inserția joasă
- C). Frenul lat cu inserția înaltă

- D). *Fibromucoasa abundantă pe linia mediană, remaniat parțial de erupția incisivilor centrali*
 E). *Sept fibros median, ca o continuare a fibromucoasei abundente la nivel osos superficial*
130. **Diastema falsă sau secundară poate fi consecința:**
 A). *Anomaliilor dentare de număr în zona frontală*
 B). *Anodonției uni- sau bilaterale a incisivului lateral inferior*
 C). *Anodonției uni- sau bilaterale a incisivului central superior*
 D). *Unui dinte supranumerar inclus sau erupt pe arcadă*
 E). *Caninului inclus în poziție relativ orizontală inclus*
În cazul analizei dimensiunii mezio-distale maxime a diastemei:
131. A). *Va include corecția eventualei prodenții a grupului incisiv*
 B). *Va include corecția eventualelor rotații a incisivilor*
 C). *Nu va ține cont de modificările poziției grupului dentar frontal în plan transversal*
 D). *Nu se va ține cont de anomaliile asociate*
 E). *Se va analiza grupul frontal în plan transversal și sagital*
Diagnosticul diferențial în cazul diastemei adevărate se va face cu:
 A). *Diastemele fiziologice din dentiția mixtă*
 132. B). *Diastema tranzitorie de erupție, care arape odată cu erupția incisivilor laterali superiori*
 C). *Spațierile din compresia de maxilar cu prodenție și spațiere*
 D). *Dizarminiile dento-alveolare datorată microdonției*
 E). *Spațierile datorită migrărilor dentare postextractionale*
Tratamentul diastemei adevărate are obiectivele principale:
 A). *Închiderea ortodontică a spațiului existent urmat de rezecția cu plastie a frenului labial*
 133. B). *Rezecția și plastia frenului labial urmat de închiderea ortodontică a spațiului existent*
 C). *Este suficient doar deplasarea dinților pentru închiderea diastemei, deoarece formațiunile fibromucoase mediene se comprimă și se restructurează*
 D). *Instituirea tratamentului după închiderea apexului incisivilor centrali*
 E). *Un tratament instituit cât mai precoce*
Semnele clinice asociate diastemei premolare pot fi:
 A). *Erupția precoce a premolarului doi*
 B). *Curbarea vârfului rădăcinii premolarului doi spre distal*
 134. C). *Reincluzia molarului doi temporar*
 D). *Distoînclinația premolarilor*
 E). *Persistența molarului unu și doi temporar*
Transpoziția caninului superior – premolar unu superior poate fi cauzată de:
 A). *Poziția intraosoasă a germenilor dentari*
 B). *Pierderea precoce a primului molar temporar*
 C). *Cronologia erupției dentare, primul premolar erupând după caninul superior*
 135. D). *Pierderii caninului temporar înaintea erupției primului premolar*
 E). *Erupția primului premolar în locul caninului temporar*
Transpoziția incompletă se caracterizează prin:
 A). *Prezența celor doi dinți situați unul în dreptul celuilalt*
 B). *Unul din dinți se găsește pe linia arcadei, celălalt fiind ectopic*
- 136.

- C). *Linia normală a arcadei trece printre cei doi dinți transpoziționați*
D). *Inversarea totală a poziției celor doi dinți vecini*
E). *În mod obligatoriu, inversarea interesează doar coroanele dinților*
- 137. Tratatamentul transpoziției incomplete are ca scop:**
- A). *Alinierea dinților în poziția lor fiziologică pe arcadă*
B). *Transformarea transpoziției incomplete în transpoziție completă*
C). *Deplasarea coroanelor dentare în direcția dorită, fără a se ține seama de orientarea apexurilor*
D). *Deplasarea corporeală a dintelui*
E). *Deplasarea coroanelor în funcție de raportul apexurilor*

1. *In clasificarea, descrierea și prepararea cavităților, termenul de unghi diedru intern se referă la:

- A). Joncțiunea dintre pereții cavității și suprafața externă a dintelui*
- B). Unghiul al cărui vârf se observă*
- C). Joncțiunea a două linii*
- D). Unghiul al cărui vârf nu se observă*
- E). Joncțiunea a trei suprafețe.*

2. Tratamentul profilactic, ca indicație în cadrul planului de tratament, se referă la:

- A). Restaurarea leziunilor incipiente*
- B). Tratamentul hipersensibilității dentinare*
- C). Modificarea dietei*
- D). Terapia intensivă a cariilor acute*
- E). Tratamentul abraziilor, eroziunilor, atrițiilor.*

3. Tratamentul odontal finalizat prin obturație are următoarele roluri:

- A). Anatomico-clinic*
- B). Curativ-restaurativ*
- C). Biologic*
- D). Morfo-funcțional*
- E). Profilactic.*

4. Ameloplastia se poate aplica în următoarele cazuri:

- A). Fisuri care nu penetrează mai mult de 2/3 în grosimea smalțului*
- B). Fisuri care se termină la limita smalț-dentină*
- C). Șanțuri suplimentare cu extindere pe pantele cuspidiene*
- D). Fisuri mai mici de 1/3 din grosimea smalțului*
- E). Fisură ce poate fi transformată în șanț cu bază plată.*

5. Lacurile dentare (varnish-urile) sunt contraindicate:

- A). Sub bazele cu efect terapeutic pulpo-dentinar;*
- B). În protecția bonturilor la dinți vitali înaintea cimentării cu ciment fosfat de zinc*
- C). Sub coafajele indirecte*
- D). Înaintea obturațiilor de amalgam*
- E). Sub bazele cu ciment ionomer de sticlă.*

6. Linerii cu hidroxid de calciu au următoarele avantaje:

- A). Manipulare facilă a linerilor în suspensii apoase*
- B). Păstrarea alcalinității crescute și după priză*
- C). Rezistență bună la compresiune*
- D). Efect bacteriostatic*
- E). Efect bactericid.*

7. Linerii din eugenolat de zinc:

- A). Sunt insolubili în lichidele de infiltrație marginală*
- B). Au pH aproape neutru*
- C). Au efect ușor iritant asupra pulpei dentare*
- D). Inhibă polimerizarea rășinilor*
- E). Aderă de dentină.*

8. Cimenturile cu eugenolat de zinc armat cu oxid de aluminiu (EBA):

- A). Nu interferează cu polimerizarea materialelor compozite*
- B). Sunt mai puțin rezistente la hidroliză în comparație cu eugenatul de zinc convențional*

- C). Conțin mai mult eugenol rezidual
- D). Au rezistență mare la compresiune
- E). Colorează materialele de obturație supraiacente.

9. Glazurarea obturațiilor coronare de compozit:

- A). Presupune gravarea acidă și aplicarea unei rășini cu microumplură
- B). Urmărește reducerea uzurii ocluzale prin masticație
- C). Reduce permeabilitatea plăgii dentinare
- D). Elimină sensibilitatea postoperatorie
- E). Asigură menținerea texturii de suprafață a obturației.

10. În cadrul tehnicilor de hibridizare cu păstrarea DDR, utilizarea EDTA:

- A). Nu asigură o infiltrare omogenă a rășinii
- B). Determină o demineralizare mai profundă în comparație cu acizii
- C). Asigură o legătură adezivă mai stabilă în timp
- D). Evită colabarea fibrelor de collagen
- E). Duce la o legătură adezivă instabilă în timp.

11. *Secreția salivară are următoarea caracteristică:

- A). Se intensifică în timpul masticației pe seama contribuției glandei sublinguale
- B). În timpul somnului aportul glandei parotide este de 3 ori mai mare ca al submandibularei
- C). Între mese sau în timpul somnului, aportul sublingualei este de 3 ori mai mare ca al parotidei
- D). Se intensifică în masticație pe baza contribuției glandei parotide
- E). La grăvide, ptialismul împiedică intensificarea activității cariogene.

12. Staterina este o proteină salivară:

- A). Prezintă în saliva glandei sublinguale
- B). Care inhibă precipitarea spontană a sărurilor de calciu din salivă
- C). Care determină precipitarea și creșterea cristalelor de fosfați de calciu din salivă
- D). Prezintă în saliva glandei parotide
- E). Care mediază adsorbția selectivă a unor tulpini de *Actynomices viscosus*.

13. Mucinele:

- A). Sunt glicoproteine cu masă moleculară mare
- B). Realizează aglutinarea microorganismelor
- C). Facilitează adeziunea microorganismelor la suprafața dintelui
- D). Ușurează fagocitarea microorganismelor de către leucocite
- E). Împiedică adeziunea microorganismelor la suprafața dinților. .

14. Sorbitolul:

- A). Face parte din grupa îndulcitorilor necalorici
- B). Poate duce la apariția diareei
- C). Nu poate fi metabolizat de flora cariogenă
- D). Este considerat în general lipsit de nocivitate
- E). Face parte din grupa îndulcitorilor calorici.

15. În formarea peliculei, mecanismele de adsorbție conform concepției moderne sunt caracterizate prin următoarele fenomene:

- A). Proteinele bazice vin în contact cu ionii de calciu din stratul cel mai extern al smalțului
- B). Proteinele acide vin în contact în special cu grupările fosfat

- C). Proteinele acide vin în contact în special cu ionii de calciu
- D). Fazele precoce sunt caracterizate de existența interacțiunilor hidrogenice sau hidrofobe
- E). Desfășurare rapidă și trecere spre stadiul următor, de placă bacteriană.

16. Lycasinul:

- A). Face parte din grupa îndulcitorilor necalorici
- B). Este utilizat în produse zaharoase preparate industrial
- C). Intră în compoziția pastelor de dinți și a substituenților de salivă
- D). Este un amestec de sorbitol, maltitol și polioli
- E). Are cariogenicitate redusă.

17. *Schimburile ionice dintre smalț și mediul bucal:

- A). Scad odată cu vârsta
- B). Cresc odată cu vârsta
- C). Nu sunt influențate de vârstă
- D). Nu au importanță în etiopatogenia cariei dentare
- E). Nu implică modificări ale carioactivității.

18. * Cel mai mare potențial cariogen îl are:

- A). Glucoza;
- B). Zaharoza;
- C). Fructoza;
- D). Maltoza;
- E). Lactoza.

19. * În etiopatogenia cariei dentare sunt incriminați:

- A). Două grupe de factori etiologici;
- B). Trei grupe de factori etiologici;
- C). O grupă de factori etiologici;
- D). Patru grupe de factori etiologici;
- E). Cinci grupe de factori etiologici.

20. * Carența în vitamina D:

- A). Duce la structurarea unui smalț hipoplazic;
- B). Duce la structurarea unui smalț hiperplazic;
- C). Nu interferează cu mineralizarea smalțului;
- D). Influențează structura dentinei;
- E). Influențează structura cementului.

21. Formele anatomoclinice ale pulpitelor

- A). Prin „degenerescență pulpară” înțelegem aspectul histopatologic al pulpei în pulpitele seroasă purulentă totală
- B). Debutul pulpitelor se face întotdeauna printr-o hiperemie preinflamatorie
- C). Pulpoza este denumirea stării de inflamație incipientă a pulpei
- D). Evoluția oricărei pulpite este spre necroză
- E). Funcția regresivă a pulpei este cea care asigură reversibilitatea hiperemiei pulpare

22. Hiperemia preinflamatorie

- A). Pierderea unui strat de smalț și dentină prin șlefuirea dintelui produce un traumatism pulpar atât de însemnat încât duce direct la pulpită fără a trece prin hiperemie
- B). În hiperemie, odontoblaștii își încetinesc activitatea metabolică pentru a-și spori activitatea de apărare precum eliberarea de exotoxine

- C). Când viteza de circulație a sângelui scade, se produce fenomenul de migrație trombocitară
- D). Receptorii nervoși trec într-o stare de hiperexcitabilitate
- E). Bacteriile pot fi evidențiate în canaliculele dentinare dar nu în pulpă

23. Pulpita acută seroasă parțială (coronară)

- A). La început, exsudatul din țesut este fibrinos apoi devine seros
- B). În interstițiul pulpar crește presiunea coloidosmotică și hidrostatică
- C). Presiunea asupra terminațiilor nervoase face ca acestea să treacă într-o stare de latență, devenind incapabile de a mai trimite impulsuri dureroase
- D). Fibroblaștii din focarul inflamator își sporesc activitatea și încep să se regenereze
- E). Crizele dureroase pot ceda de la sine sau după administrarea unui calmant

24. Pulpita acută seroasă parțială (coronară)

- A). Microscopic se constată vasodilatație cu pereți vasculari subțiri și spații între celulele endoteliale
- B). La inspecție: proces carios profund, cu camera pulpară deschisă
- C). Opțiune de tratament cu păstrarea parțială a vitalității: amputația devitală
- D). La proba cu clorură vinil durerea este mai intensă decât la proba cu fuloarul îndoit
- E). Printre altele, diagnosticul diferențial se face și cu pulpita purulentă totală

25. Pulpita acută seroasă totală (corono-radiculară)

- A). Celulele mezenchimale nediferențiate încep să se specializeze
- B). Morfopatologic se remarcă vasodilatație pe întreg teritoriul pulpar
- C). Fibrele nervoase rezistă în continuare, nu se demielinizează
- D). Activitatea neodentinogenetică continuă
- E). Pereții vasculari nu devin permeabili

26. Pulpita acută purulentă parțială (coronară)

- A). Poate evolua spre pulpită cronică închisă
- B). La testul electric răspunsul este pozitiv deja la intensități foarte mici
- C). La testul electric răspunsul este pozitiv la intensități mai mari decât cele obișnuite
- D). La rece, durerea scade
- E). Deschiderea camerei pulpare declanșează o criză dureroasă de lungă durată

27. Pulpita acută purulentă totală (corono-radiculară)

- A). Evoluează spre parodontita apicală acută
- B). Testul electric este intens pozitiv
- C). În cadrul tratamentului se poate face uz de ozonoterapie și diatermie
- D). Durerea cedează doar la pansamente calmante locale de tip Dentocalmin
- E). Dacă în timpul extirpării pulpei nu se evidențiază puroi, tratamentul endodontic se finalizează într-o singură ședință

28. Pulpita cronică deschisă ulceroasă

- A). Tratament: se încearcă amputația înaltă
- B). Histologic, stratul cel mai profund poate prezenta degenerescență calcară
- C). Răspunsul slab la testele de vitalitate se datorează distrugerii fibrelor nervoase
- D). Printre elementele de diagnostic pozitiv se numără și percuția în ax negativă
- E). Apare la persoanele cu capacitate de apărare bună

29. Pulpita cronică deschisă granulomatoasă (polipoasă)

- A). Morfopatologic, stratul al treilea al secțiunii axiale prin pulpă este lipsit de fibre conjunctive

- B). Răspuns negativ la testele de vitalitate
- C). Printre altele, diagnosticul diferențial se face și cu necroza pulpară
- D). Autocurățirea la nivelul dintelui afectat este bună pentru că, nefiind dureros, pacientul îl folosește fără rezerve în masticație
- E). Se poate reacutiza sub forma unei pulpite acute

30. Pulpita cronică închisă propriu-zisă

- A). Fibrele nervoase din pulpă sunt în mare parte degenerate
- B). Dacă se deschide camera pulpară aceasta va sângera abundant
- C). Răspunsul la testul electric este negativ, se păstrează doar un răspuns slab la testul la rece
- D). Dacă se îndepărtează obturația de bază se constată o mică deschidere a camerei pulpare
- E). La examenul radiologic se constată demineralizarea lacunară a dentinei

31. Necroza pulpară

- A). Factorii etiologici generali, favorizanți, se manifestă la nivelul pulpei prin spasme vasculare urmate de ischemie
- B). În cazul factorilor etiologici generali sunt create condiții ca răspunsul pulpar la excitații locale minore să devină extrem și să se manifeste prin necroză pulpară
- C). Inițial se produce o ușoară intensificare a mitozelor celulare și proliferare a fibrelor
- D). Necroza de colicvație se caracterizează macroscopic printr-un rest de țesut pulpar uscat, cu consistență crescută
- E). În resturile de țesut sunt prezente bacterii anaerobe însă acestea sunt greu de evidențiat, de unde și examenul bacteriologic negativ

32. Necroza pulpară

- A). Dacă înainte de producerea necrozei dintele a prezentat un proces carios, acesta își va accelera evoluția
- B). La transiluminare, camera pulpară își pierde colorația obișnuită cenușie, opacă și devine translucidă
- C). Printre altele, diagnosticul diferențial se face și cu caria simplă superficială
- D). Conținutul pulpar din necroza de colicvație este bun conducător de electricitate
- E). Țesutul pulpar necrozat se apără de eventualele atacuri microbiene prin fenomenul de anafereză

33. Necroza pulpară

- A). Chiar dacă traumatismele acționează repetat, dacă intensitatea lor este redusă sau medie, necroza nu se produce
- B). Dintre toate componentele țesutului pulpar, odontoblaștii sunt cei mai rezistenți la deficitul sanguin
- C). La tineri, reactivitatea fiind mai bună, necrozarea se produce foarte rapid
- D). Uneori (temperaturi crescute) necroza se instalează prin precipitarea proteinelor plasmactice
- E). Aminele biogene pot constitui un factor etiologic al necrozei

34. Necroza pulpară

- A). Dintre acizi, acidul tricloracetic este singurul care nu produce necroză pulpară
- B). Pulpa este mai rezistentă la creșterile decât la scăderile de temperatură
- C). Acizii produc necroză prin modificarea brutală a pH-ului, lezarea membranei celulare și depolimerizarea colagenului

- D). Arsenicul produce necroză prin precipitare proteolitică
- E). Vâscozitatea mucopolizaharidelor din substanța fundamentală scade

35. Necroza pulpară

- A). La diagnosticul pozitiv contribuie – cu rezerve – examenul bacteriologic negativ
- B). Într-o fază intermediară a necrozei chimico-toxice, se remarcă o scădere bruscă a vâscozității protoplasmei celulare
- C). Primele elemente tisulare care suferă sunt fibrele nervoase
- D). În timp, pulpa necrozată se poate contamina cu bacterii
- E). Procesul de necrozare este reversibil dacă factorii cauzali sunt îndepărtați la timp

36. Gangrena pulpară simplă

- A). Testele de vitalitate sunt slab pozitive, și doar la intensități foarte mari
- B). Enzimele lizomale, histamina, collagenazele etc., produse de însuși țesutul pulpar, contribuie și ele la distrugerea pulpei
- C). Glucuronidaza streptococică acționează pe substanța fundamentală a pulpei
- D). Dezechilibrul circulator joacă un rol important în patogeniza gangrenei
- E). Printre elementele de diagnostic pozitiv se numără și modificarea de culoare a coroanei dentare

37. Gangrena pulpară simplă

- A). În spațiul endodontic gangrenos se pot găsi următoarele gaze: clor, metan și mercaptan
- B). Radiografia arată o radioopacitate crescută a canalului radicular
- C). Gangrena slăbește rezistența dintelui și favorizează producerea fracturilor coronare și corono-radiculare
- D). La nivelul apexului radiografia poate evidenția o zonă fibro-conjunctivă
- E). Uneori dintele este sensibil la ingestia de lichide fierbinți

38. Gangrena pulpară simplă

- A). La diagnosticul pozitiv, deși necaracteristică, poate fi luată în calcul și fetiditatea
- B). În gangrena totală dintele este sensibil la percuție
- C). Dacă gangrena succede unei necroze de origine chimică, consistența resturilor din canalul radicular va fi moale, semilichidă
- D). De obicei, la inspecție se constată un dinte integru dar cu una sau două punți parodontale foarte adânci, cu un singur perete
- E). La dinții pluriradiculari, când procesul nu a cuprins încă pulpa în totalitate lăsând țesut viu pe unul dintre canale, vorbim de gangrenă parțială

39. Gangrena pulpară simplă

- A). Sondarea canalelor cu instrumente endodontice este nedureroasă și nesângerândă
- B). Uneori la radiografie se constată îngustarea canalului radicular
- C). Rolul predominant în dezintegrarea pulpei îl are dereglarea circulației sanguine pe teritoriul afectat
- D). Când întreg țesutul pulpar este distrus vorbim de „gangrenă degenerativă” iar dacă a mai rămas pulpă vie vorbim de „gangrenă de colicvație”
- E). Când este însoțită de o fistulă, gangrena simplă trebuie diferențiată de necroza pulpară

40. Gangrena pulpară simplă

- A). Uneori radiografia evidențiază prezența unei bariere dentino-cementoide care obliterează capătul coronar al canalului radicular

- B). Uneori pătrunderea în canalul radicular este dificilă din cauza unor obstacole de natură conjunctivă, fibroasă sau minerală
- C). La examenul histochimic se pun în evidență: polipeptide alterate, materii grase, hidrogen sulfurat etc.
- D). La examenul microscopic se pune în evidență structura obișnuită a pulpei dar în centrul acesteia, axial, se găsesc mici focare de necroză
- E). De cele mai multe ori simptomatologia este cea a unei carii profunde

41. Parodontita apicală acută hiperemică (abortivă)

- A). Uneori este cauzată de traumatisme
- B). La presarea dintelui în alveolă prin încheștarea arcadelor pacientul simte o ușurare
- C). Durerile sunt foarte intense („turbarea dinților”)
- D). În general, din punct de vedere histologic hiperemia este activă dar dacă acțiunea noxelor este prelungită, poate deveni pasivă
- E). În pulpitele totale acute, când pacientul atinge dintele, nu îl poate localiza deoarece durerile mari din pulpită maschează parodontita

42. Parodontita apicală acută seroasă (difuză)

- A). Dintele capătă o oarecare mobilitate
- B). Datorită faptului că vasele sunt de tip terminal, evoluția acestei parodontite nu poate fi oprită
- C). Durerea are caracter lancinant, permanent, nu răspunde la calmantele obișnuite
- D). Datorită durerilor intense pacientul tinde să miște capul tot timpul
- E). Mucoasa din dreptul rădăcinii este congestionată

43. Parodontita apicală acută purulentă (circumscrisă)

- A). Strângerea arcadelor cu presarea dintelui respectiv în alveolă duce la o ușoară reducere a durerii
- B). De cele mai multe ori este o complicație a gangrenei pulpare
- C). Uneori, la incisivii laterali superiori, procesul supurativ evoluează spre palatinal
- D). În stadiul subperiostal se produce edem al feței
- E). În stadiul submucos durerile sunt maxime

44. Parodontita apicală acută purulentă (circumscrisă)

- A). În faza endotală deja durerile nu mai iradiază și pacientul poate mai ușor să localizeze dintele
- B). În cazul caninilor inferiori, edemul afectează pleoapa inferioară
- C). În stadiul endoos, procesul de necroză de lichefiere este favorizat și de scăderea pH-ului local
- D). Procesul supurativ poate evolua spre șanțul gingival, rezultând fistula apico-gingivală
- E). Durerea are caracter lancinant

45. Parodontita apicală acută purulentă (circumscrisă)

- A). Poate evolua spre pulpita acută seroasă totală
- B). Poate evolua spre fistulizare și vindecare temporară
- C). Dacă s-a fistulizat, închiderea fistulei se va face spontan în urma tratării dintelui
- D). La diagnosticul pozitiv contribuie lipsa fistulei
- E). În ultima fază, radiologic se constată creșterea spațiilor intertrabeculare

46. Parodontita apicală cronică fibroasă

- A). Ligamentele lui Schweitzer sunt tensionate și fibrozate

- B). Imaginea radiografică nu ne dă informații despre factorul cauzal al leziunii
- C). Uneori este urmarea unei parodontite apicale acute hiperemice
- D). Percuția în axul dintelui este slab pozitivă
- E). Uneori poate constitui un focar de infecție

47. Granulomul simplu conjunctiv

- A). Poate reprezenta evoluția unei parodontite apicale cronice fibroase
- B). Formațiunea este delimitată de osul învecinat printr-o membrană conjunctivă adevărată
- C). Periferia granulomului se mai numește și „zonă de stimulare”
- D). Centrul formațiunii este mai bogat în celule decât periferia
- E). Dacă reactivitatea organismului scade, procesul se poate acutiza

48. Granulomul epitelial

- A). În forma fungoasă, celulele epiteliale sunt aranjate sub forma unor benzi încrucișate
- B). Radiografic, în imaginea de osteoliză, se poate recunoaște pe alocuri structura osului
- C). Se poate complica cu rinită
- D). Se poate transforma în chist folicular evolutiv
- E). Se poate complica cu nevralgia de trigemen

49. Granulomul chistic

- A). În lichidul chistic apar cristale de steatină
- B). Spre exterior, peretele chistic este acoperit de un epiteliu cu un singur rând de celule
- C). Are un perete conjunctivo-epitelial bine definit
- D). Se poate complica cu fractura spontană a osului
- E). În lichidul chistic apar vacuole de grăsimi

50. Parodontita apicală cronică difuză progresivă Partsch

- A). Fistula, dacă este prezentă, se poate exterioriza cutanat în cazul molarilor superiori
- B). Inițial pereții fistulei sunt căptușiți de un epiteliu pavimentos stratificat care ulterior se transformă în țesut de granulație
- C). Dacă țesutul de granulație al parodontitei apicale depășește corticala externă, se poate exterioriza sub forma unui nodul care deformează suprafața mucoasei
- D). În prima fază de dezvoltare endoosoasă apare o ușoară hiperemie a mucoasei
- E). Dacă fistula se închide, în urma sa rămâne un nodul cu aspect papilomatos

51. Tratamentul gangrenei pulpare, indicații și contraindicații

- A). În formele grave ale bolii de focar dintele se extrage imediat
- B). La pacienții foarte bătrâni este preferabilă extracția
- C). Tratamentul conservativ este contraindicat în edentațiile subtotale mandibulare
- D). La dinții cu mobilitate de gradul III tratamentul endodontic este de preferat extracției
- E). Dinții cu doar trei pereți coronari rămași integri nu beneficiază de tratament endodontic

52. Tratamentul gangrenei pulpare, indicații și contraindicații

- A). Dinții ectopici nu se tratează decât în situații excepționale
- B). La dinții la care caria a avansat mult spre rădăcină tratamentul endodontic trebuie efectuat cât mai repede
- C). În formele ușoare ale bolii de focar, tratamentul gangrenei este indicat
- D). Dacă rădăcinile sunt drepte, beneficiază de tratament chiar și dinții cu perforații radiculare

E). Canalele ce conțin instrumente fracturate ce nu pot fi îndepărtate, beneficiază de tratament endodontic mai ales dacă rădăcina are o singură curbura

53. Principiile tratamentului endodontic în gangrenă

- A). Neutralizarea pH-ului alcalin caracteristic țesutului infectat*
- B). Finalizarea tratamentului mecanic și a obturației radiculare într-o singură ședință*
- C). Tăierea rumegușului dentinar steril în constricția apicală pentru a iniția depunerea de țesut dur*
- D). Răzuirea pereților canalului se face în prezența spălăturilor*
- E). Obturația radiculară trebuie să fie etanșă*

54. Principiile tratamentului endodontic în gangrenă

- A). Se încearcă să se evite lezarea inserției epiteliale în timpul tratamentului mecanic*
- B). Nu se pune accent pe sterilizarea canalelor deoarece gradul de infectare a dentinei este neglijabil*
- C). Se obturează radicular în aceeași ședință*
- D). Se măsoară lungimea de lucru apoi se realizează instrumentarea respectând această dimensiune*
- E). Dintele se monitorizează*

55. Tratamentul mecanic în gangrenă

- A). Pentru permeabilizarea canalelor se pot folosi agenți fizici*
- B). După terminarea tratamentului mecanic se lucrează cu dintele izolat*
- C). Crearea accesului trebuie să asigure pătrunderea acelor în axul dintelui*
- D). Se îndepărtează în totalitate dentina alterată de pe pereții canalului radicular*
- E). În canalele cu curbura accentuată se realizează dinspre treimea apicală spre treimea coronară*

56. Pentru permeabilizarea canalelor radiculare în gangrenă se pot utiliza:

- A). Acid citric 8%*
- B). MTA 15%*
- C). Acid sulfuric 20-30%*
- D). Antiformină și soluție 10% din sarea sodică EDTA*
- E). Acid fosforic 37%*

57. Determinarea lungimii de lucru la dinții cu gangrenă

- A). Metoda clinică: cu un ac Kerr nr. 25 pătrundem până când în canal apare sânge*
- B). Metoda clinică constă în măsurarea lungimii canalului direct pe radiografie*
- C). Se poate folosi tehnica radiografiei cu sondă bipolară Kuhn*
- D). La pluriradiculari se consemnează separat lungimea fiecărui canal în parte*
- E). Dacă lungimea determinată prin metoda clinică corespunde dimensiunii de pe radiografie și lungimii medii cunoscute, atunci determinarea a fost corectă*

58. La dinții cu gangrenă prepararea prin metode:

- A). Ultrasonice se face la frecvențe între 3000-5000 Hz*
- B). Cu laser se face concomitent cu răcire de tip spray*
- C). Sonice necesită instrumentar endodontic special*
- D). Ultrasonice generează o undă de șoc lichidiană*
- E). Mecanice utilizează mișcări vibrație*

59. Cerințe ce trebuie îndeplinite de medicația pentru sterilizarea canalelor radiculare (după Grossman):

- A). Să fie stabilă chimic la păstrarea în soluție*

- B). Să fie solubil în grăsimi
- C). Să fie izotonă sau ușor hipotonă
- D). Să aibă tensiunea superficială mică
- E). Să prevină sau să suprimă durerea periapicală

60. Enzimele folosite în compoziția pastelor complexe cu antibiotice folosite în tratamentul gangrenei:

- A). Sunt de origine sintetică
- B). Fluidifică secrețiile și puroiul
- C). Stimulează neodentinogeneza
- D). Contribuie la regenerarea dendritelor neuronale
- E). Facilitează difuziunea antibioticelor

61. Dezavantajele obturării canalelor prin tehnica de cimentare a unui con unic

- A). Se dezobturează greu
- B). De cele mai multe ori cimenturile de sigilare sunt solubile
- C). Poate duce la fractura longitudinală a rădăcinii
- D). Nu asigură premisele unei sigilări etanșe decât 2-3 mm în treimea apicală
- E). Neconcordanța dintre calibrul conului și al instrumentului cu care s-a preparat treimea apicală

62. Tehnica obturației radiculare prin modelarea individuală a conului

- A). Se folosește cel mai mare con de gutapercă standardizat al cărui vârf se ascute cu un bisturiu
- B). Este indicată în cazul canalelor foarte largi
- C). Se folosește cel mai mare con de gutapercă standardizat care se îndoaie conform curburii canalului
- D). Se completează cu condensare laterală
- E). Se folosește un con mare, curbat, care se răcește în apă înainte de introducerea în canal

63. Condensarea laterală la rece

- A). Se realizează cu ajutorul unui instrument numit hand-plugger
- B). Hand-spreaderul pot fi îndepărtate cu ușurință din canal fără dislocarea gutapercii
- C). Folosește conuri accesorii nestandardizate
- D). Conul principal are calibrul standardizat ISO
- E). Prin încălzirea spreaderului condensarea devine mult mai eficientă

64. Condensarea laterală: individualizarea conului principal prin ramolire în cloroform

- A). Este indicată doar în cazul canalelor foarte înguste
- B). Pentru ramolirea conului, în canal se introduce cu ajutorul unei seringi 0,2 ml cloroform apoi se introduce conul
- C). După „amprentarea” porțiunii apicale a canalului cu conul ramolit, acesta se scoate din canal și se așteaptă evaporarea soluției
- D). După cimentarea conului principal individualizat urmează condensarea laterală
- E). Are ca deziderat adaptarea cât mai exactă a conului principal la neregularitățile regiunii apicale a canalului

65. Condensarea laterală la cald

- A). Se folosește atât un spreader cald cât și unul rece
- B). Constă în introducerea unui obturator/carrier Thermafil căruia i se asociază conuri accesorii condensate cu un spreader neîncălzit

- C). Se deosebește de condensarea laterală la rece prin faptul că după tăierea conurilor cu un instrument fierbinte, capătul ramolit al obturației se presează spre apical cu un plugger
- D). Se injectează o doză de gutapercă cu sistemul Obtura apoi, în masa de gutapercă ramolită se introduce un spreader rece și se face condensare laterală
- E). La îndepărtarea spreaderului încălzit din canal trebuie efectuate mișcări de rotație pentru a nu disloca obturația din canal

66. Condensarea laterală la cald cu dispozitivul Endotec

- A). Încălzirea se realizează în 8-12 secunde
- B). Trebuie evitată încălzirea continuă mai lungă de 20 secunde
- C). Temperatura maximă de care este capabil aparatul este de 95 grade C
- D). Necesită un control radiologic pentru verificarea adaptării apicale a conului principal
- E). La final se condensează cu un plugger convențional fierbinte

67. Condensarea verticală la cald a gutapercii

- A). A fost introdusă de Coolidge în 1967
- B). Nu necesită ciment de sigilare deoarece gutaperca ramolită se lipește foarte bine de pereții canalului
- C). Pluggerile se aseamănă cu niște sonde endodontice dar au vârful teșit
- D). Conul principal trebuie să se blocheze la 2-3 mm de capătul preparației
- E). În faza inițială, prin ramoliri și condensări succesive se realizează o obturare compactă a treimii apicale

68. Condensarea termomecanică, McSpadden

- A). A fost introdusă de McSchilder în 1967
- B). Folosește un „engine-condensor” sau un „gutta-plugger”
- C). Este laborioasă deoarece fiecare con de gutapercă trebuie încălzit 20 secunde prin fricțiune cu instrumentul rotativ de condensare
- D). Prepararea canalului trebuie să se fi făcută prin tehnica step back
- E). Preparația trebuie să asigure o trecere uniformă între treimea medie și apicală

69. Sistemul Obtura

- A). Temperatura de lucru 210 grade C
- B). Preparația trebuie să prezinte un stop apical corespunzător acului 30, cel puțin
- C). Canula de injectare trebuie să pătrundă la 3-5 mm de capătul preparației
- D). Se asociază un ciment de sigilare
- E). Gutaperca se injectează lent, pentru a nu se îngloba bule de aer

70. Sistemul Ultrafil

- A). Gutaperca este livrată în seringi de plastic termorezistent
- B). Se livrează cu trei tipuri de gutapercă: două care se condensează și unul care nu se condensează după injectare
- C). Se poate folosi pentru obturarea combinată, hibridă, apical cu condensare laterală și coronar prin injectare
- D). Nu necesită ciment de sigilare
- E). Canulele sunt livrate separat și se înșurubează pe seringă de presiune înaintea utilizării

71. Tratamentul parodontitei apicale acute hiperemice

- A). Dacă este complicația unei pulpite acute, simpla trepanare a osului (osteotomia transmaxilară) este suficientă
- B). Dacă este complicația unei gangrene simple nu se recomandă tratamentul cu paste antibiotice ci cu antiseptice
- C). Dacă reprezintă acutizarea unui proces cronic preexistent (granulom): tratament local cu antiseptice sau rezecție apicală sub protecție de antibiotice
- D). Dacă apare ca urmare a unei obturații radiculare aparent corecte se administrează antialgice și se urmărește evoluția
- E). Dacă apare ca urmare a iritației cauzate de o obturație radiculară cu depășire, nu se recomandă dezobturarea canalului

72. Parodontite apicale acute exsudative seroase: tratament

- A). După realizarea drenajului endodontic se lasă dintele deschis
- B). Anestezierea dintelui, de preferință plexală, este obligatorie
- C). Accesul se realizează pe la locul de elecție sau prin procesul carios dacă acesta are o poziție favorabilă
- D). Dacă se recurge la extracție, în alveolă se introduce un preparat cu antibiotic
- E). Se administrează antibiotic pe cale generală și se așteaptă retrocedarea simptomelor pentru a putea trece la realizarea drenajului

73. Parodontite apicale acute exsudative purulente: tratament

- A). În fază endoosoasă se preferă drenajul endodontic
- B). În fază endoosoasă se poate extrage dintele dacă nu are valoare protetică și masticatorie
- C). În fază endoosoasă, dacă drenajul transosos este nesatisfăcător se trece la drenaj endodontic
- D). În fază subperiostală se administrează antibiotice pe cale generală și se așteaptă
- E). În fază submucoasă se realizează rezecție apicală

74. Parodontite apicale cronice cu persistența secreției pe canal: tratament

- A). În cazul unei secreții moderate se poate recurge la cauterizarea chimică a țesutului de granulație apical
- B). În cazul unei secreții moderate se poate recurge la electroforeză diacritică
- C). În cazul unei secreții moderate se poate aplica un pansament cu pastă iodoformată Walkhoff, cu ușoară depășire a apexului
- D). În cazul unei secreții abundente se poate iniția o fistulă medicamentoasă prin depășirea apexului cu pastă Walkhoff în cantitate moderată (doar la frontalii și premolarii superiori)
- E). În cazul unei secreții abundente se poate aplica un pansament cu hidroxid de calciu

75. Parodontite apicale cronice cu persistența secreției pe canal: tratament

- A). În cazul unei secreții moderate se poate recurge la pansament ocluziv cu meșă îmbibată în antiseptic
- B). În cazul unei secreții moderate, dacă secreția persistă după 2-3 ședințe de pansament antiseptic se recurge la rezecție apicală
- C). În cazul unei secreții moderate se poate opri secreția prin plasarea în canal timp de 1-2 minute a unei meșe îmbibate în acid tricloracetic
- D). În cazul unei secreții abundente dacă drenajul s-a făcut printr-o fistulă medicamentoasă se obturează canalul definitiv și se chiuretează apical prin traiectul fistulos

E). În cazul unei secreții abundente se poate recurge o pastă de hidroxid de calciu schimbată de 2-3 ori la interval de 14 zile

76. Parodontite apicale cronice cu persistența unei secreții moderate: tratament

- A). Dacă în urma pansamentului cu antiseptic ales secreția persistă, se schimbă antisepticul sau se trece la o pastă cu antibiotice
- B). Se pot folosi paste antihistaminice de tipul Cresophene, Caustinerf, Septodont etc
- C). Dacă în urma pansamentului cu antiseptic secreția persistă, se încearcă realizarea unui abces medicamentos cu pastă iodoformată
- D). Dacă în urma pansamentului cu antiseptic secreția persistă, se poate folosi pastă iodoformată Walkhoff cu ușoară depășire
- E). Dacă s-a recurs la pasta iodoformată, aceasta se menține în canal 14 zile

77. Parodontite apicale cronice cu persistența secreției abundente pe canal: tratament

- A). Se cauterizează țesutul de granulație prin electrofulgurație diatermică
- B). Se creează un abces medicamentos prin introducerea strict în canalul radicular a unei paste concentrate de iodoform, apoi se drenează prin incizia mucoasei
- C). Deoarece acestea sunt întotdeauna însoțite de fistulă, se face tratamentul mecanic și obturația radiculară în aceeași ședință
- D). Se lasă deschis dintele timp de 8-10 zile, timp în care se fac spălături repetate cu soluții antiseptice apoi se încearcă oprirea secreției
- E). Metoda fistulizării artificiale, medicamentoase, cu pastă Walkhoff este contraindicată la molari

78. Parodontite apicale cronice fistulizate: tratament

- A). Dacă se reușește să se usuce canalul se aplică un pansament ocluziv cu antiseptice și se obturează în ședința următoare
- B). Se fac spălături cu antiseptice pe traiectul dinte-fistulă
- C). În cazul proceselor apicale extinse, după obturația radiculară se poate realiza un chiuretaj apical
- D). Dacă secreția persistă se face drenaj transosos prin lărgirea traiectului fistulei
- E). Se excizează chirurgical traiectul fistulos iar după vindecarea plăgii se începe tratamentul endodontic

79. Parodontite apicale cronice fistulizate: tratament

- A). Dacă fistula este situată palatinal, vindecarea acestei se poate obține prin spălături cu soluție de metronidazol
- B). Pe traiectul fistulei se introduce un con de hârtie îmbibat în acid tricloracetic, manevră ce se repetă de mai multe ori, până la dispariția fistulei
- C). La dinții superiori, deoarece drenajul nu se produce în mod natural din cauza gravitației, se recomandă pacienților să stea cât mai mult culcați
- D). Dacă nu se poate obtura în prima ședință se aplică un pansament ocluziv cu antiseptice urmând să se obtureze în ședința următoare
- E). Dacă se reușește uscarea canalului se face obturația radiculară în aceeași ședință

80. Aggregatibacter actinomycetemcomitans:

- A). se prezintă sub forma de cocobacili gram-negativi.
- B). prezintă o variație în structura antigenică, rezultând cinci serotipuri distincte notate a, b, c, d, e.
- C). serotipul a face parte din complexul roșu cu virulență accentuată.
- D). prezintă adezine care recunosc receptorii a mai mult de 10 specii bacteriene bucale.

E). este un patogen major în parodontite agresive, parodontita juvenilă localizată și parodontita rapid progresivă.

81. Factorii iatrogeni care pot favoriza apariția unor leziuni și suferințe gingivo-parodontale sunt:

- A). căile false în desmodonțiu și perforațiile interradiculare.
- B). încăleștarea dinților în contact ocluzal prin contracția izometrică a mușchilor masticatori.
- C). respirația orală și deglutiția infantilă.
- D). obturațiile ocluzale înalte.
- E). coroanele de înveliș neadaptate axial și transversal.

82. Complexele bacteriene considerente compatibile cu sănătate parodontală sunt:

- A). complexul roșu format din *Capnocytophaga*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* serotip a.
- B). complex galben ce cuprinde specii de *Streptococi orali* (*S.gordonii*, *S.mittis*, *S.oralis*, *S.sanguis*, *S.intermedius*).
- C). complexul roșu format din *Fusobacterium*, *Prevotella*, *Campylobacter*, *Eubacterium nodatum*.
- D). complexul purpuriu ce cuprinde specii de *Actinomyces odontolyticus* și *Veillonella parvula*.
- E). complexul verde format din: *Capnocytophaga*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* serotip a, *Eikenella corrodens*.

83. Trauma ocluzală poate fi:

- A). primară când se produce în cazul unor erupții active accelerate ale dinților fără antagoniști și apariția de blocaje ocluzale.
- B). primară când se produce în cazul aparate ortodontice, care dezvoltă forțe excesive, nocive pentru paronțului marginal.
- C). acută directă prin lovituri accidentale sau prin agresiune, aplicate asupra mandibulei în timp ce subiectul ține între dinți un obiect.
- D). acută indirectă prin interpunerea accidentală în cursul masticației a unor obiecte, particule sau fragmente dure (corpi străini, sămburi, coajă de nucă).
- E). cronică când rezultă din bruxism, încăleștarea dinților, hipersolicitarea dinților care mărginesc spațiile edentate.

84. În compoziția tartrului dentar există :

- A). componente proteice.
- B). lipide.
- C). celule epiteliale recent descumate.
- D). leucocite.
- E). săruri anorganice în proporție de 20-30%.

85. Factorii locali favorizanți ai parodontopatiilor marginale cronice sunt:

- A). tartrul dentar.
- B). placa bacteriană.
- C). trauma ocluzală.
- D). cariile dentare.
- E). ereditatea.

86. Placa bacteriană subgingivală:

- A). are o floră microbiană dominant anaerobă, alcătuită din specii gram-negative.

- B). are o floră microbiană dominant aerobă și gram-pozitivă.
- C). este expusă unor mecanisme de dezagregare prin masticație și deglutiție.
- D). este implicată în patogenia proceselor carioase.
- E). are o floră microbiană organizată în complexe bacteriene, care acționează prin asocieri succesive.

87. *Complexul roșu cu virulență accentuată, corelat cu pierderile joncțiunii gingivo-parodontale din parodontopatii.este format din:

- A). *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythensis*(*Bacteroides forsythus*), *Treponema denticola*.
- B). *Capnocytophaga*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* serotip a.
- C). *Fusobacterium*, *Prevotella*, *Campylobacter*, *Eubacterium nodatum*.
- D). *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* serotip b, *Actinomyces naeslundii* și *Selenomonas noxia*.
- E). *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythensis*(*Bacteroides forsythus*), *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* serotip b.

88. Specia *Porphyromonas gingivalis*:

- A). este considerată un parodontopatogen major.
- B). are aspectul pe frotiu este de bacili gram-negativi, ca niște fusuri, cu capetele filate sau prezintă aspecte filamentoase.
- C). este patogenă datorită mobilității crescute chiar și în condițiile unui mediu vâcos.
- D). are potențialul patogen accentuat de sinergismul cu alte specii parodontopatogene.
- E). este prezentă în cantități mari la pacienții cu parodontită juvenilă localizată.

89. Tartrul dentar:

- A). este considerat un factor local determinant al bolii parodontale.
- B). reprezintă un complex organo-mineral aderent de suprafața dentară sau de alte structuri solide din cavitatea bucală.
- C). conține lipide în proporție de 2-3%.
- D). are o suprafață rugoasă, acoperită de un strat de placă bacteriană.
- E). se mărește în volum progresiv și poate produce leziuni gingivale.

90. În gingivita cronică de cauză bacteriană:

- A). În stadiul de leziune inițială epiteliul joncțional prezintă fenomene de lărgire a spațiilor intercelulare
- B). În stadiul de leziune avansată, lamina bazală este fragmentată în multiple locuri
- C). Epiteliul joncțional este desprins de pe suprafața dintelui
- D). Sângerarea gingivală este unul dintre semnele tardive
- E). Apare senzație de usturime și ușor prurit gingival.

91. În gingivita cronică:

- A). Sângerarea gingivală precede modificările de culoare ale gingiei
- B). Radiologic, apar primele semne de interesare a osului alveolar
- C). Gingia are culoare roșie-violacee
- D). Apare sângerare la periaj și masticație
- E). Sângerarea poate fi provocată de succiunea papilelor gingivale.

92. Gingivita de pubertate are următoarele caracteristici:

- A). Apariția sa nu este legată de prezența plăcii bacteriene sau a tartrului dentar
- B). Apare o inflamație gingivală de culoare roșie-violacee

- C). Speciile de *Porphyromonas gingivalis* și *Fusobacterium nucleatum* au fost frecvent implicate
- D). Apare aspectul bulbos al papilei interdentare
- E). Uneori este nevoie de gingivectomie pentru rezolvarea definitivă a hiperplaziei
- 93. Gingivita și gingivostomatita de menopauză:**
- A). Mucoasa gingivală și orală poate avea aspect neted, uscat, palid
- B). Reprezintă o stare patologică obișnuită a perioadei de climacteriu
- C). Histopatologic se înregistrează o atrofie a inserției epiteliale
- D). Mucoasa gingivală și orală poate avea culoare roșie, iar gingia sângerează ușor
- E). Uneori apar fisuri ale mucoasei gingivale.
- 94. *În gingivita din diabet:**
- A). Principalele microorganisme din șanțul gingival sunt *Prevotella intermedia* și *Capnocytophaga*
- B). Histopatologic apare îngroșarea membranei bazale dintre epiteliu și corion
- C). La nivelul gingiei apar frecvent punji adevărate
- D). Consistența papilelor interdentare este fermă
- E). Hiperplazia gingivală este de tip nodular, cu suprafață netedă și consistență fermă.
- 95. În gingivita alergică:**
- A). Consistența gingiei este redusă, friabilă
- B). Histopatologic, membrana bazală este fragmentată
- C). Fenomenele inflamatorii debutează la nivelul joncțiunii muco-gingivale
- D). Consistența gingiei este fermă
- E). Histologic, se constată hiperkeratoză și parakeratoză.
- 96. În parodontita juvenilă:**
- A). Apare hiperestezie dentinară
- B). Lipsesc semnele unei inflamații evidente clinic
- C). La nivelul epiteliului sulcular apar ulcerații reduse în adâncime
- D). Apare resorbție osoasă orizontală avansată, în special la incisivi și molari
- E). Distrucțiile de collagen sunt mai intense decât în parodontita adultului.
- 97. În parodontita marginală cronică superficială:**
- A). Terapeutic, se poate obține restitutio ad integrum
- B). În epiteliu apare hiperkeratoză și parakeratoză
- C). Vindecarea se face cu sechele tisulare și osoase
- D). În derm există o vasodilatație activă
- E). Apare senzație de egresiune a unui dinte sau grup de dinți.
- 98. În parodontita marginală cronică profundă lent progresivă:**
- A). Apar diasteme și treme patologice
- B). Apar tulburări de fonație și masticatie
- C). Apare mobilitate dentară gradul I prin edem inflamator
- D). Tendința de deplasare a dinților laterali este stopată doar în cazul prezenței dinților vecini
- E). Păstrarea stopurilor incizale și ocluzale se face doar în prezența antagoniștilor.
- 99. În gingivita cronică descuamativă:**
- A). În etiologie este descrisă o floră microbiană specifică
- B). Apare durere la inhalarea aerului
- C). Suprafața gingiei este denivelată, de culoare roșie

- D). *Gingia se descuamează parțial*
E). *Gingia este acoperită cu depozit de placă bacteriană.*
100. **Abcesul parodontal:**
A). *Este o complicație a parodontitelor apicale cronice*
B). *Se formează imediat sub nivelul inserției epiteliale*
C). *Apare după reducerea sau blocarea drenajului pungii parodontale*
D). *Poate fi caracterizat de dureri intense, violente, care iradiază în zonele învecinate*
E). *Netratat se poate complica cu pulpite cronice.*
101. **Hiperestezia dentinară:**
A). *Se poate instala după detartraj sau chiuretaj radicular*
B). *Se poate instala în absența plăcii bacteriene*
C). *Se poate complica cu pulpite acute*
D). *Ar putea să apară prin stimularea directă a terminațiilor nervoase dentinare*
E). *În producerea sa placa bacteriană este factor esențial.*
- Gingivo-stomatita ulcero-necrotică:**
102. A). *Apariția sa este favorizată de pericoronarite*
B). *Este o complicație a parodontitelor marginale*
C). *Radiologic se remarcă resorbția osului alveolar*
D). *Apare după exacerbaria virulenței speciilor de bacili fusiformi*
E). *Apare după exacerbaria virulenței spirochetelor*
- Bolile parodonțiului marginal pot avea drept complicații:**
103. A). *Cariile localizate sub coletul anatomic al dinților*
B). *Necroza pulpară*
C). *Parodontite apicale pe cale retrogradă*
D). *Lacunele cuneiforme*
E). *Leziunile aftoase.*
- Complicațiile locale ale bolii parodontale sunt:**
104. A). *Gingivo-stomatita ulcero-necrotică*
B). *Abcesul parodontal marginal*
C). *Hiperestezia dentinară*
D). *Cariile situate deasupra coletului anatomic al dinților*
E). *Pericoronarita acută.*
- În formarea lacunelor cuneiforme au rol:**
105. A). *Tulburările neuro-vegetative*
B). *Trauma ocluzală*
C). *Consumul exagerat de băuturi carbo-gazoase*
D). *Regurgitațiile acide*
E). *Eroziunile chimice acide.*
- Complicațiile loco-regionale ale gingivitei cronice sunt:**
106. A). *Celulita*
B). *Osteita maxilară*
C). *Adenita*
D). *Septicemia*
E). *Sinuzita maxilară.*
- Hiperestezia dentinară se instalează după:**
A). *Retracțiile gingivale*
- 107.

- B). *Intervențiile chirurgicale parodontale*
 C). *Periajul profesional*
 D). *Aplicarea acidului în vederea obținerii obturației fizionomice*
 E). *Contactul cu alimente acide sau dulci.*
108. **Tratamentul inițial al bolii parodontale cuprinde:**
 A). *Igienizarea efectuată de medic*
 B). *Restaurări odontale*
 C). *Desființarea microulcerațiilor din pungile parodontale false*
 D). *Restaurări protetice*
 E). *Șlefuiuri ocluzale.*
109. **Metoda Stillman (modificată) este indicată în următoarele situații:**
 A). *Pentru masaj gingival*
 B). *În cazul retracției gingivale progresive*
 C). *Pentru igienizarea zonelor gingivale în curs de vindecare*
 D). *Igienizarea suprafețelor radiculare expuse*
 E). *În parodontitele distrofice.*
- *Dățile de detartraj sunt indicate:**
110. A). *Pentru îndepărtarea tartrului situat imediat lângă sau sub marginea gingivală liberă*
 B). *La îndepărtarea blocurilor mari de tartru subgingival*
 C). *Pentru îndepărtarea tartrului supragingival din zonele interdente accesibile ale dinților frontali*
 D). *Netezirea zonei de joncțiune smalț-cement*
 E). *Îndepărtarea porțiunilor gingivale în exces a obturațiilor de colet sau aproximate.*
- După legarea de celula bacteriană, clorhexidina determină:**
111. A). *Inactivarea enzimelor microbiene*
 B). *Blocarea respirației celulare*
 C). *Alterarea permeabilității peretelui celular*
 D). *Perturbarea tranzitului nutritiv*
 E). *Modificarea receptorilor de suprafață.*
- Tratamentul secundar al parodontopatiilor marginale cronice cuprinde:**
112. A). *Igienizarea*
 B). *Procedurile chirurgicale*
 C). *Reechilibrarea ocluzală*
 D). *Tratamentul complicațiilor acute*
 E). *Eliminarea microulcerațiilor din pungile parodontale false.*
- Metoda Charters (periajul interdental) este indicată pentru:**
113. A). *Retracție gingivală progresivă prin involuție precoce*
 B). *Masaj gingival*
 C). *La copii, ca mijloc de însușire a tehnicii de periaj*
 D). *După gingivectomii*
 E). *După operații cu lambou*
- Între periajul electric și manual realizate corect există următoarele diferențe:**
114. A). *Periajul electric este superior în ceea ce privește îndepărtarea plăcii bacteriene și a detritusurilor*
 B). *Între cele două nu sunt deosebiri esențiale privind gradul de keratinizare gingivală*

- C). Între cele două nu există deosebiri esențiale privind gradul de curățire gingivo-dentară
- D). Traumatismul gingival este mai mare în cazul periajului manual
- E). Periajul electric nu are avantaje față de cel manual obișnuit.

115. Mijloacele secundare de îndepărtare a plăcii bacterien în funcție de gradul de ocupare al ambrazurii sunt:

- A). Gradul I – scobitori din lemn
- B). Gradul II – periile cu acțiune interdentară
- C). Gradul III – Periile cu acțiune interdentară
- D). Gradul II – Firul de mătase
- E). Gradul I – Firul de mătase

116. Efectul de curățire al dentrificeilor sub formă de pastă sau pudră este dat de:

- A). Detergenți
- B). Edulcoranți
- C). Carboximetilceluloză
- D). Acțiunea mecanică a periei de dinți
- E). Antiseptice

117. Chiuretele Gracey profilactice:

- A). Sunt în număr de 5
- B). Au partea activă identică cu a chiuretelor standard
- C). Se folosesc pentru îndepărtarea tartrului supragingival
- D). Sunt în număr de 4
- E). Se folosesc la îndepărtarea tartrului subgingival.

118. Punctul hypomochlion

- A). Este un punct de referință în cazul intervențiilor de gingivo-plastie
- B). Reprezintă punctul de maximă convexitate al feței vestibulare
- C). Reprezintă locul optim de aplicare al sistemelor de imobilizare
- D). La dinții parodontotici are o permanentă tendință de coborâre
- E). Este centru desmodontal de rotație al dintelui.

119. În cadrul angrenării multidirecționale a dinților mobili:

- A). Incisivii suportă mai bine forțele ce acționează în plan sagital, vestibulo-oral
- B). Molarii suportă bine acțiunea forțelor sagitale, în sens mezio-distal
- C). Premolarii sunt deplasați de forțe ce acționează în plan frontal, vestibulo-oral
- D). Caninii sunt deplasați de forțe ce acționează în plan sagital, în sens vestibulo-oral
- E). Incisivii sunt deplasați de forțe transversale, cu direcție oblică.

120. Imobilizarea fixă:

- A). Este mai agreată de pacient
- B). Are avantajul unei bune întrețineri igienice
- C). Permite neutralizarea forțelor paraaxiale
- D). Nu presupune sacrificiu de substanță dentară
- E). Are integrare biologică superioară.

121. În imobilizarea dinților parodontotici, efectul defavorabil al depulpării este atribuit:

- A). Depunerilor de cement acelular de la nivelul apexului
- B). Intensificării irigației parodontale
- C). Stimulării proceselor de refacere a fibrelor de collagen
- D). Reducerii riscului de resorbție radiculară

E). Întreruperii sursei de excitații patogene.

122. Aprecierea oportunității extirpării pulpare în imobilizarea dinților parodontotici trebuie să țină cont de:

- A). Vârsta pacientului*
- B). Starea de îmbolnăvire parodontală*
- C). Starea organului pulpar*
- D). Prezența unor afecțiuni sistemice*
- E). Numărul dinților restanți.*

123. Aparatul – șină de imobilizare Mamlock:

- A). Se aplică pe dinți devitali*
- B). Se aplică pe dinți vitali*
- C). Este utilizat pentru imobilizarea dinților laterali*
- D). Are risc redus de decimentare*
- E). Este utilizat pentru imobilizarea dinților frontali.*

124. Aparatul de imobilizare Elbrecht:

- A). Este constituit din 2 conectori dentari*
- B). La ora actuală este larg utilizat în cazul dinților frontali*
- C). Permite imobilizarea față de forțele axiale*
- D). Este un mijloc mobil de imobilizare permanentă*
- E). Este un mijloc fix de imobilizare permanentă.*

125. Sistemele intracoronare de imobilizare:

- A). Pot duce la leziuni imediate sau tardive ale pulpei dentare*
- B). Permit înlocuirea dinților lipsă*
- C). Sunt mai puțin rezistente și durabile decât cele extracoronare*
- D). Sunt mai rezistente decât cele extracoronare*
- E). Sunt mai greu de realizat decât cele extracoronare.*

126. Aparatele de imobilizare formate din bare de incrustații:

- A). Sunt plasate în contact cu parodonțiul*
- B). Sunt puțin rezistente*
- C). Sunt reunite prin sudare*
- D). Sunt turnate monobloc*
- E). Sunt plasate la distanță de parodonțiu.*

127. Ligaturile nemetalice din fir de mătase, mase plastice:

- A). Au rezistență mică*
- B). Favorizează retențiile alimentare*
- C). Sunt greu de realizat*
- D). Nu pot dezvolta forțe active cu acțiune ortodontică*
- E). Pot fi aplicate numai pe dinții frontali.*

128. Tratamentul gingivitei din cursul ciclului menstrual cuprinde:

- A). Tratament antimicrobian*
- B). Aplicații locale cu substanțe antiseptice*
- C). Debridare gingivală*
- D). Îndepărtarea și prevenirea acumulării de placă bacteriană și tartru dentar*
- E). Excizia chirurgicală a hiperplaziei gingivale.*

129. Tratamentul local al gingivitelor descuamative presupune:

- A). Administrare de Metotrexat*

- B). Administrare de antihistaminice local și general*
- C). Aplicații locale cu triamcinolon, fluocinolon*
- D). Igienă locală cu perii moi*
- E). Administrare de Prednison în doză inițială de 30-40mg/zi.*

130. Tratamentul gingivitelor și gingivo-stomatitelor micotice acute se face prin:

- A). Spălături bucale cu bicarbonat de sodiu 10%*
- B). Administrare de Clotrimazol, Pimofucin*
- C). Administrare de Nistatin sau Stamycin*
- D). Clătiri bucale cu soluție Romazulan, Ticiverol*
- E). Administrare de Amfotericină B.*

1. Curba de ocluzie a lui Spee:

- A). se determină doar la mandibulă*
- B). este determinată cu ajutorul arcului facial*
- C). este o curbă imaginară prin cuspizii vestibulari din normă laterală*
- D). este convexă la mandibulă și concavă la maxilar*
- E). este determinată în plan sagital.*

2. * Planul de la Frankfurt:

- A). este planul de ocluzie în edentația totală*
- B). este folosit ca plan de referință la montarea modelelor în articulator*
- C). are o înclinație caudală cu aproximativ 7 grade față de planul de ocluzie*
- D). este un plan de ocluzie funcțional estetic*
- E). este paralel cu planul de ocluzie.*

3. Poziționarea dinților pe arcade se datorează:

- A). existenței unui echilibru între forțele opuse înaintea erupției dinților*
- B). persistenței unor obiceiuri vicioase în timpul copilăriei*
- C). existenței unui echilibru între grupul muscular intern și cel extern*
- D). rolului suprafețelor meziale și distale ale dinților*
- E). funcției fonetice și masticației ale SOF.*

4. Prima grupă de cuspidi de sprijin oclud în cadrul unor relații interarcadice ortognate cu:

- A). alți cuspidi de sprijin, formând contacte tripodice*
- B). crestele marginale meziale și distale ale dinților superioarei*
- C). fosete centrale antagoniste*
- D). versante proximale ale creștelor marginale*
- E). fosetele distale ale antagoniștilor.*

5. Cuspizii inactivi au următoarele caracteristici:

- A). nu permit mișcări ale dinților*
- B). sunt cei vestibulari inferiori și palatinali superiori*
- C). sunt cei vestibulari superiori și linguali inferiori*
- D). au contact doar cu câte un singur versant de cuspid antagonist*
- E). participă la menținerea DVO.*

6. Panta tuberculului articular:

- A). au o înclinație 0-15°, cu o medie de 10°*
- B). are o înclinație de 5-55° cu o medie 33°*
- C). este importantă pentru poziționarea mandibulei în RC*
- D). are importanță la programarea articulațiilor*
- E). pe această pantă alunecă mandibula în mișcările de lateralitate.*

7. Rolul menisculului articular este:

- A). facilitează mișcarea de propulsie a mandibulei*
- B). permite propulsia mandibulei fără interferențe ocluzale*
- C). conduce mandibula din poziția de RC în IM*
- D). Poziționarea sa anterioară este locul de inserție a capsulei articulare și a fascicolului superior al mușchiului pterigoidian lateral*
- E). limitează mișcările extreme ale mandibulei.*

8. Ridicarea mandibulei are loc datorită:

- A). contracției bilaterale a mușchilor maseteri, temporali și pterigoidieni laterali*

- B). contracției bilaterale a mușcilor buccinator, maseter și temporal
- C). contracției bilaterale a mușchilor maseteri, pterigoidieni mediali și temporali
- D). relaxării coordonate a mușchilor coborători
- E). stimulării corticale.

9. Referitor la poziția de postură sunt adevărate următoarele afirmații:

- A). este sinonimă cu poziția de ocluzie și are o valoare de 2 – 4 mm
- B). se evidențiază printr-o inocluzie de 1,2 – 4 mm
- C). îi corespunde dimensiunea verticală de repaus
- D). este o poziție de repaus total muscular
- E). este o poziție ce urmează după deglutiție.

10. * Stabilitatea pozițională statică a ATM-urilor, este determinată de:

- A). meniscul articular
- B). mușchii ridicători a mandibulei
- C). ligamentele articulare
- D). ocluzia dentară
- E). poziția condililor în cavitatea glenoidă

11. 11. Importanța poziției de IM constă în faptul că:

- A). este poziția cea mai înaltă și posterioară a complexelor menisco- condiliene
- B). este poziția în care condilii se sprijină pe pantele posterioare ale eminențelor articulare și există un echilibru între musculatura ridicătoare și cea coborătoare a mandibulei
- C). asigură stabilitatea mandibulei față de maxilar
- D). permite contracția simetrică, egală și maximă a mușchilor ridicatori ai mandibulei
- E). este o poziție reproductibilă și diagnostică.

12. În cadrul cinematicii mandibulare, la analiza în plan sagital constatăm:

- A). deplasarea postero-anterioară a RC
- B). primii 12-25 mm de deschidere a gurii din RC (IM) corespund unei rotații pure a condilului
- C). ultimii 20-25 mm de deschidere a cavității bucale corespund translației condiliene
- D). de la poziția de RC la cea de cap la cap punctul interincisiv inferior parcurge 4 mm
- E). de la poziția de RC la propulsia maximă distanța parcursă e de 10 mm.

13. * Conul lui Guichet se referă la:

- A). deplasarea condilului pivotant spre inferior și spre medial
- B). deplasarea condilului pivotant în mai multe direcții spațiale
- C). deplasarea condilului orbitant spre lateral și inferior
- D). unghiul format de condilul pivotant cu planul sagital
- E). direcția de deplasare a condilului orbitant în mișcarea de lateralitate.

14. Unghiul Fischer:

- A). este unghiul format de traiectoria de deplasare a condilului pivotant cu planul sagital
- B). este unghiul format de diferența de angulație între traiectoria de propulsie și cea de lateralitate, înregistrate în plan sagital
- C). au valori cuprinse între 5 – 15°

D). are valori cuprinse între $7 - 30^\circ$

E). are o valoare medie de 10° .

15. Spațiul protetic potențial:

A). în edentația parțială redusă intercalată este limitat doar mezial de dinți

B). apare la nivelul arcadei dentare consecutiv extracției

C). este limitat inferior de muchia crestei alveolare edentate

D). înălțimea se măsoară în plan frontal

E). are ca parametri înălțimea, amplitudinea și lățimea.

16. Referitor la modificările în raport cu vârsta a raportului coroană - radacină clinică:

A). creșterea raportului coroană-rădacină cu înaintarea în vârstă se datorează în mare măsură îmbatrânirii

B). la adultul tânăr, marginea gingivală e localizată la nivelul smalțului

C). la copii apare uzura coronară

D). se produce o usoară retracție gingivală la maturitate

E). la copii coroana clinică e mai mică decât cea anatomică

17. Care dintre următoarele soluții revelatoare se folosesc pentru detectarea plăcii dentare microbiene:

A). iodura de potasiu

B). sol Lugol

C). clorhexidina

D). albastru de metil 2%

E). ser fiziologic.

18. Mobilitatea patologică este determinată de:

A). afectarea pulpei dentare

B). bruxism

C). dinții supuși unor tratamente ortodontice

D). diabet

E). utilizarea contraceptivelor locale sau a altor hormoni.

19. Aparatul Periotest nu trebuie folosit în:

A). traumatisme acute

B). procese periapicale acute

C). parodontita marginală cronică

D). afecțiuni generale ca diabetul sau hipertensiune arterială

E). implante în primele 6 luni de la inserare.

20. În alveoliza orizontală:

A). defectul e localizat apical față de osul înconjurator

B). de cele mai multe ori apar punși infraosoase

C). osul se reduce în înălțime

D). direcția este oblică

E). marginea osoasă rămâne perpendiculară pe suprafața rădăcinii.

21. Contactele dento-dentare în ocluzia ideală trebuie să fie:

A). multiple

B). de tip cuspid-cuspid

C). unilaterale

D). distribuite uniform

- E). punctiforme.
- 22. Pe radiografie un dinte sanatos prezintă:**
- A). sept osos interradicular compact
 - B). radiotransparență periapicală
 - C). camera pulpară cu radiotransparență uniformă
 - D). spațiu periodontal lărgit
 - E). contur bine delimitat al țesuturilor dure dentare.
- 23. Evaluarea stării de sănătate parodontală cuprinde:**
- A). evaluarea culorii gingiei, texturii și conturului gingival
 - B). examenul șanțului gingival și al pungilor parodontale
 - C). aprecierea înălțimii gingiei keratinizate și al gingiei aderente
 - D). explorarea cu sonda parodontală
 - E). testare vitalității dinților .
- 24. Mobilitatea dentară gr I este:**
- A). foarte accentuată V-O
 - B). mult mai mare decât cea fiziologică
 - C). ușor mai mare decât cea fiziologică în sens V- O
 - D). excursia extremității incizale sau ocluzale nu depășește 1 mm
 - E). mai mare de 1 mm.
- 25. Forțele care acționează la nivelul arcadei dentare :**
- A). se caracterizează prin direcție, sens, punct de aplicare
 - B). au o intensitate care depinde de starea dentatiei
 - C). se clasifică în verticale și orizontale
 - D). cele verticale sunt radiare
 - E). cele orizontale tangențiale au direcție dinspre arcadă spre exteriorul acesteia.
- 26. Forțele verticale la nivelul arcadei dentare:**
- A). se pot transmite până pe arcada opusă
 - B). se exercită la nivelul punctelor de contact
 - C). apar în timpul masticației și deglutiției
 - D). apar în timpul parafuncției
 - E). au o intensitate care depinde de natura alimentației.
- 27. Depulparea dinților în scop protetic se realizează în următoarele situații:**
- A). leziuni carioase simple
 - B). întotdeauna
 - C). carii profunde
 - D). parodontite marginale cronice
 - E). deschiderea accidentală a camerei pulpare.
- 28. Indicele de competență biomecanică este influențat de :**
- A). leziuni carioase
 - B). ocluzia dentară
 - C). vitalitatea dentară
 - D). dinții antagoniști
 - E). morfologia dentară.
- 29. Profilaxia locala:**
- A). cuprinde profilaxia primară, secundară și terțiară
 - B). are în vedere prevenirea îmbolnăvirilor de orice natură

- C). cea primară cuprinde și protecția cu lacuri și sigilarea șanțurilor și fisurilor
- D). se realizează prin respectarea regulilor de asepzie și antisepsie
- E). se realizează prin dezinfectarea instrumentarului și suprafețelor.

30. Factorii care influențează valoarea biomecanică a dinților sunt:

- A). morfologia dento-parodontală
- B). ocluzia
- C). poziția dinților pe arcadă
- D). numărul dinților extrași
- E). afecțiunile generale coexistente.

31. Care dintre următoarele afirmații sunt adevărate în protezarea fixă:

- A). la traumatizarea parodonțiului nu contribuie supraconturarea coroanelor
- B). trebuie menținută integritatea parodonțiului prin plasarea marginilor restaurărilor fixe supragingival sau juxtagingival
- C). trebuie respectat principiul sacrificiului minim de țesuturi dure dentare
- D). trebuie respectat principiul conservării vitalității pulpare
- E). marginile elementelor de agregare plasate subgingival nu favorizează inflamația parodonțiului și retenția de placă.

32. Referitor la morfologia dento-parodontală sunt corecte următoarele afirmații :

- A). Incisivul lateral maxilar este un dinte cu o rezistență biomecanică mai mare ca a incisivului central
- B). Caninul maxilar are implantarea cea mai bună
- C). Molarii maxilari prezintă o implantare foarte bună , direcția divergentă a rădăcinilor ajutând la stabilizare
- D). Incisivii centrali reprezintă „ cheia de boltă a arcadei „
- E). Caninii maxilari reprezintă „cheia de boltă a arcadei”.

33. Conservarea osului alveolar rezidual se face prin:

- A). extracții traumatizante, cu sacrificiu mare osos
- B). reducerea traumei ocluzale
- C). extracții alveoloplastice
- D). practicarea sprijinului mixt
- E). șei și conectori mucozali cu o suprafață cât mai întinsă.

34. Forțele radiare ce acționează la nivelul arcadelor dentare:

- A). au direcție în lungul arcadei dentare
- B). au direcție dinspre arcadă spre exteriorul acesteia
- C). apar în timpul unor parafuncții
- D). apar în timpul deglutiției
- E). sunt transversale la nivelul premolarilor și molarilor și oblice la nivelul caninilor.

35. La protezele parțiale fixe metalice turnate, este recomandat ca intermediarii să fie:

- A). În contact tangent liniar cu creasta alveolară
- B). În contact suspendat
- C). Conformați convex în toate sensurile
- D). Conformați concav
- E). În contact în semișă

36. Avantajele sistemului Targis/Vectris sunt:

- A). *Adaptare marginală optimă*
 - B). *Erori minime de manipulare și prelucrare*
 - C). *Rezistență crescută cu menținerea stopurilor ocluzale în timp*
 - D). *Preț de cost scăzut*
 - E). *Efect fizionomic deosebit*
- 37. * Corpurile de punte integral ceramice:**
- A). *Sunt indicate pentru regiunea molară*
 - B). *Sunt contraindicate*
 - C). *Sunt indicate numai pentru zona frontală*
 - D). *Sunt indicate pentru zona frontală și în regiunea premolarilor*
 - E). *Nu se indică realizarea în regiunea premolarilor*
- 38. Conform clasificării Siebert a creștelor edentate parțial în funcție de cantitatea de țesut pierdut :**
- A). *Clasa I – pierdere în înălțime a creștei edentate, cu păstrarea lățimii*
 - B). *Clasa I – pierdere în lățime a creștei edentate, cu păstrarea înălțimii*
 - C). *Clasa II – pierdere în înălțime a creștei edentate, cu păstrarea lățimii*
 - D). *Clasa II – pierdere în lățime a creștei edentate, cu păstrarea înălțimii*
 - E). *Clasa III – pierdere atât în înălțime cât și în lățime a creștei edentate*
- 39. * Intemediarii metalici au indicație majoră când spațiul protetic este:**
- A). *mai mic de 6 mm*
 - B). *mai mare de 5 mm*
 - C). *mai mic de 5 mm*
 - D). *cuprins între 5 -7 mm*
 - E). *mai mare de 4mm*
- 40. * Pentru a putea realiza un corp de punte la distanță de creastă (suspendat) trebuie să dispunem de un spațiu de minimum:**
- A). *6 mm din care 4 mm grosimea corpului de punte și 2 mm înălțimea spațiului dintre mucoasa creștei și baza corpului de punte*
 - B). *6 mm din care 3 mm grosimea corpului de punte și 3 mm înălțimea spațiului dintre mucoasa creștei și baza corpului de punte*
 - C). *10 mm din care 5 mm grosimea corpului de punte și 5 mm înălțimea spațiului dintre mucoasa creștei și baza corpului de punte*
 - D). *6 mm din care 5 mm grosimea corpului de punte și 1 mm înălțimea spațiului dintre mucoasa creștei și baza corpului de punte*
 - E). *7 mm din care 5 mm grosimea corpului de punte și 2 mm înălțimea spațiului dintre mucoasa creștei și baza corpului de punte*
- 41. Particularitățile corpurilor de punte cu tangentă lineară la mandibulă sunt:**
- A). *Sunt întotdeauna îngustate V – O*
 - B). *Îngustarea lor V – O se face doar când spațiul protetic este mic*
 - C). *Reducerea suprafețelor ocluzale se face în detrimentul cuspizilor linguali de ghidaj*
 - D). *Reducerea suprafețelor ocluzale se face în detrimentul cuspizilor vestibulari de sprijin*
 - E). *În sens cervico-ocluzal, suprafața linguală se modelează ușor concav*
- 42. Referitor la longevitatea restaurărilor protetice fixe se țin cont de următorii factori:**

- A). Proteza parțială fixă cu mai mulți stâlpi are prognostic mai bun decât una cu doi sau un singur stâlp
- B). Factorii de risc la mandibulă sunt cu ceva mai crescuți față de maxilar
- C). Proteza parțială fixă cu doi stâlpi are prognostic mai bun decât una cu mai mulți sau cu un singur stâlp
- D). Factorii ce țin de realizarea scheletului metalic nu influențează longevitatea
- E). Factorii de risc la maxilar sunt cu ceva mai crescuți față de mandibulă
- 43. * Conform principiul lui Shore, ceramica atinge valori maxime ale rezistenței sale mecanice dacă se arde pe un schelet metalic :**
- A). care prezintă macroretenții
- B). care prezintă microretenții
- C). cu suprafețe convexe
- D). care prezintă suprafețe concave
- E). acoperit de oxizi metalici
- 44. * În cadrul sistemului PROBOND macheta componentei metalice se confecționează din:**
- A). Plasă rigidă de ceară cu polimeri a cărei grosime este de aproximativ 0,4 mm
- B). Plasă elastică de ceară cu polimeri a cărei grosime este de aproximativ 0,4 mm
- C). Plasă elastică de ceară a cărei grosime este de aproximativ 0,5 mm
- D). Plasă elastică de polimeri a cărei grosime este de aproximativ 0,5 mm
- E). Plasă elastică de ceară cu polimeri a cărei grosime este de aproximativ 0,3 mm
- 45. * Îndepărtarea unor eventuale impurități (resturi alimentare sau sânge) și neutralizarea suprafeței amprentei înregistrate cu hidrocoloid ireversibil (alginat) se face prin:**
- A). Spălarea amprentei timp de 2 minute cu apă caldă
- B). „Pudrarea” cu praf de gips, care se îndepărtează după 10 minute sub un jet de apă curentă, cu ajutorul unei pensule fine și moi
- C). „Pudrarea” cu praf de gips, care se îndepărtează repede sub un jet de apă curentă, cu ajutorul unei pensule fine și moi
- D). Menținerea amprentei în apă la temperatura camerei timp de 30 minute
- E). Menținerea amprentei în apă la temperatura camerei timp de 15 minute
- 46. În protetica fixă detaliile de suprafață trebuie redată cu o precizie de:**
- A). Cel puțin 30 μm pentru preparațiile dentare
- B). Minimum 55 μm pentru țesuturile moi peridentare
- C). Cel puțin 25 μm pentru preparațiile dentare
- D). Maxim 50 μm pentru țesuturile moi peridentare
- E). Minimum 50 μm pentru țesuturile moi peridentare
- 47. Intervalul de turnare a modelelor după amprentare este de:**
- A). 30 minute pentru polieteri
- B). 15 minute pentru hidrocoloizi reversibili
- C). 7 zile pentru vinilpoli-siloxani
- D). 15 minute pentru polisulfuri
- E). 48 – 72 ore pentru siliconi cu reacție de condensare

48. Tehnica de amprentare a dublului amestec:

- A). Este o amprentă globală în doi timpi (bifazică)
- B). Este o amprentă segmentară în doi timpi (bifazică)
- C). Este o amprentă globală într-un singur timp (monofazică)
- D). Este o amprentă segmentară într-un singur timp (monofazică)
- E). Utilizează elastomeri de consistențe diferite

49. Siliconul cu reacție de adiție (DimensionBite) pentru amprentarea ocluziei:

- A). Prezintă proprietate de tixotropie
- B). Are ca dezavantaj timpul de priză lung, de 5 minute
- C). Are duritate finală foarte mare
- D). Datorită durității finale scăzute amprente ocluzale se pot deteriora în timpul montării modelelor în ocluzor
- E). Nu aderă pe suprafețe umede

50. Alegerea lingurii de amprentare se face astfel:

- A). În cazul utilizării alginatelor se preferă lingurile cu perforații care împiedică desprinderea materialului
- B). În cazul siliconilor chitoși utilizarea lingurilor cu retenții tip „orificii” pot genera distorsionări ale materialului de amprentă datorită deformării sau ruperii „niturilor” de retenție ale materialului de amprentă
- C). În cazul alginatelor utilizarea lingurilor cu retenții tip „orificii” pot genera distorsionări ale materialului de amprentă datorită deformării sau ruperii „niturilor” de retenție ale materialului de amprentă
- D). Pentru o amprentă cu siliconi chitoși se vor putea utiliza portamprente cu orificii care oferă o bună fixare a materialului la lingură
- E). Lingurile fără perforații sunt indicate atât pentru alginat cât și pentru siliconi chitoși

51. Pentru realizarea fațetelor se preferă:

- A). amprente monofazice
- B). amprente bifazice
- C). utilizarea siliconilor de adiție și a polieterilor
- D). utilizarea siliconilor de condensare și a polieterilor
- E). utilizarea siliconilor de adiție și vinil-polisiloxanilor

52. * La ora actulă cele mai performante amprente sunt cele:

- A). bifazice cu silicon de adiție
- B). bifazice cu material de amprentare de tipul siliconilor de adiție
- C). monofazice cu silicon de condensare în ligură universală, cu inserarea materialului în lingură și injectarea lui în șant și pe bont
- D). monofazice cu polieteri sau siliconi de adiție în ligură individuală, cu inserarea materialului în lingură și injectarea lui în șant și pe bont
- E). monofazice cu polieteri sau siliconi de condensare în ligură individuală, cu inserarea materialului în lingură și injectarea lui în șant și pe bont.

53. În cazul amprentării pentru proteze parțiale fixe cu sprijin implantar:

- A). Sunt necesare amprente foarte fidele a stâlpilor implantelor
- B). Nu sunt necesare amprente foarte fidele a stâlpilor implantelor
- C). Stâlpul implantar neretentiv, conic sau cilindric rămâne în amprentă după dezinserția acesteia

- D). Stâlpul implantar neretentiv, conic sau cilindric rămâne în cavitatea bucală după dezinserția amprenteii
- E). Pentru amprentarea stâlpilor implantari neretentivi, conici sau cilindrici este preferată utilizarea polieterilor
- 54. * Amprenta monofazică cu portamprentă individuală și siliconi de adiție este tehnica de elecție pentru:**
- A). Inlay, coroane parțiale, fațete
- B). Punți adezive
- C). Amprenta globală în restaurările compozite
- D). Amprenta bonturilor în restaurările compozite
- E). Coroane de înveliș total
- 55. * Numărul de contacte dento-dentare pentru ca ocluzia să fie stabilă trebuie să fie de cel puțin:**
- A). 90
- B). 95
- C). 100
- D). 150
- E). 120
- 56. Metodele antropometrice fără repere preextractionale utilizate la determinarea relației centrice sunt:**
- A). Wild
- B). Boianov
- C). Silvermann
- D). Compasului de aur Appenrodt
- E). Willis
- 57. În cadrul metodei de determinare a relației centrice prin înscriere grafică, ughiul format între liniile trasate prin mișcările de lateralitate este de:**
- A). 110°
- B). 125°
- C). 130°
- D). 120°
- E). 115°
- 58. Autoocluzorul Lande:**
- A). Este un sistem de înregistrare a relației centrice format dintr-o plăcuță mandibulară, una maxilară și o a treia plăcuță intermediară pentru fixare.
- B). Este o metodă complexă de determinare a relației centrice
- C). Folosește metoda înscrierii grafice și verifică în aceeași ședință relația centrică obișnuită prin stimularea reflexelor vestigeale parodonto-musculare de poziționare centrică.
- D). Este o metodă prin care înregistrarea relației centrice se face pe plăcuțe de înscriere acoperite cu negru de fum sau cu ceară de inlay, în dreptul cărora sunt fixate pe cealaltă machetă de ocluzie ace înscriitoare astfel ca acestea să vină în contact cu plăcuțele.
- E). Funcționează pe baza principiului că orice obstacol așezat pe traiectoria de închidere mandibulară, fapt ce determină glisarea mandibulei spre o poziție excentrică.

59. Articulatorul FAG:

- A). Este de tip NONARCON
- B). Este de tip ARCON
- C). Are ca referință planul de la Frankfurt
- D). Are ca referință planul lui Camper
- E). Are distanța intercondiliană este 100 mm

60. * In cadrul metodei Willis de determinare a dimensiunii verticale:

- A). Dimensiunea măsurată între subnasale-nasion trebuie să fie egală cu dimensiunea subnasale-gnation.
- B). Dimensiunea etajului inferior reprezintă 3/5 din distanța subnasale-gnation măsurată cu gura închisă
- C). Distanța dintre subnasale și ofrion trebuie să fie egală cu cea măsurată între subnasale-gnation.
- D). Segmentul etalon este considerat ca fiind distanța dintre fanta labială și unghiul extern al ochiului și este comparat cu distanța subnasale-gnation.
- E). Segmentul etalon reprezintă distanța intercomisurală care se raportează la distanța măsurată între punctul plasat la intersecția liniei mediene cu linia cutaneomucoasă a roșului buzei și gnation.

61. * Dimensiunea verticală de postură, comparativ cu dimensiunea verticală de relație centrică este:

- A). Cu 1 – 2 mm mai mare
- B). Cu 2 – 4 mm mai mică
- C). Cu 2 – 4 mm mai mare
- D). Cu 3 – 5 mm mai mare
- E). Egală cu aceasta

62. Nivelul planului de ocluzie în zonele laterale se plasează:

- A). la 2/3 din distanța dintre cele două creste edentate
- B). la jumătatea distanței dintre cele două creste edentate
- C). mai aproape de câmpul protetic mai puțin deficitar, în cazul atrofiei și resorbției exagerate la nivelul unui maxilar
- D). mai aproape de câmpul protetic mai deficitar, în cazul atrofiei și resorbției exagerate la nivelul unui maxilar
- E). la 1/3 din distanța dintre cele două creste edentate

63. Analiza T-Scan:

- A). Este o analiză ocluzală computerizată
- B). Metoda permite înregistrarea tridimensională a dinamicii mandibulare
- C). Înregistrează zgomotele rezultate din contactele ocluzale
- D). Investighează contactele dento-dentare
- E). Permite echilibrarea planului de ocluzie.

64. Examenul gnatofotostatic:

- A). constă în aplicarea analizei spectrale a sunetelor și cuvintelor în medicina dentară
- B). se utilizează în investigarea ocluziei și a relațiilor mandibulo-craniene însoțite de dizarmonii dento-maxilare
- C). se practică sub forma fotografiei intraorale în IM și RC
- D). se practică sub forma fotografiei extraorale de față și profil

- E). se bazează pe înregistrarea contactelor ocluzale de către un senzor*
- 65. Electromiografia:**
- A). permite înregistrarea tridimensională a dinamicii mandibulare*
 - B). se realizează prin teste de mișcare mandibulară*
 - C). se realizează prin investigarea mișcărilor funcționale*
 - D). se bazează pe recoltarea biocurenților de la nivelul mușchilor sistemului stomatognat*
 - E). utilizează electrozi de suprafață sau de profunzime.*
- 66. Inspecția de profil urmărește următoarele elemente:**
- A). proporția etajelor feței*
 - B). simetria facială și tipul facial*
 - C). sanțul labio-mentonier*
 - D). ramul bazilar: aspect, orientare*
 - E). aspectul morfologic, static și dinamic de ansamblu.*
- 67. Inspecția de față are în vedere analiza mai multor elemente:**
- A). expresia feței(mimica, fizionomie)*
 - B). proporția etajelor feței*
 - C). unghiul goniatic*
 - D). ramul bazilar: aspect, orientare*
 - E). sanțul labio-mentonier.*
- 68. Sistemul Diagnodent:**
- A). este o metodă adjuvantă în depistarea precoce a leziunilor carioase*
 - B). expune pacientul la radiații*
 - C). raza laser a dispozitivului pătrunde aproximativ 4mm în fisurile din smalț*
 - D). investighează într-o manieră invazivă gradul de demineralizare al dinților*
 - E). utilizează o scală de valori și un semnal sonor de alertă.*
- 69. Zona vestibulară laterală a câmpului protetic edentat total maxilar:**
- A). poartă denumirea de puna lui Eisenging*
 - B). este dominată de inserția mușchiului buccinator*
 - C). se examinează cu gura larg deschisă*
 - D). permite îngroșări ale marginilor protezei pentru ameliorarea menținerii și stabilității acestora*
 - E). este o zonă cheie cu rol în realizarea succiunii.*
- 70. Zona linguală centrală:**
- A). este o zonă cheie de închidere marginală*
 - B). se examinează indicând pacientului mișcări de balansare a limbii spre dreapta și spre stânga*
 - C). este dominată de inserția mușchiului milohioidian*
 - D). este dominată de inserția mușchiului genioglos*
 - E). inserția anterioară a limbii micșorează dimensiunile zonei.*
- 71. Zona „Ah”:**
- A). este o zonă cheie periferică de închidere marginală*
 - B). are rol în realizarea menținerii și stabilității protezei*
 - C). are rol în realizarea succiunii*
 - D). poziția orizontală a vâului palatin permite realizarea succiunii interne și externe*

- E). este dominată de inserția mușchiului buccinator.
- 72. * Punga Eisenring:**
- A). este situată între cele două plici alveolo-jugale
 - B). examinarea se face tracționând spre afară ușor buza superioară
 - C). este o zonă cheie periferică de închidere marginală
 - D). aprecierea înălțimii zonei se face prin bascularea mandibulei spre zona examinată
 - E). aprecierea lățimii zonei se face prin bascularea mandibulei spre zona examinată.
- 73. Contraindicațiile protezelor parțiale mobilizabile sunt:**
- A). edentația parțială de clasa III și IV
 - B). pacienți tineri cu camera pulpară voluminoasă
 - C). stare generală alterată sau psihic neechilibrat
 - D). infecții cronice sau acute
 - E). copii în perioada de creștere.
- 74. Protezele parțiale din Valplast:**
- A). sunt cele mai flexibile proteze parțiale
 - B). nu pot fi rebazate
 - C). pot fi curățate în baie cu ultrasunete
 - D). necesită croșete din sârmă
 - E). culoarea croșetelor este aceeași cu cea a dinților.
- 75. Croșetele simple acrilice dentare:**
- A). sunt prelungiri ale șeilor care utilizează zonele retentive ale crestei alveolare
 - B). au avantajul că sunt elastice
 - C). pot fi sub formă de pelote sau digitații
 - D). au o grosime de 0,5-1mm
 - E). au dezavantajul că fiind rigide produc leziuni de decubit.
- 76. Croșetele metalice din folie sau bandă:**
- A). au diametru de 0,6-0,8mm
 - B). prezintă contact redus cu dintele
 - C). prezintă o mare elasticitate
 - D). sunt denumite și croșete plane
 - E). generează eroziuni dentare.
- 77. Contraindicațiile protezării flexibile sunt:**
- A). stare de igienă orală precară
 - B). stare generală alterată sau psihic neechilibrat
 - C). pacienți alergici la acrilate
 - D). situațiile în care spațiul protetic posterior este mai mare de 4-6mm
 - E). atrofie accentuată a câmpului protetic.
- 78. Conectorul principal acrilic palatinal din structura protezei parțiale mobilizabile acrilice:**
- A). are o grosime de 0,5-1mm
 - B). are o grosime de 2mm
 - C). poate fi ameliorat prin răscoire distală sau decupare
 - D). are fața mucozală lustruită
 - E). are fața externă lustruită și prezintă modelate rugi palatine.

- 79. Conectorul principal acrilic lingual din structura protezelor parțiale mobilizabile acrilice:**
- A). se prezintă sub formă de placă linguală semilunară în „U”
 - B). are o grosime de 0,5-1mm
 - C). fața mucozală este lustruită
 - D). fața lustruită este orientată spre limbă
 - E). marginea superioară se plasează la nivelul dinților restanți subecuatorial.
- 80. Croșetul cervico-alveolar deschis dental:**
- A). este denumit și corșet cu buclă
 - B). este utilizat pentru ancorarea aparatelor ortodontice
 - C). este la distanță de 0,2-0,3 mm de mucoasa alveolară
 - D). bucla poate fi în âde „Z” sau „V”
 - E). este indicat pe molarii mezializați.
- 81. * Croșetul din sârmă cu trei brațe:**
- A). este realizat din sârmă de wipla cu diametru de 0,2-0,4mm
 - B). este asemănător croșetului Bonwill
 - C). este asemănător croșetului Ackers
 - D). este denumit și corșet cu buclă
 - E). se recomandă în zona frontală.
- 82. Croșetul cervico-ocluzal deschis dental:**
- A). se mai numește și croșetul cu umăr
 - B). favorizează bascularea protezei
 - C). are extremitatea liberă deschisă spre edentație
 - D). are acțiune antibasculantă
 - E). este utilizat mai ales pentru ancorarea aparatelor ortodontice.
- 83. Faza de amprentare preliminară a câmpului protetic edentat parțial NU poate realiza:**
- A). Obiectivele privind rolul tonicității musculare;
 - B). Obiectivele privind adeziunea;
 - C). Redarea dinților restanți pe arcade;
 - D). Obiectivele funcționale;
 - E). Condiții pentru obținerea succiunii externe.
- 84. Mișcările nefuncționale efectuate la amprentare în tratamentul edentației parțiale:**
- A). Sunt realizate de către medic;
 - B). Sunt recomandate de către medic;
 - C). Utilizează fonația, mimica, masticția și deglutiția;
 - D). Sunt concepute sub formă de mișcări test;
 - E). Implică mobilizarea nodulului comisural.
- 85. In tratamentul edentației parțiale amprenta funcțională cu portamprentă decupată dentar:**
- A). Este o tehnică de amprentare într-un timp;
 - B). Este o tehnică de amprentare în doi timpi;
 - C). Utilizează o portamprentă individuală prevăzută cu bordură de ocluzie;
 - D). Este o amprentare de despovărare;
 - E). Este o amprentare de compresiune.

86. Tehnicile de amprentare cu model corectat(secționat):

- A). Se adresează edentațiilor terminale;
- B). Se utilizează în edentații intercalate;
- C). Utilizează lingurile individuale, sau standard individualizate;
- D). Utilizează scheletul metalic al protezei;
- E). Se realizează sub presiune ocluzală sau digitală.

87. Care dintre următoarele afirmații referitoare la amprentarea funcțională în edentația parțială sunt adevărate?

- A). Ampretele funcționale compresive se adresează câmpurilor protetice dure;
- B). Ampretele funcționale decompressive sunt indicate pentru câmpurile protetice dure;
- C). Ampretele funcționale compresive utilizează portamprente distanțate și materiale fluide de amprentare;
- D). Ampretele cu gura închisă necesită linguri prevăzute cu valuri de ocluzie;
- E). Amprentarea finală cu gura închisă poate apela la vechile proteze ca portamprente.

88. Înregistrarea relațiilor mandibulo-craniene este o operațiune care urmărește:

- A). repoziționarea mandibulei în poziție corectă de IM;
- B). repoziționarea mandibulei în poziție corectă de RC.
- C). respectarea reperelor articular, muscular, osos, dentar, labial, lingual.
- D). respectarea reperelor după planul de la Frankfurt.
- E). respectarea reperelor după dinții restanți.

89. În situația clinică în care pe un maxilar se va realiza o proteză mobilă, iar celălalt va fi protezat fix, înregistrarea relațiilor intermaxilare se va face cu ajutorul:

- A). bordurii de ocluzie plasată pe placa de bază.
- B). unei folii de ceară sub form arcadei.
- C). pastei de zinc-oxid-eugenol plasată pe un cadru de sârmă cu suport textil.
- D). articulaturii și a arcului facial.
- E). planului de la Frankfurt, paralel cu acesta.

90. În cazul în care situația clinică pretinde o protezare mobilă, cu sau fără protezare fixă, la un maxilar, iar la antagonist vom avea o protezare mobilă și o instabilitate mandibulo-craniană, pașii vor fi astfel:

- A). se efectuează întâi lucrarea superioară, apoi cea inferioară.
- B). se efectuează amprente pentru ambele arcade în aceeași ședință.
- C). după confecționarea machetelor se trece la montarea modelelor în articulator.
- D). după confecționarea machetelor de ocluzie se vor stabili nivelul și orientarea planului de ocluzie pentru zonele edentate.
- E). se efectuează întâi lucrarea unde avem mai mulți dinți restanți.

91. Rolul arcului facial constă în:

- A). înregistrarea tridimensională a mișcărilor fundamentale ale mandibulei.
- B). transferul poziției maxilarului față de mandibulă.
- C). plasarea corectă a modelului maxilar față de planul orizontal.
- D). plasarea corectă a modelelor paralele cu planul de la Frankfurt.
- E). înregistrarea corectă a distanței intercondiliene.

92. Planul de la Frankfurt are următoarele caracteristici:

- A). este delimitat de Porion - Orbitale.
- B). este delimitat de Tragus- Orbitale.
- C). este utilizat pentru determinarea planului de ocluzie.
- D). este variabil în funcție de vârstă și de starea psihică a pacientului.
- E). este un reper cranian fix.

93. * Brațul lateral al arcului facial se plasează astfel:

- A). paralel cu planul de ocluzie în zona laterală .
- B). vârful arcului să fie plasat la 12 mm înaintea punctului Tragusului.
- C). vârful arcului să fie plasat la nivelul Tragusului.
- D). să coincidă cu planului lui Camper.
- E). să coincidă cu planul de la Frankfurt.

94. Orientarea planului de ocluzie la pacienții ce urmează a fi protezați parțial sau total are următoarele particularități:

- A). se va realiza la proba machetei de ceară.
- B). se va realiza cu ajutorul machetei de ocluzie.
- C). va fi paralel cu planul de la Frankfurt în zona laterală.
- D). va fi paralel cu planul lui Camper în zona laterală.
- E). va fi raportat la planul lui Simon în zona frontală.

95. * Nivelul planului de ocluzie pe macheta mandibulară are următoarele particularități:

- A). este paralel cu planului lui Camper.
- B). este stabilit în poziția de RC.
- C). este hotărât pe baza asigurării unui dimensiuni verticale corecte a etajului inferior.
- D). se realizează prin automodelare după aplicarea șablonului superior.
- E). se face cu ajutorul deglutiției.

96. Etapa clinică de determinarea a RC constă în:

- A). determinarea relației de postură.
- B). determinarea relației de ocluzie.
- C). stabilirea înălțimii corecte a bordurilor de ocluzie.
- D). poziționarea condililor în fosa glenoidă la o dimensiune verticală corectă.
- E). marcarea tegumentară cu creionul chimic a punctelor Orbitale –Tragion.

97. * Machetele de ocluzie sunt piese protetice cu rolul de a :

- A). arăta pacientului cum vor arăta viitoarele proteze.
- B). verifica rapoartele de ocluzie în zona laterală.
- C). realiza suportul material pentru a stabiliza cele două oase maxilare în poziții fundamentale de referință.
- D). verifica adaptarea fonetică a pacientului cu viitoarele proteze.
- E). verifica dacă deglutiția are loc în condiții optime.

98. * Metoda deglutiției:

- A). este o metodă folosită în amprentarea funcțională.
- B). ne ajută la determinarea liniei AH.
- C). este folosită la proba machetelor de ceară.
- D). ne ajută la determinarea RC.
- E). ne ajută la determinarea DVO.

99. Caracteristicile amprentelor mucostatice, folosite în realizarea protezelor totale sunt:

- A). amprenta se mentine pe camp, operatorul aplicand o presiune constanta pe tot timpul amprentarii*
- B). înregistrarea liniei de reflexie a mucoasei depinde de tonicitatea structurilor musculare*
- C). protezele necesita retusuri multiple datorita marginilor supraextinse*
- D). folosesc la maxim rolul de ventil extern al musculaturii*
- E). valorifica cuprinderea unei zone cat mai întinse din suprafața de sprijin prin echilibrul dintre tonicitatea tisulară și consistența materialului de amprenta*

100. Lingurile standard folosite în cadrul amprentării preliminare trebuie să prezinte următoarele caracteristici:

- A). să asigure o grosime diferențiată a materialului de amprentare, în funcție de zona câmpului protetic și de gradul de atrofie al acestuia*
- B). să prezinte proprietăți elastice compatibile cu ale materialului de amprentă utilizat*
- C). să prezinte compatibilitate cu materialul de amprentă*
- D). să fie prevăzută cu puncte de reper necesare unei eventuale reintroduceri în cavitatea bucală*
- E). să fie de unică folosință sau eventual să fie sterilizabile*

101. În alegerea materialului pentru amprenta preliminară se va ține cont de următoarele aspecte:

- A). caracteristicile și starea de sănătate a elementelor câmpului protetic (de exemplu a leziunilor de decubit produse de o proteza veche)*
- B). dispoziția elementelor câmpului protetic*
- C). avantajul pe care unele materiale îl au în a deplasa elementele mucozale instabile ale câmpului protetic*
- D). caracteristicile de curgere ale unor materiale care permit o poziționare nedistorsionată a elementelor mucozale*
- E). scopul în care se utilizează manopera de amprentare.*

102. Care din următoarele afirmații corespunde unei recomandări, după Scherinemakers, asupra delimitării viitoarei linguri individuale, pe amprenta preliminară maxilară:

- A). trasarea marginii viitoarei linguri se face urmărind distanța de la mijlocul crestei până la fundul de sac*
- B). se trasează conturul posterior ce va cuprinde tuberozitățile la 2-3 mm posterior de linia Ah*
- C). se marchează poziția foveelor palatine*
- D). se gravează amprenta preliminară la nivelul viitoarei limite distale a lingurii de amprentare*
- E). se ocolesc la 1 mm frenurile și la 1-2 mm inserția ligamentului pterigo-mandibular*

103. * Care dintre următoarele afirmații NU se referă la accesoriile componente ale lingurilor individuale de amprentare:

- A). mânerul lingurii individuale va fi solidarizat pe fața externă a bazei lingurii, pe linia mediană, respectând libertatea de mișcare a musculaturii*

- B). butonii de presiune au rolul de a permite aplicarea presiunii digitale uniforme pe materialul de amprentare*
- C). bordura de ocluzie, se confectionează din ceară sau stent și imită aspectul arcadei dentare*
- D). întăriturile din sârmă se utilizează la portamprente mandibulare confectionate din placă de bază*
- E). baza lingurii are o grosime de 1,5-2 mm și urmărește conturul marginal marcat pe modelul preliminar.*

104. * Care dintre următoarele afirmații corespunde unui dintre criteriile generale de confectionare a portamprentei individuale:

- A). lingura de amprentare trebuie, prin caracteristicile sale elastice, să compenseze contracția de priză a materialului și eventual a celei a gipsului din care se realizează modelul*
- B). distanțarea de câmpul protetic a lingurii individuale se realizează prin folierea modelului funcțional*
- C). grosimea marginilor lingurii e influențată doar de dimensiunea fundurilor de sac vestibulare*
- D). mânerul și butonii de presiune sunt accesorii obligatorii atât ale lingurii maxilare cât și a celei mandibulare*
- E). în toate tehnicile de amprentare lingura individuală trebuie să prezinte un contact intim cu suprafața câmpului protetic.*

105. Principalele obiective pe care trebuie să le îndeplinească o amprentă funcțională sunt (dupa Green, 1910):

- A). obținerea unei înălțimi corecte a marginilor și o extindere maximă a bazei protezei*
- B). repartizarea egală a presiunilor asupra părților dure și moi*
- C). respectarea libertății contracțiilor musculare*
- D). prefigurarea rapoartelor intermaxilare ce se vor definitiva cu ajutorul sabloanelor de ocluzie.*
- E). asigurarea stabilității prin plasarea arcadei dentare în coridorul neutru al forțelor mobilizatoare*

106. * Asigurarea menținerii protezelor totale se realizează în faza de amprentare funcțională prin:

- A). cuprinderea în amprentă a retentivităților anatomice de tipul creștelor sau tuberozităților*
- B). transmiterea uniformă a presiunilor pe toată suprafața de sprijin osos*
- C). folosirea în cazurile ce o necesită a despovăririi anumitor zone*
- D). montarea dinților în corespondența RC cu IM*
- E). asigurarea unui contact intim între baza protezei și mucoasa fixă.*

107. Ampretele funcționale compresive se caracterizează prin:

- A). comprimarea verticală a mucoasei nu determină deformări în sens orizontal*
- B). se folosește doar la câmpurile dure*
- C). se folosește doar în cazurile în care mucoasa este puțin rezilientă*
- D). se folosește în cazul câmpurilor depresibile, asigurând comprimarea necesară pentru îndepărtarea formațiunilor balante*
- E). utilizarea alginatului ca material de amprentare*

- 108. Amprentarea funcțională după Schreinemakers presupune:**
- A). limita vestibulară a lingurii urmărește traseul ascendent distal al liniei milohioidiene
 - B). amprenta se realizează cu materiale bucoplastice
 - C). dispersarea prin îngroșarea lingurii a forțelor exercitate de milohioidian
 - D). înlăturarea posibilității de apariției a zonelor de decubit, prin îngroșare marginii lingurii
 - E). eliminarea etapei de determinare a DVO după amprentare
- 109. Amprenta de deglutiție Hromatka presupune:**
- A). obținerea unor proteze supraextinse
 - B). în cazul edentatului bimaxilar, necesitatea efectuării inițiale a protezei mandibulare
 - C). existența unor glande sublinguale care să nu depășească nivelul creștelor edentate
 - D). folosirea ca material de amprentare a gipsului cât mai fluid
 - E). mișcări funcționale de deschidere a gurii, mișcarea limbii, umezirea buzelor și deglutiții, efectuate în această succesiune.
- 110. Care din următoarele afirmații referitoare la tehnica de amprentare funcțională după Franz Herbst sunt adevărate:**
- A). necesită aceleași mișcări test ca ordine și număr, atât pentru controlul adaptării lingurii, cât și pentru amprenta propriu-zisă
 - B). controlul lingurilor de amprentare presupune un număr de 7 mișcări pentru mandibulă și 5 pentru maxilar
 - C). amprentarea funcțională se realizează cu materiale bucoplastice
 - D). permite înregistrarea tuturor mișcărilor periferiei câmpului protetic
 - E). folosește linguri de amprentare intim adaptate pe model, mai scurte cu 1-2 mm decât linia de reflexie a mucoasei, marcată de medic pe model.
- 111. * Amprenta fonetică integrală este recomandată pentru:**
- A). căptușirea unor proteze maxilare care au fost reparate în antecedente
 - B). realizarea exclusiv a căptușirii protezelor mandibulare, în scopul extinderii acestora în zona distală
 - C). căptușirea unor proteze a căror menținere este deficitară
 - D). remontarea unui grup frontal la o proteză care îngreunează vorbirea
 - E). cazurile în care proteza maxilară are și rol de obturator palatin
- 112. * Amprentarea funcțională după tehnica lui Pedro Saizar presupune:**
- A). o amprentă funcțională folosind drept material de amprentă Stent-ul
 - B). o amprentă funcțională ce folosește drept material de amprentare paste de ZOE
 - C). o lingură individuală la distanță de câmpul protetic
 - D). o lingură individuală intim adaptată câmpului protetic
 - E). toate variantele sunt corecte
- 113. Care din următoarele afirmații reprezintă un avantaj al pastelor ZOE ca material de amprentare în edentația totală:**
- A). timpul de priză nu depinde de temperatură și umiditate
 - B). prezintă o fluiditate mare
 - C). necesită rapiditate din punctul de vedere al operatorului

- D). absorb secrețiile din palat
 E). posibilitatea de cofrare a amprentelor
- 114. * Determinarea nivelului planului de ocluzie se realizează:**
 A). pe bordura de ocluzie a sablonului maxilar sau mandibular
 B). prin înregistrare grafică extraorală Gysi
 C). se face în mod asemănător în zona frontală și cea laterală
 D). în zona laterală se plasează la 1,5-2 mm sub nivelul comisurii bucale
 E). reperul cel mai important în orientarea planului, atât în zona frontală cât și în cea laterală, este planul subnasale-porion
- 115. * Placuța lui Fox se utilizează:**
 A). la determinarea planului de ocluzie în zona frontală
 B). la determinarea planului de ocluzie în zona laterală
 C). la determinarea nivelului planului de ocluzie în zona frontală și poziționarea acestuia în raport cu nivelul creștelor edentate
 D). la verificarea orientării planului de ocluzie în zona frontală și laterală concomitent
 E). în cazurile în care planul lui Camper nu poate fi determinat.
- 116. În care din următoarele situații orientarea planului de ocluzie se face în funcție de planul lui Camper:**
 A). dismorfii grave
 B). malrelatii mandibulo-craniene accentuate în sens antero-posterior
 C). atrofie accentuată a creștelor edentate
 D). vechi purtător de proteze
 E). profil drept, convex sau concav
- 117. * Stabilirea planului de ocluzie prin metoda disocierii analitice presupune:**
 A). folosirea unor șabloane de ocluzie
 B). folosirea unei teleradiografii de profil
 C). plasarea porțiunii anterioare a planului de ocluzie la 2 mm de spina nazală anterioară
 D). plasarea porțiunii posterioare a planului de ocluzie la intersecția punctelor mediene a laturilor formate de marginile ramului ascendent mandibular
 E). plasarea porțiunii posterioare a planului de ocluzie la intersecția punctelor mediene a perpendicularelor duse din gonion pe planul lui Camper
- 118. Care din următoarele afirmații privind dimensiunea verticală a etajului inferior sunt adevărate:**
 A). se obține prin măsurarea distanței dintre un reper fix maxilar și un reper mobil mandibular
 B). se face comparativ cu un segment etalon
 C). reprezintă unul din reperele diferențiale dintre relația centrică și cea de postură
 D). diferența dintre relația de postură și cea în relație centrică este de 2-4 mm
 E). diferența dintre relația centrică și cea de postură reprezintă spațiul de inocluzie fiziologică
- 119. Dificultățile de determinare ale dimensiunii verticale la pacientul edentat total se pot datora:**
 A). modificării permanente a poziției de repaus

- B) lipsei punctelor de referință
 C) micșorării tonicității musculaturii mimicii
 D) hipertrofiei linguale frecvente care apare în urma pierderii dinților
 E) instalării unor stereotipuri masticatorii cu ajutorul creștelor edentate, care pot ridica dificultăți de înlăturare în faza de protezat.
- 120. *Metoda Landa de determinare a dimensiunii verticale de ocluzie presupune:**
- A) egalitatea dimensiunii nasion-subnasale cu cea subnasale-gnation
 B) utilizarea de fotografii din perioada dentată
 C) egalitatea distanței vertex-planul de la Frankfurt cu cea de la punctul bazilar mandibular la planul de la Frankfurt
 D) utilizarea compasului de aur
 E) folosirea distanței dintre fanta labială și unghiul intern al ochiului.
- 121. Metodele funcționale de determinare a dimensiunii verticale de ocluzie presupun:**
- A) utilizarea spațiului maxim de articulare fonetică
 B) utilizarea de teste fonetice
 C) utilizarea bioelectromiografului
 D) utilizarea lor de sine stătătoare, înlăturând inexactitățile pe care le presupun metodele antropometrice
 E) determinarea acestei dimensiuni într-o poziție cât mai apropiată de clinostatism.
- 122. Derapajul bordurilor machetelor de ocluzie poate să:**
- A) aibă loc spre interior sau spre posterior
 B) determine concordanța liniilor mediene maxilare
 C) apară și să determine derapare opusă direcției de glisaj
 D) determine derapare de aceeași parte a direcției de glisaj, atunci când se numește derapare simetrică
 E) fie asimetric
- 123. * Care dintre următoarele elemente NU este incriminat în dificultățile de determinare a relației centrice la edentatul total:**
- A) hiperlaxitatea ligamentară
 B) uzura oaselor articulare
 C) ștergerea reflexelor
 D) atrofia marcată
 E) instabilitatea mandibulară
- 124. * Metoda de determinare a relației centrice imaginată de Gysi presupune:**
- A) stimularea reflexului de propriocepție molară
 B) compresiunea temporalului bilateral în timpul închiderii și deschiderii gurii
 C) stimularea reflexelor vestigiale de poziționare centrică
 D) compresiunea fascicolului posterior al temporalului în momentul închiderii gurii
 E) compresiunea maseterului bilateral în timpul închiderii gurii.
- 125. Metoda de determinare a relației centrice descrisă de Lejoyeux:**
- A) este o metodă simplă de înregistrare a relației centrice
 B) combină înscrierea grafică cu stimularea reflexelor vestigiale

- C). presupune folosirea unor șabloane fără borduri de ocluzie
- D). utilizează corespondența de poziție geometrică fără o integrare strictă
- E). este recomandată la realizarea protezelor cu dinți având cuspidaj corespunzător stereotipului de masticație

126. Care dintre următoarele NU reprezintă condiții *sine qua non* pentru o determinare corectă a relației centrice mandibulo-craniene:

- A). redarea corectă a plenitudinii buzei superioare
- B). solidarizarea corectă a sabloanelor de ocluzie în poziția de relație determinată
- C). îndepărtarea durerii
- D). relaxarea musculară
- E). alegerea culorii dinților artificiali

127. Pe modelele pe care se realizează machetele viitoarelor proteze totale trebuie să fie trasate următoarele linii de referință:

- A). linia bipupilară
- B). linia surâsului
- C). linia suborbitală
- D). linia caninilor
- E). mijlocul creștelor

128. La controlul extraoral al machetei protezei totale se urmărește ca:

- A). bazele din ceară să cuprindă șanțurile pterigomaxilare și restul zonei de închidere palatinală posterioară
- B). bazele din ceară să acopere în întregime tuberculii piriformi
- C). papilele interdente să fie modelate concav
- D). versantele vestibulare ale machetelor să fie modelate convex
- E). versantul lingual al machetei inferioare să fie modelat convex

129. La controlul extraoral al machetelor protezei totale se urmărește ca:

- A). din rațiuni mecanice dinții să realizeze unități masticatorii de câte trei dinți
- B). înălțimea frontalilor să se încadreze între planul de ocluzie și linia surâsului
- C). cei șase dinți frontali trebuie să ocupe spațiul dintre cele două linii ale caninilor
- D). fiecare machetă să aibă distal o zonă de maximum 1 mm neacoperită de dinți
- E). să se respecte inocluzia sagitală standard de 1 cm

130. Următoarele afirmații privind controlul fonetic al machetei protezei totale sunt adevărate:

- A). dacă fonema „D” se aude ca fonema „T”, dinții superiori sunt vestibularizați
- B). dacă fonema „D” se aude ca fonema „T”, macheta superioară este prea groasă în regiunea posterioară
- C). dacă fonema „D” se aude ca fonema „T”, macheta superioară este prea extinsă
- D). dacă fonema „T” se aude ca fonema „D”, dinții superiori sunt vestibularizați
- E). dacă fonema „T” se aude ca fonema „D”, dinții sunt oralizați

131. Pentru realizarea închiderii palatinale posterioare la proteza totală, profunzimea gravării:

- A). trebuie să fie egală cu 2/3 din depresibilitatea țesuturilor
- B). trebuie să fie egală cu 1/3 din depresibilitatea țesuturilor

- C). variază și în funcție de înclinarea vâului
- D). este mai mare pentru vâurile verticale
- E). este mai mare pentru vâurile orizontale

132. În cadrul controlului extraoral al machetelor protezelor totale la verificarea ocluzorului și al modelelor se urmărește :

- A). Pe modele să fie trasate liniile de referință;
- B). Cuspidarea dinților laterali;
- C). Culoarea dinților să corespundă cu cea notată pe fișă;
- D). Fixarea contrapiuliței;
- E). Direcția curburii sagitale.

133. * La controlul extraoral propriu-zis al machetelor protezelor totale, la nivelul arcadelor, se verifică:

- A). Înălțimea frontalilor să corespundă înălțimii bordurii de ceară din regiunea frontală;
- B). Linia interincisivă să corespundă cu cea de pe modele;
- C). Cuspidarea dinților laterali să fie totdeauna în jur de 25-30 de grade;
- D). Dinții să realizeze unități masticatorii de câte trei dinți, din rațiuni mecanice;
- E). Modul în care se realizează ocluzia statică și dinamică.

134. La controlul bazelor din ceară ale protezelor totale se controlează următoarele elemente:

- A). Să pătrundă până la 1-2 mm de fundurile de sac;
- B). Să acopere 2/3 anterioare ale tuberculilor piriformi;
- C). Versantele vestibulare ale machetelor să fie modelate concav;
- D). Versantul lingual al machetei protezei inferioare să fie modelat convex;
- E). Culoarea cerii să fie cât mai apropiată de culoarea naturală a gingiei.

135. Din punct de vedere estetic, la controlul machetelor protezelor totale sunt importante următoarele elemente:

- A). Simetria riguroasă a incisivilor inferiori;
- B). Curbura vestibulară simetrică;
- C). Curbura incizală să fie paralelă cu marginea liberă a buzei superioare;
- D). Existența coridorului bucal;
- E). Analiza faciesului pacientului să se facă în picioare, în timpul conversației

136. * La controlul machetelor protezelor totale, dacă dimensiunea verticală de ocluzie este micșorată:

- A). Pacientul are un facies crispat;
- B). Aspectul facial este îmbătrânit;
- C). Șanțurile periorale sunt șterse;
- D). Roșul buzelor este accentuat;
- E). Dinții sunt prea vizibili.

137. La controlul fonetic al protezelor totale, când fonema D se aude ca T :

- A). Dinții superiori sunt prea scurți;
- B). Dinții superiori sunt prea lungi;
- C). Dinții superiori sunt oralizați;
- D). Dinții superiori sunt vestibularizați;
- E). Proteza este prea groasă în zona rugilor palatine.

- 138. Zonele de despoavărare ale protezelor totale care trebuie foliate înainte de modelarea finală a machetei sunt:**
- A). *Papila incisivă;*
 - B). *Exostoze;*
 - C). *Tuberculul piriform;*
 - D). *Tuberozitatea maxilară;*
 - E). *Torusurile*
- 139. * Primul control de verificare a adaptării protezelor mobile este indicat:**
- A). *La 1-2 ore după inserare;*
 - B). *La 6-8 ore după inserare;*
 - C). *La 12 ore după inserare;*
 - D). *La 24 ore după inserare*
 - E). *După câteva zile de la inserare.*
- 140. Pentru retușarea protezelor:**
- A). *a) se marchează cu creionul chimic leziunea traumatică observată;*
 - B). *b) se marchează cu creionul chimic zona perilezională;*
 - C). *c) se reluștruieste cu atenție zona retușată pe fața internă a protezei;*
 - D). *d) zonele retușate vor fi reluștruite dacă retușul interesează fața externă a protezei*
 - E). *e) corectarea se face cu pietre sau freze de mărimi corespunzătoare.*
- 141. La nivelul maxilarului protezat total zonele de decubit apar în special:**
- A). *La nivelul zonei de închidere marginală posterioară;*
 - B). *La nivelul rugilor palatine;*
 - C). *La nivelul suturii intermaxilare;*
 - D). *La nivelul frenului buzei superioare sau a bridelor laterale;*
 - E). *Vestibular, la nivelul zonelor retentive*
- 142. * Mușcarea obrazului, constatată în faza de adaptare a protezelor mobile, este cauzată de:**
- A). *Montarea inversă a dinților laterali;*
 - B). *Montarea cap la cap a dinților laterali;*
 - C). *Treapta vestibulară prea mare în montarea normală;*
 - D). *Nerespectarea legii lui Pound;*
 - E). *Curba sagitală de ocluzie prea accentuată*
- 143. * Controalele obligatorii în cadrul dispensarizării pacienților cu proteze totale noi se fac:**
- A). *La o lună;*
 - B). *La 6 luni;*
 - C). *Inițial la 3 luni, apoi o dată la șase luni;*
 - D). *Trimestrial;*
 - E). *Anual*
- 144. * Lipsa stabilității protezelor totale datorită plasării incorecte a planului de ocluzie necesită:**
- A). *Echilibrarea ocluzală;*
 - B). *Remontarea unor dinți artificiali;*
 - C). *Căptușirea protezei;*
 - D). *Reparație prin adăugare de acrilat;*

E). Refacerea protezei

145. Cauzele basculării transversale a protezei totale pot fi:

- A). Montarea dinților laterali în afara crestei;*
- B). Montarea dinților laterali cu axul paralel cu linia interalveolară;*
- C). Atrofia exagerată a crestei;*
- D). Reziliența scăzută a mucoasei fixe;*
- E). Folierea excesivă a torusului palatin*

146. La controlul menținerii protezei mandibulare prin testele lui Herbst, verificarea închiderii la nivelul tuberculilor piriformi se face:

- A). Prin tracțiune oro-vestibulară pe fața linguală a incisivilor inferiori;*
- B). Prin tracțiune vestibulo-orală pe fața vestibulară a frontalilor inferiori;*
- C). Prin tracțiune în sens vertical;*
- D). Funcțional prin testul deglutiției;*
- E). Instruind pacientul să-și păstreze o poziție anterioară a limbii.*

147. Corectarea relațiilor ocluzale la aplicarea protezelor se face la dinții laterali ținând cont de faptul că :

- A). În montarea laterală normală cuspizii de ordinul I sunt cei vestibulari superiori;*
- B). În montarea laterală normală cuspizii de ordinul I sunt cei palatinali superiori;*
- C). În montarea laterală normală cuspizii de ordinul I sunt cei vestibulari inferiori*
- D). În montarea laterală inversă cuspizii de ordinul I sunt cei vestibulari inferiori;*
- E). În montarea laterală inversă cuspizii de ordinul I sunt cei linguali inferiori*

148. Leziunile de decubit se caracterizează prin:

- A). Apariția mai frecventă în zona canină la maxilar și regiunea anterioară a mandibulei;*
- B). Consistență dură, margini indurate;*
- C). Apariția frecventă a diskeratozei;*
- D). Asocierea florei microbiene moderate;*
- E). Absența mirosului fetid*

149. Reacțiile tardive totale din cadrul stomatopatiilor protetice se datorează:

- A). Atrofiei câmpului protetic ;*
- B). Exostozele;*
- C). Bolilor generale;*
- D). Detergenților folosiți la igienizare;*
- E). Utilizării cronice a adezivilor de proteză*

150. Față de leziunile de decubit din stomatopatiile protetice, leziunile maligne se caracterizează prin:

- A). Flora microbiană abundentă;*
- B). Adenopatie moderată și inconstantă;*
- C). Localizare la orice nivel;*
- D). Halena fetidă prezentă;*
- E). Tumefacția edematoasă.*

151. Reacțiile tardive bazale se datorează:

- A). Porozității protezei;
 - B). Igienei necorespunzătoare;
 - C). Imperfecțiunilor ocluzale;
 - D). Structurii chimice a protezei;
 - E). Conformării improprie a marginilor protezei
- 152. Reacțiile imediate marginale se caracterizează prin:**
- A). Zone congestive sau ulceratii limitate;
 - B). Durere;
 - C). Tulburări funcționale;
 - D). Adenopatie constantă;
 - E). Halenă fetidă persistentă
- 153. Care din următoarele situații containdică reoptimizarea protezelor mobile cu materiale rigide:**
- A). migrări ale dinților stâlpi către spațiile edentate, fără pierderea punctelor de contact
 - B). atrofia avansată a zonei de sprijin osoasă, compensată prin hipertrofie mucoasă
 - C). ameliorarea menținerii la o proteză cu baza subextinsă
 - D). proteze cu reparații multiple și dinți degradați
 - E). dezechilibru ocluzal care nu poate fi corectat
- 154. *Care este avantajul căptușirii directe:**
- A). după căptușire materialul este omogen, fără porozități
 - B). consum mare de materiale
 - C). se realizează într-o singură fază clinică
 - D). nu există riscul unor iritații
 - E). se poate repeta manopera clinică în caz de nereușită, timpul clinic fiind totuși destul de redus
- 155. Folosirea presei de căptușire în cazul căptușirii prin metoda indirectă a pieselor protetice mobile are următoarele avantaje față de ambalarea în chiuveță:**
- A). este o metodă mult mai rapidă
 - B). asigură o polimerizare fără porozități
 - C). elimină reacția exotermă de polimerizare
 - D). elimină remanența monomerului rezidual
 - E). se evită fracturarea piesei protetice.
- 156. Care din următoarele situații se pretează pentru folosirea materialelor reziliente de căptușire:**
- A). atrofia avansată a zonei de sprijin
 - B). protezarea imediată care determină rezorbții rapide ale proceselor alveolare
 - C). dinți laterali montați în afara crestei
 - D). leziuni de decubit
 - E). masticția dificilă
- 157. Care din următoarele afirmații sunt adevărate în cazul captușirii temporare:**
- A). este strict o metodă de captușire indirectă
 - B). se folosește pe o perioadă de maxim 1-2 luni, după care materialul își pierde proprietățile

- C). materialele folosite au vâscozitate lent-progresivă*
- D). materialul de predilecție pentru căptușirea temporară îl reprezintă pastele de zinc-oxid eugenol*
- E). permite condiționarea substratului muco-osos*

158. Care din următoarele intervenții se încadrează în categoria reparațiilor protezelor parțial acrilice:

- A). completarea protezei cu unul sau a mai mulți dinți*
- B). înlocuirea unui croșet de sârmă fracturat*
- C). înlocuirea unui croșet turnat*
- D). rebazarea unei proteze efectuate imediat postextrațional*
- E). șlefuirea zonelor marginale ale protezei care interferează cu jocul formațiunilor mobile de la periferia câmpului protetic.*

159. Care din următoarele reguli trebuie respectate la completarea bazei ca urmare a extracției dinților distali:

- A). turnarea modelului se va face în doi timpi*
- B). evitarea aplicării monomerului pe dinții acrilici*
- C). evitarea modificării rapoartelor dintre proteză și câmpul protetic*
- D). este interzisă acoperirea tuberculului piriform pentru a nu genera leziuni de decubit*
- E). montarea dinților artificiali trebuie să se supună respectării principiilor fizionomice*

160. * Efectul de treinage (târâre) implicat în forța necesară dezinserției amprente în tratamentul edentației parțiale prin punți depinde de:

- A). prezența intermediarilor într-o proteză fixă;*
- B). tehnica de amprentare;*
- C). compresiunea exercitată la inserție;*
- D). proprietățile elastice ale materialului de amprentare;*
- E). duritatea materialului de amprentare*