

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

1. **În cadrul tratamentelor chirurgicale preprotetice plastia șanțurilor periosoase la nivel mandibular vizează repoziționarea următorilor mușchi:**
 - A. Muschiul buccinator pe versantul vestibular
 - B. Muschii geniogloși pe versantul lingual
 - C. Muschii milohioidieni pe versantul vestibular
 - D. Muschiul genian pe versantul lingual
 - E. Muschiul maseter pe versantul vestibular
2. **În cazul vestibuloplastiei la mandibulă după metoda descrisă de Kazanjian:**
 - A. Se practică incizie la nivelul mucoasei fixe
 - B. Se practică incizie la nivelul mucoasei mobile
 - C. Se decolează un lambou începând de la nivelul suprafeței mucozale a buzei inferioare
 - D. Porțiunea de buză neacoperită se vindecă per secundam
 - E. Defectul de la nivelul buzei se acoperă cu un lambou periostal
3. **Orice tip de alveoloplastie trebuie să respecte următoarele principii:**
 - A. Inciziile se realizează pe coama crestei
 - B. Inciziile de descărcare trebuie evitate
 - C. Baza lamboului preparat să fie mai mică decât celelalte laturi
 - D. Decolarea lamboului mucoperiostal să fie largă pentru a permite o vizibilitate bună a câmpului operator
 - E. Cunoașterea exactă a vascularizației și inervației zonei
4. **Extracția alveoloplastică reprezintă intervenția chirurgicală prin care:**
 - A. O rădăcină dentară se îndepărtează cu cleștele aplicat pe marginea osului alveolar
 - B. O rădăcină dentară se îndepărtează prin desființarea tablei vestibulare a alveolei
 - C. Dintele se îndepărtează prin separarea rădăcinilor
 - D. Dintele se îndepărtează concomitent cu regularizarea marginilor osoase ale alveolei
 - E. Dintele se îndepărtează odată cu netezirea septurilor interdentare și/sau interradiculare
5. ***În cazul extracției alveoloplastice după extracția dentară:**
 - A. Se realizează incizie la limita dintre mucoasa fixă și cea mobilă
 - B. Incizia se prelungește 1-2 cm față de ultima alveolă postextracțională
 - C. Se practică decolarea minimă a lamboului vestibular și oral
 - D. Se evită excizia papilelor interdentare pentru o bună acoperire a alveolelor
 - E. Se evită sutura plăgii pentru a minimaliza trauma operatorie
6. ***Protocolul standard de antibioprolaxie a endocarditei bacteriene este**
 - A. administrarea de amoxicilina 2 grame, doza fractionate, per os în ziua intervenției chirurgicale
 - B. administrarea de amoxicilina 2 grame, doza unică, per os cu o oră înainte de extracțiile
 - C. administrarea de amoxicilina 2 grame, intra venos cu o oră înainte de extracțiile
 - D. administrarea de amoxicilina 2 grame, intra muscular cu o oră înainte de extracțiile
 - E. administrarea de amoxicilina 2 grame, doza unică, per os la o oră de la extracțiile dentare

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

7. Referitor la pacienți cu diabet zaharat

- A. sunt expusi riscului unor complicații postextractionale datorate igienei defectuase
- B. sunt expusi riscului unor complicații postextractionale datorate vasculopatiei periferice
- C. se pot efectua extracții dentare la valori ale glicemiei de 180mg/ml sau mai mari
- D. se indica anestezie fara vasoconstrictor
- E. este necesara suturarea plagii si antibioterapie

8. Referitor la tratamentul anticoagulant

- A. este necesara utilizarea unui protocol special
- B. nu trebuie luata in considerare valoarea INR
- C. plaga postextractionala se sutureaza
- D. este necesara aplicarea unei placute de protectie confectionata preoperator
- E. medicatia anticoagulanta se reia a doua zi dupa extractie

9. Din categoria medicamentelor de tip anticoagulante orale cumarinice fac parte urmatoarele medicamente

- A. Trombex
- B. Trombostop
- C. Sintrom
- D. Aspirina
- E. Marcumar

10. Contraindicațiile absolute ale extracției dentare sunt

- A. sinuzita maxilara rinogena
- B. infarctul miocardic recent (mai recent de 6 luni)
- C. procese supurative acute
- D. leziuni locale ale mucoasei orale
- E. leucemia acuta

11. Tulburările sensitive asociate erupției dificile ale molarului de minte sunt

- A. trismus
- B. otalgii
- C. paralizii faciale
- D. algii faciale
- E. sinalgii dento –cutanate

12. *Un pacient cu pericoronarita supurata

- A. acuza dureri spontane
- B. acuza dureri provocate de intensitate variabila
- C. nu are starea generala relative buna
- D. inapetenta
- E. stare generala mai mult sau mai putin febrila 38-39.5 grade C

13. Molarul de minte este responsabil pentru declasarea sau agravarea patologiei ortodontice

- A. incongruenta dento alveolara cu inghesuire in regiunea frontal
- B. deplasari dentare cu rotatii linguala sau vestibulara
- C. factor de blocare a evolutiei molarului 2
- D. malocluzii datorita incongruentei dento alveolare
- E. factor de recidiva a prealveoliilor

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

14. Complicațiile tumorale ale incluziei dentare sunt

- A. chistul folicular
- B. keratochistul
- C. ameloblastomul
- D. odontomul
- E. leucoplazia

15. Procesul septic se poate propaga la os pe cale

- A. hematologica
- B. periostala
- C. ligamentara
- D. limfatica
- E. direct din sacul pericoronar în incluziile profunde

16. Alegeți afirmațiile corecte despre chistadenolinfomul papilar:

- A. Tumora este încapsulată
- B. Are aspect polichistic septat
- C. Recidivează rar
- D. Apare la vârste tinere
- E. Este întotdeauna unilaterală

17. Semne de malignizare ale unei tumori de parotidă sunt următoarele:

- A. Apariția desenului vascular tegumentar accentuat
- B. Apariția durerii
- C. Stare generală nemodificată
- D. Fixarea la tegumente
- E. Aspectul uniform al tumorii

18. *Tumori maligne de glande salivare sunt următoarele:

- A. Chistadenocarcinomul
- B. Oncocitomul
- C. Limfadenomul sebaceu
- D. Sialoblastomul
- E. Mioepiteliomul

19. Intervenții chirurgicale pentru tumori benigne parotidiene pot fi:

- A. Parotidectomia totală
- B. Parotidectomie cu conservarea nervului facial
- C. Submaxilectomia
- D. Evidarea ganglionară radical modificată
- E. Evidarea ganglionară axilară

20. Evoluția postoperatorie în tratamentul tumorilor benigne parotidiene poate fi asociată cu:

- A. Hipoestezie postoperatorie a lobului urechii
- B. Sindromul Frey
- C. Hipersudorația tegumentelor parotidomaseterine
- D. Lezarea nervului auricular mare
- E. Lezarea nervului auricular mic

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

21. *Tehnici chirurgicale de osteotomie a maxilarului sunt:

- A. Osteotomia tip Le Fort I
- B. Genioplastia
- C. Osteotomia ramului mandibular în "L inversat"
- D. Osteotomia sagitală a ramului mandibular
- E. Osteotomie cu osteotomie

22. Protocolul postoperator în osteotomiile de maxilar cuprinde :

- A. Imobilizare intermaxilar preoperatorie
- B. Control radiologic
- C. Blocaj intermaxilar pentru 48 ore
- D. Îndepărtarea gutierei între săptămâna a 2-a și a 7-a
- E. Îndepărtarea elasticelor nocturne în săptămâna a 14-a

23. Osteotomia tip Le Fort II se aplică pentru:

- A. Tratarea anomaliilor de clasa a III-a cu deficit maxilo-nazal
- B. Tratarea anomaliilor asociate cu un anumit grad de hipoplazie a regiunii infraorbitare
- C. Dezvoltarea tridimensională a valului palatin
- D. Alungirea verticală a nasului
- E. Îngustarea nasului

24. Despicături de buză pot fi:

- A. Despicătură labială cicatricială
- B. Despicătură labială bilaterală simetrică
- C. Despicătură palatină simplă
- D. Despicătură labială bilaterală asimetrică
- E. Despicătură labială centrală

25. Măsurile de igienă și indicații în alimentația copiilor cu despicături labio-maxilo-palatine:

- A. Adaptarea tipului de tetină
- B. Igienizarea despicăturii doar dimineața
- C. Îndepărtarea crustelor cu vaselină
- D. Alimentare doar cu lapte praf
- E. Alimentare cu sonda nazogastrică

26. *Diagnosticul diferențial al tumorilor maligne de buză se face cu următoarele entități patologice cu excepția :

- A. Ulcerații herpetice
- B. Ulcerații mecanice
- C. Leucoplazia
- D. Tumori benigne
- E. Cheilite chimice

27. Formele clinice de debut ale tumorilor maligne ale limbii și planșeului oral sunt:

- A. Forma infiltrativă
- B. Forma ulcerativă
- C. Forma vegetantă
- D. Forma nodulară
- E. Forma scleroasă

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

28. Semne clinice de debut în tumorile de infrastructură de tip carcinom sunt:

- A. Ulcerație a gingivomucoasei crestei alveolare
- B. Asimetrie facială
- C. Mobilitate dentară
- D. Secreții sangvinolente pe o nară
- E. Fenomene de obstrucție nazală

29. Carcinoamele odontogene se pot dezvolta prin:

- A. Din membrana epitelială a chisturilor odontogene
- B. Metastazarea unor carcinoame epiteliale
- C. Din resturile epiteliului odontogen
- D. Transformarea maligna a unui ameloblastom
- E. Localizarea unui limfom non-Hodgkin

30. În stadiul de debut al sarcoamelor de mandibulă apar:

- A. Mobilitate dentară
- B. Dureri de tip nevralgiform
- C. Masă tumorală cu aspect vegetant
- D. Tulburări de sensibilitate pe traiectul nervului alveolar inferior
- E. Tulburări de alimentație de tip fonatie

31. Diagnosticul diferențial al luxațiilor anterioare unilaterale ATM se face cu :

- A. Hemiatrofia facială
- B. Fractura mandibulară subcondiliană
- C. Artrita reumatoidă
- D. Contractura spastică a mușchilor ridicători ai mandibulei
- E. Paralizii faciale

32. Semnele clinice în luxația anterioară bilaterală a ATM sunt:

- A. Obraji turtiți și alungiți
- B. Contact molar unilateral
- C. Gura parțial deschisă cu mandibula protruzată
- D. Linia interincisivă deplasată pe o parte
- E. Depresiune pretragiană

33. *Etiopatogenia anchilozei temporo-mandibulare nu include:

- A. Infecții sinusale
- B. Fracturi condiliene intraarticulare
- C. Supurații parotidiene
- D. Fracturi ale arcadei temporo-zigomatice
- E. Hipertrofia apofizei coronoide

34. Principii de tratament a luxației temporo-mandibulare includ:

- A. Investigatii complexe pentru diagnosticul corect al afecțiunii (CT, RMN)
- B. Reducerea imediată a luxației
- C. Reducerea luxației tardiv după excluderea altor afecțiuni
- D. Reducerea fără anestezie a luxației
- E. Reducerea luxației cu anestezie locală sau generală

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

35. Etiologia luxației anterioare temporo-mandibulare este:

- A. Căderi pe menton cu gura închisă
- B. Căderi pe menton cu gura deschisă
- C. Luxația la extracția unui dinte
- D. Spasme musculare
- E. Factori idiopatici

36. Diagnosticul diferențial al granulomului piogen oral se face cu :

- A. Papilomul mucoasei orale
- B. Chistul dermoid
- C. Fibromul mucoasei orale
- D. Ranula sublinguală
- E. Forme de debut ale tumorilor maligne ale mucoasei orale

37. Tratamentul keratocistului odontogen include:

- A. Extracția dintelui cauzal
- B. Chistectomia
- C. Marsupializarea
- D. Radioterapia
- E. Rezecție osoasă marginală sau segmentară

38. *Semne clinice indirecte ale chistului periapical:

- A. Sensibilitatea la percuția în ax a dintelui cauzal
- B. Invazia și infiltrarea mucoasei acoperitoare
- C. Zonă de fluctuență la palpare în vestibul
- D. Teste de vitalitate pozitive ale dinților cauzali
- E. Jenă la masticatie

39. Formele anatomo-patologice ale ameloblastomului intraosos solid sau multichistic sunt:

- A. Forma acantomatoasă
- B. Forma foliculară
- C. Forma plexiformă
- D. Forma spinocelulară
- E. Forma cu celule clare

40. Tratamentul ameloblastomului solid sau multichistic include:

- A. Radioterapie
- B. Chiuretajul tumorii
- C. Chistectomie
- D. Rezecție osoasă marginală
- E. Rezecție segmentară de mandibulă

41. *Prin tehnica Weisbrem putem anestezia simultan

- A. Nervul lingual, nervul auriculotemporal, nervul maseterin
- B. Nervul alveolar inferior, nervul auriculotemporal, nervul bucal
- C. Nervul alveolar inferior, nervul auriculotemporal, nervul maseterin
- D. Nervul alveolar inferior, nervul lingual, nervul bucal
- E. Nervul maseterin, nervul auriculo-temporal

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

42. Radicalul aromatic a substanțelor anestezice

- A. Are caracter lipofil
- B. Realizează mediul alcalin
- C. Face posibilă traversarea membranei perinervoase axonale pentru acțiunea directă asupra celulelor nervoase
- D. Intracelular se disociază de componenta cationică
- E. Reprezintă componenta anionică a substanței anestezice

43. Anestezia nervului lingual în planșeul bucal

- A. Se practică mai frecvent în practica stomatologică separat, în șanțul mandibulo-lingual
- B. Anestezia nervului lingual se practică mai frecvent în practica stomatologică împreună cu nervul alveolar inferior
- C. Anestezia separată a nervului lingual se practică mai frecvent în chirurgia oro-maxilo facială
- D. Puncția anestezică se practică în vestibulul bucal în dreptul ultimului molar inferior
- E. Se pătrunde aproximativ 1mm submucos

44. Reperele puncției anestezice la nervul mentonier efectuat prin cale endoorală sunt

- A. Rădăcina premolarilor inferiori
- B. Vestibulul bucal
- C. Unghiul de răsfângere a mucoasei planșeului bucal și a versantului lingual
- D. Rădăcina mezială a primului molar inferior
- E. Rădăcina mezială a celui de al doilea molar inferior

45. Articaina

- A. Are potenta de 4-5 fata de lidocaina
- B. Are potenta de 2 fata de lidocaina
- C. Doza maxima administrata la adulti sănătoși este 500 mg
- D. Nu este recomandat copiilor sub 4 ani
- E. Este hidrolizată de colinesterazele plasmatice

46. Caracteristicile nevralgiei trigeminale

- A. poate să apară uni sau bilateral
- B. Apare numai unilateral
- C. Durerea este surdă
- D. Durerea are caracter lancinant
- E. Se asociază cu ticul dureros

47. Diferența dintre nevralgia trigeminală clasică și cea simptomatică este

- A. Nevralgia trigeminală clasică apare la pacienții tineri
- B. Nu există deficit neurologic evident clinic la nevralgia trigeminală clasică
- C. Există leziune cauzală alta decât compresia vasculară în cazul nevralgiei trigeminale simptomatice
- D. Se datorează compresiei vasculare în cazul nevralgiei trigeminale clasice
- E. Nevralgia trigeminală clasică apare la vârstnici

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

48. Diagnosticul de nevralgie trigeminală se pune pe baza următoarelor semne clinice

- A. Prezența zonei trigger
- B. Durere difuză ce se remite la medicați antialgică uzuală
- C. Crizele dureroase țin aprox 20-30 secunde
- D. Crizele dureroase au durată de aprox 20-30 minute
- E. Atacuri stereotipe la fiecare individ

49. Diagnosticul diferențiar a nevralgiei de trigemen se face cu

- A. Nevralgia glosotaringiană
- B. Nevralgia occipitală
- C. Nevralgia nervului hipoglos
- D. Nevralgia facială
- E. Nevralgia postherpetică

50. *Modalități de tratament chirurgical al nevralgiei trigeminale sunt cu excepția

- A. blocajul chimic anestezic
- B. Infiltrații percutanate cu soluții neurovizante
- C. Tratament peroral cu Carbamazepin
- D. Termocoagularea prin radiofrecvență
- E. Decompresia microvasculară

51. Referitor la lamboul semilunar

- A. este un lambou format dintr o incizie curba
- B. incepe la limita dintre gingia fixa si cea mobile
- C. extramitatile inciziei sunt la 2 dinti vecini de locul abordului chirurgical
- D. cea mai mare parte a inciziei sa fie in gingivomucoasa mobila
- E. se foloseste numai in cazul regiunii frontale maxilare

52. Lamboul trapezoidal

- A. ofera un acces chirurgical foarte bun
- B. colturile lamboului pot necroza
- C. sutura interdentală este mai dificilă
- D. tensiunea lamboului este minimă
- E. igiena orală greu de întreținut

53. Care din următoarele afirmații privind principiile generale privind incizia și crearea lambourilor în rezecția apicală sunt false

- A. incizia se realizează printr o mișcare fermă și continuă
- B. incizia poate interesa o cavitate osoasă existentă
- C. incizia verticală se extinde până în mucoasa mobilă
- D. lamboul va fi astfel creat încât să protejeze structurile anatomice
- E. lamboul va fi adaptat la situația clinică dată de edentațiile protezate conjunct

54. *Dezavantajele lamboului în plic

- A. riscul de hemoragii este mic
- B. tensiune mică a lamboului
- C. decolarea lamboului este dificilă
- D. sutura lamboului este mai dificilă
- E. este indicat în cazul rădăcinilor scurte

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

55. Avantajele lamboului gingival in plic sunt

- A. acces chirurgical facil
- B. concomitent se poate practica si gingivectomia
- C. incizia gingivala poate fi modificata dupa necesitati
- D. este indicat pentru radacinile lungi dar si scurte
- E. repozitionarea lamboului nu ridica probleme

56. În ceea ce privește conduita terapeutică a supurațiilor oro-maxilo faciale, sunt adevarate urmatoarele:

- A. Tratamentul este complex și trebuie instituit cât mai precoce
- B. Incizia se practica în zonele de maxima bombare a tumefacției pentru un drenaj cât mai eficient
- C. Alegerea locului de incizie nu trebuie sa țină cont de spațiile anatomice afectate
- D. Disecția practică pentru drenaj nu trebuie sa fie boantă
- E. Spălăturile antiseptice se fac unidirecțional.

57. Spațiile fasciale primare mandibulare sunt:

- A. Spațiul vestibular
- B. Spațiul corpului mandibular
- C. Spațiul bucal
- D. Spațiul submentonier
- E. Spațiul maseterin.

58. Incizia în cazul unui abces vestibular va fi plasata astfel:

- A. În vestibulul superior, incizia va fi cât mai apropiate de fibromucoasa fixă
- B. În vestibulul superior, incizia va fi cât mai apropiate de fundul șanțului vestibular
- C. În vestibulul inferior, incizia va fi cât mai aproape de fibromucoasa fixă
- D. În vestibulul inferior, incizia va fi cât mai aproape de fundul șanțului vestibular
- E. Linia de incizie trebuie să fie practică vertical.

59. Despre flegmonul difuz hemifacial sunt adevarate urmatoarele:

- A. Se mai numește și "Angina Ludwig"
- B. Are ca punct de plecare procese septice dentoparodontale sau pericoronarite ale molarilor de minte inferiori
- C. Debutul său mimează o supurație a spațiului bucal
- D. Se poate complica cu osteomielite, tromboflebite de sinus cavernos sau meningite
- E. Clinic pacientul prezintă fenomen toxic-septic generale.

60. Diagnosticul diferential al osteomielitei supurate cronice se face cu:

- A. Osteomul osteoid
- B. Infecții nespecifice osoase
- C. Tumori maligne osoase
- D. Displazia fibroasă
- E. Osteoperiostita.

61. Alegerea tipului de lambou pentru plastia comunicării oro-sinusale se va realiza în funcție de:

- A. Cantitatea și starea țesuturilor disponibile
- B. Vârsta pacientului
- C. Volumul sinusului maxilar
- D. Experiența chirurgului
- E. Forma bolții palatine.

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 62. Comunicarea oro-sinusala imediată (deschiderea accidentală a sinusului maxilar) în timpul extracției dintelor cu raport sinusal, trebuie diagnosticată imediat pe baza următoarelor criterii:**
- A. Absența sangerării din alveolă
 - B. Proba Valsalva negativă
 - C. Proba Valsalva pozitivă
 - D. Explorarea blandă a alveolei cu un stilet butonat evidențiază o senzație de “cădere în gol”
 - E. Sangerarea mai abundentă din alveolă, uneori cu aspect aerat
- 63. Urmatoarele afirmatii legate de etiopatogenia comunicarii oro-sinusale sunt adevarate:**
- A. Comunicările oro-sinusale se produc cel mai frecvent în timpul extracției caninului
 - B. Deschiderea accidentală a sinusului maxilar se datorează de cele mai multe ori absenței sau interpretării eronate a examenului radiologic preextrațional
 - C. Deschiderea accidentală a sinusului maxilar se datorează frecvent manevrelor chirurgicale intempestive în extracție dentare
 - D. Etiologia postextrațională a comunicarii oro-sinusale este rară
 - E. Traumatismele la nivelul etajului mijlociu al feței pot constitui factori etiologici în apariția comunicării oro-sinusale
- 64. Plastia comunicarii într-un plan:**
- A. Este mai dificilă
 - B. Este cea mai folosită în practică
 - C. Planul oral va fi reprezentat de un lambou palatinal cu pediculul posterior
 - D. Se utilizează lamboul vestibular trapezoidal alunecat
 - E. Se utilizează lamboul dreptunghiular palatinal
- 65. *Linia de fractură ce trece prin oasele nazale, osul lacrimal, apofiza ascendentă a maxilarului, rebordul orbital, peretele anterolateral al sinusului maxilar, 1/3 mijlocie a apofizelor pterigoide, peretele lateral al fosei nazale, vomerul și septul nazal cartilaginos este specifică în:**
- A. Fractura Le Fort I
 - B. Fractura Le Fort II
 - C. Fractura Le Fort III
 - D. Disjunctia intermaxilară
 - E. Fractura Huet (inima de carte de joc)
- 66. Semnele clinice de întrerupere a continuității osoase în fracturile de mandibulă sunt:**
- A. Mobilitatea anormală a fragmentelor osoase
 - B. Modificări ale raporturilor de ocluzie
 - C. Edemul părților moi
 - D. Durere spontană
 - E. Deformări osoase ale etajului inferior al feței
- 67. Manifestarile neurologice întâlnite în fracturile de maxilar sunt:**
- A. Rinolicvorie, otolcvorie
 - B. Epistaxis moderat sau sever
 - C. Pareza pleoapei inferioare
 - D. Epifora
 - E. Tulburări de sensibilitate pe traiectul nervului infraorbital sau a nervului palatin mare

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

68. La palparea conturilor osoase ale mandibulei, pentru evidențierea focarelor de fractură, se urmăresc:

- A. Puncte dureroase
- B. Discontinuitatea osoasă
- C. Prezența dinților pe ambele fragmente fracturate
- D. Prezența dinților pe fragmentul distal al mandibulei
- E. Prezența crepitațiilor osoase

69. Aspectele clinice ale fracturilor Le Fort II includ:

- A. Edem facial important
- B. Deformarea etajului mijlociu al fetei cu înfundarea reliefului zigomatic
- C. Epistaxis unilateral
- D. Tulburări de sensibilitate (hipo- sau anestezie) în teritoriul n. infraorbital
- E. Emfizem cutanat

70. *Care dintre următoarele afirmații referitoare la fractura Le Fort III sunt false?

- A. Se mai numește disjunctie cranio-maxilară înaltă
- B. Linia de fractură are traiect oblic în sus
- C. Mecanismul de producere se datorează unui traumatism violent aplicat osului zigomatic
- D. Se poate însoți de rinolichvorie
- E. Prezintă edem facial important ("facies in butoi")

71. Avantajul extracției alveoloplastice:

- A. Oferă o grosime mare a crestei , care poate favoriza ulterior inserarea implanturilor orale
- B. Permite deretentivizarea corticalei vestibulare în aceeași etapă cu extracția dentară
- C. Nu modifică înălțimea crestei
- D. Reduce atrofia postextracțională
- E. Nu se produce conservarea periostului și a vascularizației locale.

72. Tulburările de ocluzie în cazul fracturilor Le Fort II:

- A. Ocluzie deschisă frontală, în plan sagital
- B. În plan vertical -contacte premature la nivelul molarilor, bilateral
- C. În plan transversal-ocluzie încrucișată ,cand există și deplasări laterale
- D. Ocluzie inversă la nivelul grupului frontal, prin deplasarea în jos și posterior a blocului osos fracturat
- E. Echimoze a mucoasei orale la nivelul fundului șantului vestibular superior.

73. Dintre tumorile benigne epiteliale , papilomul se caracterizează prin :

- A. Creștere exofitică, verucoasă, sau conopidiformă
- B. Este pediculat uneori sesil, deseori ajungând la dimensiuni mai mari de 1 cm
- C. Din punct de vedere anatomopatologic, papilomul oral prezintă trei variante histopatologice: papilomul scuamos , papilomul inversat și papilomul cu celule cilindrice
- D. Culoarea variază în funcție de gradul de cheratinizare
- E. Poate apărea la orice vârstă inclusiv la copii.

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

74. Particularitățile clinice ale tumorilor maligne ale mucoasei gingivale arată că:

- A. În perioada de stare forma vegetantă are cel mai adesea aspect papilomatos
- B. Forma de debut nodulară induce instabilitatea protezelor dentare
- C. Proliferarea tumorală de-a lungul ligamentului parodontal se asociază cu mobilizarea dinților adiacenți
- D. La pacientul dentat forma vegetantă papilomatoasă apare în legătură cu o papilă interdentală , tumora având o baza largă de implantare
- E. Forma ulcero-vegetantă are un aspect exofitic, conopidiform fără distrucție osoasă subiacentă.

75. *Complicațiile anesteziei plexului cervical:

- A. Injectarea anestezicului intrarahidian duce la apariția de convulsii chiar la cantități foarte mici de anestezic
- B. Extinderea anesteziei la plexul brahial, poate determina deficit moderat în teritoriul C5-C6 (extensia antebrăului)
- C. Difuzarea anterioară a soluției anestezice produce blocajul nervului laringeu superior cu apariția sindromului Claude-Bernard-Horner
- D. Preză de diafragm, fără consecințe la pacienții normali
- E. Blocajul simpaticului cervical, prin difuzarea anterioară a soluției anestezice determină modificarea vocii.

76. Ectopia este definită ca fiind:

- A. Erupția unui dinte supranumerar
- B. Erupția unui dinte înăuntrul liniei normale a arcadei dentare
- C. Erupția unui dinte în afara liniei normale a arcadei dentare
- D. Rămânerea intraosoasă a unui dinte
- E. Existența unuia sau mai multor dinți în plus față de formula dentară actuală

77. *Ectopia dentară vizează, cu precădere, în ordine descrescătoare următorii dinți:

- A. Canin superior, premolar II inferior, canin inferior și premolari superiori
- B. Premolar II inferior, canin superior, canin inferior și premolari superiori
- C. Canin inferior, canin superior, premolar II inferior și premolari superiori
- D. Premolari superiori, canin superior, premolar II inferior și canin inferior
- E. Premolari superiori, premolar II inferior, canin superior și canin inferior.

78. Cele mai des întâlnite obstacole în calea erupției dentare sunt:

- A. Microdonția
- B. Meziopozitii generalizate
- C. Persistența dintelui temporar fără rizaliză
- D. Prezența unor formațiuni dentare supranumerare
- E. Existența unui capac osos dens sau a unei fibromucoase dure.

79. Tulburările funcționale ale aparatului dento-maxilar produse de ectopia dentară sunt:

- A. Tulburări fizionomice prin deformarea buzei
- B. Modificarea formei arcadei
- C. Modificarea simetriei arcadei
- D. Dureri musculare
- E. Blocaje ocluzo-articulare, în cazul ectopiei palatinale

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

80. Examenul radiologic, în cazul ectopiei dentare, oferă relații despre:

- A. Structura osului și aspectul fibromucoasei
- B. Raportul dintre baza apicală și cea coronară
- C. Gradul de afectare al esteticii zâmbetului
- D. Existența unor complicații la nivelul dinților vecini
- E. Existența dinților supranumerari

81. Ectopiile vestibulare pot da următoarele complicații :

- A. Ulcerații ale mucoasei vestibulare
- B. Angrenaje inverse
- C. Aspect de edentație
- D. Întreruperea continuității arcadei
- E. Tulburări nervoase

82. Reducerea spațiului pe arcadă și apariția unei ectopii dentare ,se datorează :

- A. Dezvoltării insuficiente a maxilarului în sens transversal
- B. Dezvoltării insuficiente a maxilarului în sens vertical
- C. Dezvoltării insuficiente a maxilarului în sens sagital
- D. Macrodonției
- E. Diastemei

83. Următoarele afirmații legate de MPG, ca factor etiologic al ectopiei sunt adevărate :

- A. MPG se datorează extracțiilor precoce din zona de sprijin
- B. MPG bilaterală se evidențiază cu ajutorul simetroscopului
- C. MPG unilaterală se evidențiază cu ajutorul simetroscopului
- D. MPG unilaterală trebuie corelată cu măsurători pe teleradiografia de profil
- E. MPG bilaterală trebuie corelată cu măsurători de lungime ale arcadei

84. Poziția vestibulară sau orală a ectopiei de canin superior depinde de :

- A. Nivelul vestibulo-oral la care se găsește dintele în momentul întâlnirii obstacolului
- B. Înclinația rădăcinii
- C. Orientarea cuspidului caninului față de linia incisiv lateral-premolar
- D. Diametrul mezio-distal al coroanei
- E. Forma arcadei

85. * Teleradiografia de profil, în cadrul ectopiei dentare oferă informații despre :

- A. Raportul radicular al dintelui ectopic cu apexurile dinților vecini
- B. Aprecierea unor relații sagitale false la nivelul molarilor (axa Y)
- C. Aprecierea unor relații sagitale false la nivelul premolarilor (axa S-Pg)
- D. Gradul de îngustare al arcadei
- E. Tiparul de creștere facială

86. Transpoziția dentară:

- A. Dinte ce migrează și erupe la distanță de locul în care s-a format
- B. Se întâlnește atât în dentiția temporară cât și în cea permanentă
- C. Presupune inversarea locului pe arcadă a doi dinți învecinați
- D. Anomalie rară, ce se întâlnește doar în dentiția permanentă
- E. Dintele cel mai interesat este caninul superior

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

87. *Tranpoziția dentară:

- A. Se regăsește într-o proporție mai mare la genul masculin
- B. Mai rar întâlnit la maxilar decât la mandibulă
- C. Pot fi doar bilaterale
- D. Rar se poate întâlni și la nivelul incisivului central, ce își schimbă locul cu incisivul lateral
- E. Localizarea predominantă este pe partea dreaptă

88. Factori etiopatogenici ai transpoziției dentare:

- A. Carența de vitamine
- B. Poziția intraosoasă a mugurilor dentari
- C. Persistența dinților temporari
- D. Inversarea locului de formare a mugurilor intraosos
- E. Pierderea precoce a caninului de lapte

89. Sediul transpozițiilor dentare:

- A. Majoritatea transpozițiilor au loc la maxilarul superior
- B. Mai rar întâlnite la maxilar decât la mandibulă
- C. Majoritatea sunt unilaterale, cu localizare predominant pe partea stângă
- D. Implică mai frecvent caninul și premolarul decât caninul și incisivul lateral
- E. Majoritatea sunt bilaterale, cu localizare predominant pe partea dreaptă

90. Aspectele clinice ale transpoziției dentare:

- A. Transpoziția poate fi doar completă
- B. Când inversiunea este între canin și premolar tulburările sunt de natură fizionomică
- C. În cazul transpoziției dintre canin și incisiv lateral pot apărea tulburări ocluzale
- D. Tranpoziția este o anomalie foarte evidentă clinic și ușor de diagnosticat
- E. Examenul radiologic completează tabloul clinic și arată inversarea dentară

91. Aspectele clinice ale transpoziției dentare:

- A. Transpoziția completă se caracterizează prin prezenta celor doi dinți unul în dreptul celuilalt, linia arcadei trecând printre ei
- B. Transpoziția incompletă presupune inversarea totală a doi dinți vecini
- C. Transpoziția incompletă poate îmbrăca și aspecte particulare, inversarea interesând numai coroanele sau numai rădăcinile
- D. În cazul transpoziției dintre canin și premolar pot apărea tulburări ocluzale
- E. Când inversiunea este între canin și incisiv lateral tulburările sunt de natură fizionomică

92. *Tratamentul tranpoziției dentare:

- A. În transpoziția completă nu se intervine
- B. În transpoziția incompletă tratamentul va fi mereu către ordinea corectă
- C. În transpoziția incompletă tratamentul va fi mereu către transpoziție completă
- D. Se vor folosi întotdeauna fațete dentare pentru a minimiza tulburările estetice
- E. Transpoziția incompletă incisiv central – incisiv lateral, transformată în completă nu ridică prea mari probleme estetice și funcționale

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

93. Tratamentul transpoziției dentare complete:

- A. Ameloplastia modelantă a caninului ca incisiv lateral se realizează în sedințe succesive
- B. Slefuirile selective se aplică și la nivelul incisivului lateral
- C. În transpoziția dintre canin și premolar, nu se efectuează slefuiri
- D. Premolarul pe locul caninului de obicei nu ridică probleme ocluzale
- E. Realizarea morfologiei caninului ca premolar nu este necesară

94. Tratamentul transpoziției dentare incomplete:

- A. Este dictată de poziția coroanelor celor doi dinți interesați
- B. Este dictată de raportul apexurilor celor doi dinți interesați
- C. Poate fi dirijată terapeutic către o ordine normală
- D. Poate fi dirijată terapeutic către o transpoziție incompletă
- E. Se va alege soluția terapeutică ce va asigura deplasarea dentară cea mai mică

95. Aspecte terapeutice în transpoziția dentară:

- A. Premolarul pe locul caninului crează blocaje ocluzale
- B. Caninul pe locul premolarului necesită realizarea morfologiei de premolar
- C. Slefuirea cuspidului palatinal al premolarului nu necesită pansamentul plăgii
- D. În transpoziția incompletă tratamentul va realiza mereu ordinea normală
- E. După tratament, modificările estetice ale transpoziției complete sunt aproape inezitabile, singura problemă rămâne cea funcțională

96. *Dinții supranumerari reprezintă:

- A. Existența unuia sau mai multor dinți în plus față de formula dentară actuală
- B. Lipsa a 1-2 dinți
- C. Lipsa dinților pe o hemiarcadă
- D. Dinți de formă anormală
- E. Existența unui incisiv lateral superior în minus.

97. Alți termeni pt dinții supranumerari sunt:

- A. Pleiodonție
- B. Hipodonție
- C. Poliodonție
- D. Ateleodonție
- E. Meziodont.

98. Dinții supranumerari se întâlnesc:

- A. 9,18% în dentiția temporară
- B. 90.81% în dentiția temporară
- C. 9.81% în dentiția permanentă
- D. 90.81% în dentiția permanentă
- E. 9,18% în dentiția permanentă.

99. Dinții supranumerari se găsesc:

- A. Cel mai frecvent pe hemiarcada dreaptă și cu predilecție pe maxilarul superior.
- B. Cu predilecție pe maxilarul superior
- C. Cel mai frecvent pe hemiarcada dreaptă
- D. Cu predilecție pe maxilarul inferior
- E. Cel mai frecvent pe hemiarcada stângă

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 100. Teoria mugurilor adamantini multipli, în cadrul etiopatogeniei dinților supranumerari:**
- A. Este o teorie lansată de Kolhann
 - B. Explică cel mai bine varietatea mare a dinților supranumerari
 - C. Susține că lama dentară generează o multitudine de muguri
 - D. Nu explică varietatea mare a dinților supranumerari
 - E. Este conceptul școlii de stomatologie din Praga.
- 101. *Dinții supranumerari se pot dezvolta înainte, după sau în același timp cu dentiția normală:**
- A. În același timp cu dentiția permanentă- dentiția predeciduală sau preprimară
 - B. Înaintea dentiției normale- dentiția predeciduală sau preprimară
 - C. După dentiția normală- dentiția predeciduală sau preprimară
 - D. Dinții neonatali apar în același timp cu dentiția permanentă
 - E. Dinții neonatali apar după dentiția normală.
- 102. Semnele particulare ale apariției unui dinte supranumerar sunt:**
- A. Închiderea rapidă a unei diasteme interincisive
 - B. Absența distopiilor izolate
 - C. Existența unor bombări la nivelul creștelor alveolare
 - D. Persistența unuia sau mai multor dinților temporari
 - E. Nici una din variantele de mai sus.
- 103. Meziodensul:**
- A. Nu poate erupe înaintea incisivilor
 - B. Nu poate erupe aproximativ concomitent cu incisivii centrali
 - C. Poate erupe după apariția incisivilor, când apare de regulă pe poziție palatinizată
 - D. Poate rămâne inclus
 - E. Nu poate rămâne inclus.
- 104. Examenul radiologic în cazul suspiciunii unui dens in dente este:**
- A. Opțional
 - B. Relevă prezența unei formațiuni radiotransparente
 - C. Apexul dinților invaginați rămâne de cele mai multe ori deschis
 - D. Este obligatoriu
 - E. Relevă prezența unei formațiuni radioopace.
- 105. Atitudinea terapeutică în cazul dinților supranumerari care au determinat incluzia dinților permanenți:**
- A. Poate include mărirea perimetrului arcadei cu ajutorul aparatelor ortodontice
 - B. Presupune intervenția chirurgicală de îndepărtarea dintelui supranumerar
 - C. Se realizează tracțiunea lentă a dintelui permanent inclus
 - D. Toate de mai sus
 - E. Nici una de mai sus.
- 106. Anodonția apare mai frecvent la (Ionescu, 1990-1996):**
- A. În dentiția permanentă
 - B. În dentiția temporară
 - C. La sexul feminin
 - D. La sexul masculin
 - E. Pe arcada inferioară.

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 107. *Teoria reducției terminale (Bolk) aduce argument pentru explicarea:**
- A. Anodonțiilor întinse
 - B. Anodonțiilor reduse
 - C. Anodonțiilor atipice
 - D. Anodonțiilor tipice
 - E. Anodonției totale.
- 108. Teoriile ontogenetice aduc argumente pentru explicarea:**
- A. Anodonțiilor întinse
 - B. Anodonțiilor reduse
 - C. Anodonțiilor atipice
 - D. Anodonțiilor tipice
 - E. Anodonției totale.
- 109. *Anodonția incisivului lateral superior determină:**
- A. Retropoziția mentonului
 - B. Treapta labial pozitivă
 - C. Dezvoltarea insuficientă a arcadei alveolare inferioare
 - D. Dezvoltarea insuficientă a arcadei alveolare superioare
 - E. Rapoarte de ocluzie inversă laterală.
- 110. Anodonția de premolar secund:**
- A. Este mai rară decât anodonția de incisiv lateral superior
 - B. Se asociază cu manifestări clinic-funcționale evidente
 - C. Se asociază frecvent cu persistența molarului doi temporar până la vârsta de 16-20 ani
 - D. Nu se asociază cu denivelarea planului de ocluzie
 - E. Este mai frecventă la arcada inferioară.
- 111. Modificările faciale caracteristice anodonțiilor întinse sunt:**
- A. Etaj inferior facial normal dezvoltat
 - B. Buza inferioară răsfrântă
 - C. Profil drept sau convex
 - D. Șanț labio-mentonier șters
 - E. Profil concav.
- 112. Ortopantomograma, în cadrul diagnosticului diferitelor forme de anodonții, oferă informații privind:**
- A. Evaluare numărului dinților
 - B. Aprecierea poziției intraosoase a dinților
 - C. Analiza creșterii și dezvoltării osoase
 - D. Gradul de dezvoltare a dinților
 - E. Modificări ale structurilor dentare.
- 113. Printre factorii generali posibili cauzatori ai anodonțiilor se enumeră:**
- A. Bolile infecto-contagioase ale sugarului
 - B. Deficiențe nutriționale ale mamei din timpul sarcinii
 - C. Traumatisme în timpul nașterii
 - D. Necroza întinsă a maxilarelor
 - E. Consumul irațional de alcool sau tutun de către gravidă.

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 114. Examenul clinic conduce către diagnosticul de anodonție prin următoarele elemente:**
- A. Absența dinților permanenți la o vârstă la care ar fi trebuit să erupă
 - B. Persistența dinților temporari peste termenul de permutare dentară
 - C. Erupția precoce al dinților permanenți existenți
 - D. Malpoziția dinților permanenți existenți
 - E. Dismorfoze al dinților permanenți existenți.
- 115. Anodonția de premolar II, forma asimetrică se descrie prin:**
- A. Persistența corespondentului temporar
 - B. Reincluzia primului molar permanent
 - C. Absența corespondentului temporar
 - D. Înclinarea dinților vecini către breșă
 - E. Apariția traumelor ocluzale ca urmare a deplasărilor verticale și orizontale a antagoniștilor.
- 116. Diastema:**
- A. Este o anomalie de erupție și de poziție
 - B. Se întâlnește doar la arcada superioară
 - C. Deși se întâlnește cel mai frecvent la arcada superioară, nu este exclusă nici la nivelul mandibulei
 - D. Se mai numește diastema vera.
 - E. Este caracterizat prin existența unui spațiu între incisivii centrali temporari
- 117. Următoarele afirmații legate de diastema incisivilor centrali superiori sunt adevărate :**
- A. Diastema primară este cauzată de prezența unui meziodens
 - B. Diastema secundară sau falsă este cauzată de o dezvoltare exagerată a frenului buzei superioare
 - C. Diastema primară sau adevărată este cauzată de o dezvoltare exagerată a frenului buzei superioare
 - D. Diastema falsă poate fi cauză a anodonției de incisiv lateral
 - E. Ambele forme pot fi simetrice sau asimetrice
- 118. *Diastema primară:**
- A. Se mai numește diastema falsă
 - B. Este cauzată de anodonția incisivului lateral
 - C. Se asociază cu prezența unui meziodens
 - D. Este cauzată de un fren al buzei superioare jos inserat aproape contopit cu papila retroincisivă
 - E. Poate fi tranzitorie
- 119. După Dewey clinic putem întâlni 3 tipuri de fren:**
- A. Fren lat – care generează o diastemă cu laturi paralele
 - B. Fren lat cu inserție înaltă – care va induce o diastemă divergentă ocluzal
 - C. Fren lat cu inserție înaltă – care va induce o diastemă convergentă ocluzal
 - D. Fren lat cu inserție joasă – care va imprima diastemei un aspect convergent spre planul de ocluzie
 - E. Fren lat cu inserție joasă – care va imprima diastemei un aspect divergent spre planul de ocluzie

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 120. Diagnosticul diferențial al diastemei se face cu:**
- A. Distemele fiziologice
 - B. Sindromul de compresie de maxilar cu inghesuire dentară
 - C. Diastema tranzitorie de erupție
 - D. Disarmonia dento-alveolară datorat macrodonției
 - E. Spațierile din compresia de maxilar, forma cu prodenție și spațiere
- 121. Microdonția relativă se referă la situația în care:**
- A. Dinții sunt mici în raport cu aspectul facial.
 - B. Suma incisivă este mai mică decât $1/3$ din diametrul bizigomatic osos.
 - C. Suma incisivă este mai mică decât $1/2$ din diametrul bizigomatic osos.
 - D. Suma incisivă este mai mică decât $1/2$ din diametrul ectomolar.
 - E. Suma incisivă este mai mică decât $1/3$ din diametrul ectomolar.
- 122. Spații exagerate interdentare pot fi generate de :**
- A. Macroglosie.
 - B. Deglutiția infantilă uneori.
 - C. Poziția limbii.
 - D. Motilitatea linguală.
 - E. Macrodonție.
- 123. Diastema tranzitorie de erupție:**
- A. Apare odată cu erupția incisivilor centrali superiori.
 - B. Apare odată cu erupția incisivilor centrali inferiori.
 - C. Spațiul acesta dispare treptat.
 - D. Spațiul acesta dispare brusc.
 - E. Spațiul acesta nu dispare.
- 124. * Diastemele fiziologice apar începând cu vârsta de:**
- A. 4-5 ani.
 - B. 5-6 ani.
 - C. 7-8 ani.
 - D. 6-7 ani.
 - E. 3-4 ani.
- 125. Algoritmul de corecție propus pentru diverse grade ale prodenției sunt:**
- A. Prodenție de $0-5^\circ$ se scade 0,5 mm din valoarea inițială a diastemei.
 - B. Prodenție de $5-10^\circ$ se scade 1 mm din valoarea inițială a diastemei.
 - C. Prodenție de $10-15^\circ$ se scade 1,5 mm din valoarea inițială a diastemei.
 - D. Prodenție de peste 20° se scade 2 mm din valoarea inițială a diastemei.
 - E. Prodenție de $10-15^\circ$ se scade 1 mm din valoarea inițială a diastemei.
- 126. Reincluzia dentară:**
- A. Este o anomalie de erupție
 - B. Rămânerea unui dinte în profunzimea osului după termenul de erupție
 - C. Reprezintă tendința la reîntoarcere progresivă a unui dinte ce a fost erupt, a atins planul de ocluzie și și-a îndeplinit funcțiile pentru o perioadă de timp
 - D. Se întâlnește doar în dintiția temporară
 - E. Dintele cel mai interesat este molarul II temporar inferior

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

127. *Reincluzia dentară

- A. Se mai numește retenție dentară secundară
- B. Este o anomalie de poziție
- C. Există doar stadiul de reincluzie totală
- D. Se întâlnește adesea în dentiția permanentă
- E. Cel mai frecvent dinte afectat este molar I temporar

128. Ipotezele etiopatogenice ale reincluziei dentare sunt:

- A. Teoria atavică
- B. Teoria opririi în dezvoltare osoasă verticală
- C. Teoria anchilotică
- D. Teoria tulburărilor metalobolismului local
- E. Teoria evaginării epiteliului adamantin

129. Teoria mecanică:

- A. Componentele verticale ale forțelor ocluzale sunt cauza reincluziei
- B. Incriminează tendința insuficientă de mezializare a molarului de 6 ani
- C. Teoria are o valabilitate limitată, doar în situațiile clinice în care molarul II temporar este infrapozitie în momentul erupției primului molar permanent
- D. Aceasta presupune un contact strâns mezio-distal între molarul II temporar și primul molar permanent
- E. Este cea mai veche teorie

130. Teoria anchilozei osteodentare:

- A. La baza procesului de reincluzie stă legătura larg deschisă dintre osul alveolar și cementul radicular
- B. Aceasta este pusă în legătură cu tulburările de creștere și dezvoltare
- C. Presiunea masticatorie excesivă sau trauma ocluzală poate leza local parodonțiul
- D. Explică mai degrabă incluziile dentare (retențiile primare)
- E. Apare însă mai firesc ca o consecință decât o cauză a reincluziei

131. Reincluzia parțială:

- A. Este caracterizată prin faptul că o parte din coroana dentară este vizibilă.
- B. Dintele reinclus se află în suprapoziție.
- C. Dintele reinclus se află în infrapozitie.
- D. Dinții vecini sunt înclinați spre dintele reinclus.
- E. Dinții vecini nu au modificări de poziție.

132. *Reincluzia totală:

- A. Se caracterizează prin absența dintelui de pe arcadă fără să fi fost extras în prealabil.
- B. Locul dintelui este întotdeauna păstrat.
- C. Creasta alveolară, în dreptul dintelui inclus nu prezintă modificări.
- D. Se întâlnește în special la molarul I temporar.
- E. Se întâlnește în special la molarul I definitiv.

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 133. Diagnosticul diferențial al reincluziei parțiale se face cu:**
- A. Oprirea în erupție a dintelui.
 - B. Incluziile dentare.
 - C. Anodonție.
 - D. Intruzia posttraumatică parțială.
 - E. Intruzia posttraumatică totală.
- 134. Diagnosticul diferențial al reincluziei totale se face cu:**
- A. Incluziile dentare.
 - B. Extracție.
 - C. Anodonție.
 - D. Intruzia posttraumatică parțială.
 - E. Intruzia posttraumatică totală.
- 135. Printre consecințele reincluziei se numără:**
- A. Denivelarea planului de ocluzie datorită infrapoziției dintelui reinclus.
 - B. Denivelarea planului de ocluzie datorită surapoziției dintelui reinclus.
 - C. Incluzia succesorarului permanent.
 - D. Cariii de colet și radiculare ale dinților vecini.
 - E. Cariii ocluzale ale dinților antagoniști.
- 136. *Incluzia dentară este anomalia dentară de erupție care presupune:**
- A. Rămânerea unui dinte complet format în interiorul osului maxilar.
 - B. Rămânerea unui dinte incomplet format în interiorul osului maxilar.
 - C. Rămânerea unui dinte neformat în interiorul osului maxilar.
 - D. Erupția parțială a unui dinte complet format.
 - E. Erupția parțială a unui dinte incomplet format.
- 137. *Din punct de vedere al frecvenței ,incluzia dentară interesează în ordine descrescătoare:**
- A. Caninii, premolarii 2 inferiori, incisivii centrali superiori.
 - B. Caninii, premolarii 2 superiori, incisivii centrali superiori.
 - C. Caninii, premolarii 1 superiori, incisivii laterali superiori.
 - D. Molarii 2, caninii, premolarii 1 superiori.
 - E. Premolarii 2 superiori, caninii, incisivii laterali superiori.
- 138. Factorii generali incriminați în etiologia incluziei dentare NU sunt:**
- A. Rahitismul.
 - B. Avitaminoze.
 - C. Ereditatea.
 - D. Meziopozității generalizate.
 - E. Microdonția.
- 139. Factorii locali incriminați în etiologia incluziei dentare sunt:**
- A. Meziopozității generalizate.
 - B. Dinții supranumerari.
 - C. Osteoscleroza procesului alveolar după traumatisme.
 - D. Disostoza cleidocraniană.
 - E. Boala Paget.

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 140. După gradul de severitate (apreciat pe radiografia panoramică și reprezentat de distanța în mm până la planul de ocluzie) incluzia dentară poate fi medie dacă distanța este:**
- A. Între 12 și 15 mm.
 - B. Mai mare de 16 mm.
 - C. Mai mică de 11 mm.
 - D. De 13 mm.
 - E. De 11 mm.
- 141. La examenul clinic următoarele tulburări pot sugera prezența unui dinte inclus:**
- A. Existența unui spațiu de edentație.
 - B. Deplasări prin înclinare spre breșă a dinților vecini.
 - C. Dureri cu caracter nevralgiform fără o cauză precizată.
 - D. Prezența unei fistule cronice fără răspuns terapeutic.
 - E. Lipsa unui dinte supranumerar.
- 142. Tracționarea și alinierea dinților pe arcadă în cazul dinților incluși:**
- A. Începe la 8-15 zile de la intervenția chirurgicală.
 - B. Începe la 21 de zile de la intervenția chirurgicală.
 - C. Începe cu forțe moderate.
 - D. Începe cu forțe mari.
 - E. Începe imediat după descoperirea chirurgicală.
- 143. Ancorarea dinților incluși pentru tracțiunea acestora se poate realiza prin:**
- A. Ancorare peritisulară.
 - B. Ancorare intratisulară.
 - C. Ancorare transtisulară.
 - D. Ancorare prin colarea unor accesorii.
 - E. Ancorarea ulterior extracției.
- 144. Caracteristicile particulare ale dinților incluși ce țin de etiologia acestora pot fi:**
- A. Formarea mugurelui dentar mult prea superficial.
 - B. Conformația anatomică particulară.
 - C. Poziția intraosoasă modificată.
 - D. Potențialul eruptiv.
 - E. Coroane normal dezvoltate.
- 145. Obstacole în calea erupției dinților în cazul incluziilor dentare pot fi reprezentate de:**
- A. Microdonție generalizată.
 - B. Persistența dinților temporari.
 - C. Existența unor dinți supranumerari.
 - D. Fibromucoasă acoperitoare dură și densă.
 - E. Formațiuni tumorale.
- 146. Alimentarea artificială prezintă unele inconveniente :**
- A. Ingestia împreună cu laptele a unei cantități de aer (aerofagie)
 - B. Travalu muscular prelungit
 - C. Reducerea secreției salivare
 - D. Creșterea secreției salivare
 - E. Se evită mișcările de propulsie.

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 147. * Dormitul în decubit dorsal, cu capul în hiperflexie poate determina :**
- A. Retrognație mandibulară
 - B. Retrognație maxilară
 - C. Prognație mandibulară
 - D. Asimetrie facială
 - E. Latero-deviere mandibulară
- 148. Sugerea policelui, combinată cu efect de presiune determină:**
- A. Prodenție superioară
 - B. Retrodenție superioară
 - C. Infraalveolo-denție
 - D. Tonus labial scăzut
 - E. Tonus labial crescut
- 149. Sindromul Cauhepe , cauzat de interpoziția obrajilor în zonele laterale ale arcadelor , se caracterizează prin :**
- A. Ocluzie deschisă
 - B. Ocluzie adâncă
 - C. Supraocluzie incisivă accentuată
 - D. Ocluzie inversă laterală
 - E. Ocluzie inversă frontală
- 150. * În instalarea respirației orale, autorii englezi consideră că factorul prim este :**
- A. Glosoptoza
 - B. Inocluzia labială
 - C. Staza limfatică
 - D. Retrognația mandibulară.
 - E. Prognație mandibulară.
- 151. Expansiunea maxilară cu ajutorul plăcilor determină :**
- A. Transformări osoase la nivelul pereților laterali ai maxilarelor
 - B. Largire simetrică a cavităților nazale
 - C. Lărgirea lumenului faringian
 - D. Deplasarea posterioară a mandibulei
 - E. Hiperplazia inelului Waldeyer
- 152. Următoarele afirmații legate de funcția masticatorie sunt adevărate :**
- A. Mișcările orizontale oferă eficiență mai mare decât cele verticale
 - B. Mișcările verticale oferă eficiență mai mare decât cele orizontale
 - C. Etapele de abraziune ale dinților temporari au eficiență masticatorie maximă
 - D. Etapele de abraziune ale dinților permanenți au eficiență masticatorie maximă.
 - E. Abraziunea este întotdeauna un fenomen negativ.
- 153. Absența sau dificultatea în efectuarea unor mișcări masticatorii apare în :**
- A. Ocluzii deschise anterior
 - B. DDM cu înghesuire
 - C. DDM cu spațiere
 - D. Progenii cu inocluzie sagitală inversă
 - E. Ocluzii lingualizate

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 154. Persistența unei deglutiții de tip infantil se poate datora acțiunii unor cauze locale :**
- A. Sugerea degetului
 - B. Afecțiuni rino-faringiene
 - C. Înlocuirea dinților temporari
 - D. Rahitism
 - E. Avitaminoza D
- 155. Scutul lingual :**
- A. Poate fi realizat numai la aparatele fixe
 - B. Poate fi realizat în cadrul unor aparate mobile
 - C. Produce o reeducare a deglutiției
 - D. Înlătură forțele anormale exercitate de limbă
 - E. Se poartă numai asociat cu aparate cranio-maxilare
- 156. Ameloplastia:**
- A. Reprezintă procedura de înlocuire a smalțului demineralizat
 - B. Previne fracturarea materialului de obturație
 - C. Oferă o grosime suficientă materialului restaurativ
 - D. Se aplică în cazul fisurilor care nu penetrează mai mult de 1/3 în grosimea smalțului
 - E. Reprezintă procedura de remodelare a suprafeței smalțului.
- 157. În prepararea cavității, obținerea formei de conveniență permite:**
- A. Observarea adecvată a cavității
 - B. Accesibilitate bună
 - C. Rezistență la forțele de dislocare a obturației
 - D. Reducerea pericolului de fractură a dintelui
 - E. Îndepărtarea completă a dentinei ramolite.
- 158. În cursul preparării cavității:**
- A. Se descrie clinic limita dintre dentina afectată și cea infectată
 - B. Dentina afectată poate să rămână la nivelul cavității preparate
 - C. La nivelul leziunilor preparate nu trebuie să se găsească dentină afectată
 - D. Folosirea aspectului cromatic al dentinei este un criteriu obiectiv util
 - E. Dentina afectată și infectată nu sunt sinonime.
- 159. Toaleta finală a cavității include:**
- A. Unirea pereților cavității în unghiuri rotunjite
 - B. Uscarea cavității
 - C. Efectuarea unei inspecții finale a preparării
 - D. Îndepărtarea completă a microorganismelor
 - E. Îndepărtarea așchiilor de dentină.
- 160. Linerii cu hidroxid de calciu au următoarele avantaje:**
- A. Rezistență mare la compresiune
 - B. Efect bacteriostatic
 - C. Stimularea depunerii de dentină secundară
 - D. Manipularea facilă a celor aflați în suspensii apoase
 - E. Efectul bactericid.

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 161. Inițial, drept lineri s-au folosit suspensii de hidroxid de calciu:**
- A. În acetonă
 - B. În alcool propilic
 - C. În apă
 - D. În soluție salină
 - E. În alcool metilic.
- 162. *Linerii din eugenolat de zinc:**
- A. Aderă intim la dentină
 - B. Au pH alcalin
 - C. Nu inhibă polimerizarea rășinilor
 - D. Au efect iritant asupra pulpei dentare
 - E. Au efect sedativ pulpar.
- 163. Linerii din cimenturi cu ionomeri de sticlă:**
- A. Au efect sedativ pulpar
 - B. Au rezistență scăzută la compresiunea masticatorie
 - C. Au o valoare crescută a modulului de elasticitate
 - D. Se pot utiliza sub obturații cu amalgam de argint
 - E. Au efect cariostatic.
- 164. Cimentul de eugenolat de zinc este indicat în:**
- A. Cavități mici
 - B. Obturații cu compozite
 - C. Obturații cu rășini acrilice
 - D. Obturații cu ciment ionomeri de sticlă fotopolimerizabile
 - E. Cavități neexpuse solicitărilor masticatorii.
- 165. Cimentul de eugenolat de zinc:**
- A. Are o valoare mare a modulului de elasticitate
 - B. Oferă o bună izolare termică chiar și în strat subțire
 - C. Are efect bacteriostatic
 - D. Stimulează neodentinogeneza
 - E. Are pH ușor acid.
- 166. *Cimentul cu ionomeri de sticlă:**
- A. Permite formarea produșilor de coroziune ai amalgamului
 - B. Necesită hidratare în cursul prizei
 - C. Se aplică pe o plagă dentinară uscată
 - D. Are inițial un pH alcalin
 - E. Se poate aplica fără protecție pulpară, chiar și în cariile profunde.
- 167. Adezivii dentinari sunt indicați:**
- A. În sigilarea plăgii dentinare
 - B. În stimularea neodentinogenezei
 - C. În cazul obturațiilor coronare cu materiale compozite
 - D. Pentru eliminarea microorganismelor din canaliculele dentinare
 - E. În cazul obturațiilor coronare din amalgam de argint.

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 168. *Următoarele afirmații sunt corecte, cu excepția:**
- A. Microorganisme gram negative din placa bacteriană formează endotoxine
 - B. În parodontopatia marginală, spirochetele pot depăși 10% din totalul microorganismelor detectabile
 - C. Dextranul produs de Streptococul mutans are rol important în asigurarea substratului energetic
 - D. Bastonașele anaerobe gram negative sunt numeroase în șanțul gingival
 - E. Bacteriile gram pozitive sunt sensibile la penicilină.
- 169. *Primul stadiu în formarea peliculei este reprezentat de:**
- A. Formarea matricei intercelulare
 - B. Aderarea constituenților bacterieni de suprafața smalțului
 - C. Absorbția proteinelor pe suprafața apatitei
 - D. Atașarea cocilor și a celulelor epiteliale de suprafața apatitei
 - E. Interacțiunea dintre grupările sulfat din smalț și macromoleculele salivare.
- 170. *În compoziția plăcii bacteriene:**
- A. Genul Staphylococcus reprezintă 10% din cantitatea microorganismelor plăcii subgingivale
 - B. Genul Neisseria colonizează activ limba
 - C. Actinomyces aparține microorganismelor gram negative
 - D. Cocii gram pozitivi sunt numeroși în șanțul gingival
 - E. Veillonella reprezintă peste 20% din microorganismele cultivabile din placă.
- 171. Următoarele afirmații sunt false:**
- A. Glicoproteinele asigură vâscozitatea salivei
 - B. Glicoproteinele anionice sunt aderente de suprafețele dentare
 - C. Glicoproteinele cationice sunt vâscoase
 - D. Saliva cu vâscozitate mare inhibă formarea peliculei
 - E. Pelicula este primul strat al plăcii bacteriene.
- 172. Amilopectina produsă de către Streptococul mutans:**
- A. Se formează în urma descompunerii maltozei
 - B. Este un polizaharid intracelular
 - C. Este un polizaharid extracelular
 - D. Intervine în procesul de aderare al microorganismelor între ele
 - E. Se formează în urma descompunerii glucozei.
- 173. Glucoziltransferazele:**
- A. Intervin în sinteza dextranilor
 - B. Inhibă aderența dependentă de zaharoză
 - C. Sunt proteine homoloage
 - D. Prezintă un domeniu C-terminal de legare a zaharozei
 - E. Prezintă un domeniu N-terminal de legare a zaharozei.
- 174. Prin ce se explică capacitatea patogenă a plăcii bacteriene:**
- A. Sintetizarea de către microorganisme a polizaharizilor intracelulari
 - B. Capacitatea lactobacililor de a fermenta o mare cantitate de hidrocarbonate
 - C. Concentrarea pe o suprafață mică a unui număr mare de microorganisme
 - D. Scăderea timp îndelungat a pH-ului plăcii bacteriene sub 5,5
 - E. Permeabilitatea plăcii pentru substanțele care conferă aciditate mediului bucal.

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 175. *Următoarele afirmații sunt corecte, cu excepția:**
- A. Streptococul mutans colonizează în special dintele
 - B. Streptococul sanguis colonizează în special suprafața dorsală a limbii
 - C. Spirochetele colonizează în special șanțul gingival
 - D. Lactobacillus colonizează în special suprafețele dentare
 - E. Streptococcus salivarius colonizează în special suprafața dorsală a limbii.
- 176. *Ce modificare pulpară nu apare în pulpita acută seroasă parțială?**
- A. Hiperfuncția odontoblaștilor la periferia focarului inflamator
 - B. Oprirea metabolismului odontoblaștilor la nivelul focarului inflamator
 - C. Concentrarea succindehidrogenazei în focarul inflamator
 - D. Concentrarea fosfatazei alcaline în predentină
 - E. Margație leucocitară intensă.
- 177. Fenomenele specifice pulpitei acute seroase totale sunt:**
- A. Creșterea vâscozității pulpare
 - B. Demielinizarea fibrelor nervoase
 - C. Depolimerizarea parțială a fibrelor conjunctive
 - D. Depolimerizarea substanței fundamentale
 - E. Vasodilatație pulpară generalizată.
- 178. Elementele de diagnostic pozitiv în hiperemia preinflamatorie sunt:**
- A. Dureri provocate care durează câteva minute după îndepărtarea excitantului.
 - B. Dureri spontane care durează câteva minute
 - C. Teste de vitalitate pozitive
 - D. Hipersensibilitate pulpară marcată
 - E. Hipersensibilitate pulpară ușor crescută.
- 179. Diagnosticul pozitiv al pulpitei acute seroase totale se pune pe baza următoarelor semne:**
- A. Lipsa sensibilității la percuția în ax
 - B. Dispariția durerii la rece
 - C. Durere cu caracter pulsatil
 - D. Durere continuă
 - E. Hipersensibilitate la testele termice.
- 180. În hiperemia preinflamatorie:**
- A. Activitatea metabolică este diminuată
 - B. Apare vasodilatația capilară
 - C. Microorganismele se pot evidenția în focarul inflamator
 - D. Apare paralizia vasoconstrictorilor și vasodilatație arteriolară
 - E. Modificările tisulare sunt ireversibile.
- 181. Pulpita acută seroasă parțială poate evolua spre:**
- A. Pulpita cronică închisă propriu-zisă
 - B. Pulpita acută seroasă totală
 - C. Pulpita acută purulentă totală
 - D. Pulpita cronică deschisă
 - E. Scleroza pulpară.

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 182. În pulpita cronică deschisă ulceroasă, în stratul cel mai profund întâlnim:**
- A. Pulpoliți
 - B. Aspect pulpar aparent normal
 - C. Degenerescență coloidă
 - D. Degenerescență fibroasă
 - E. Degenerescență reticulară.
- 183. Pulpita cronică deschisă ulceroasă:**
- A. Se tratează prin amputație vitală
 - B. La palpare cu sonda, suprafața pulpei nu este dureroasă
 - C. Evoluează spre hiperemie
 - D. La inspecție, cavitatea carioasă conține multă dentină alterată
 - E. Percuția în ax este negativă.
- 184. În pulpita cronică închisă hiperplazică:**
- A. Evoluția este spre necroză pulpară
 - B. Durerea este în general absentă
 - C. Examenul radiologic nu este concludent
 - D. Pe mucoasă poate să apară o fistulă
 - E. Testele de vitalitate sunt în limite normale.
- 185. *Precizați care simptom nu este un semn cert de diagnostic pozitiv în pulpita acută seroasă parțială:**
- A. Durerea localizată
 - B. Durerea vie
 - C. Durerea provocată
 - D. Durerea spontană
 - E. Percuția în ax pozitivă.
- 186. *La creșteri mari de temperatură, necroza pulpară se instalează prin:**
- A. Vicierea metabolismului local
 - B. Tromboză vasculară
 - C. Precipitarea proteinelor plasmaticice
 - D. Paralizia vasoconstrictorilor
 - E. Rupturi vasculare.
- 187. Necroza de colicvație este însoțită de:**
- A. Exudat inflamator
 - B. Hidrofilie tisulară
 - C. Ischemie pulpară
 - D. Lichefierea țesutului pulpar
 - E. Apoptoză .
- 188. *Cu ce afecțiuni nu se face diagnosticul diferențial în gangrena pulpară simplă:**
- A. Necroza pulpară
 - B. Pulpitele cronice
 - C. Parodontitele apicale acute
 - D. Parodontitele apicale cronice
 - E. Pulpita acută purulentă totală .

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 189. Necroza termică apare prin:**
- A. Precipitarea proteinelor plasmatice
 - B. Creșterea succindehidrogenazei
 - C. Apariția de acid lactic și acid piruvic
 - D. Dereglarea metabolismului pulpar
 - E. Dilatarea vaselor sanguine.
- 190. *În necroza pulpară apar următoarele modificări tisulare, cu excepția:**
- A. Dispariția fibrelor conjunctive
 - B. Disocierea fibrelor de collagen
 - C. Zone de ischemie
 - D. Depolimerizarea proteoglicanilor perivasculari
 - E. Formarea lacurilor sanguine interstițiale.
- 191. *Aminele toxice apar în necroza pulpară prin:**
- A. Paralizia vasoconstrictorilor
 - B. Vicierea metabolismului local
 - C. Staza vasculară prelungită
 - D. Dilacerări tisulare
 - E. Autoliza lizozomală.
- 192. *La creșterea temperaturii cu 5⁰C în pulpa dentară se produce:**
- A. Creșterea permeabilității vasculare
 - B. Formarea de intermediari biochimici toxici
 - C. Depolimerizarea proteoglicanilor
 - D. Depolimerizarea fibrelor de collagen
 - E. Migrarea nucleilor odontoblaștilor în canaliculele dentinare.
- 193. *În necroza de colicvație poate fi întâlnită următoarea formă de degenerescență pulpară:**
- A. Calcară
 - B. Reticulară
 - C. Amiloidă
 - D. Fibroasă
 - E. Fibrinoidă.
- 194. Necroza pulpară poate fi produsă de acizi prin:**
- A. Depolimerizarea proteoglicanilor
 - B. Lezarea membranelor celulare
 - C. Depolimerizarea collagenului
 - D. Capacitatea mare de difuziune
 - E. Modificarea brutală a pH-ului.
- 195. Necroza pulpară prin precipitarea proteinelor este determinată de:**
- A. Acidul tricloracetic
 - B. Fenol
 - C. Azotatul de argint
 - D. Arsenic
 - E. Acidul fosforic.

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 196. Parodontita apicală acută hiperemică:**
- A. În absența tratamentului evoluează spre cronicizare;
 - B. Este caracterizată de procese de necroză și resorbție a osului alveolar apical;
 - C. Poate trece neobservată spre forma exudativă;
 - D. Reprezintă, în marea majoritate a cazurilor, o complicație a gangrenei pulpare;
 - E. Are semne clinice variate, în funcție de topografia dintelui.
- 197. În parodontita apicală acută seroasă (difuză):**
- A. Corticala alveolară externă pierde săruri minerale prin osteoclazie;
 - B. Durerea este uneori brutală de la început;
 - C. Durerea poate avea mers ascendent;
 - D. Căldură locală reduce inițial intensitatea durerii;
 - E. Diagnosticul diferențial se face și cu osteomiелita maxilară.
- 198. Zona periferică a granulomului simplu conjunctiv:**
- A. Conține un infiltrat inflamator cronic;
 - B. Este bogată în țesut de granulație;
 - C. Conține toxine care au efect stimulator;
 - D. Are o activitate fibroblastică redusă;
 - E. Oferă condiții optime de apariție a apoziției osoase.
- 199. Care este evoluția posibilă a unei parodontite apicale cronice difuze progresive:**
- A. Infecția de focar
 - B. Granulomul chistic
 - C. Supurații ale lojelor feței
 - D. Abcesul apical cronic
 - E. Osteomiелita .
- 200. Care este specificul demineralizării din parodontita apicală acută seroasă:**
- A. Reversibilă
 - B. Urmată de resorbții osoase tardive difuze
 - C. Ireversibilă
 - D. Respectă trama organică a osului alveolar
 - E. Intensitate crescută.
- 201. În forma chistică a granulomului epitelial întâlnim:**
- A. Fibre de oxytalan
 - B. Radiotransparență periferică crescută
 - C. Benzi de celule epiteliale
 - D. Degenerescență fibrilară
 - E. Celule cu caracter spinos.
- 202. Pe ce semne clinice se bazează diagnosticul pozitiv al parodontitei apicale acute seroase:**
- A. Percuție în ax pozitivă
 - B. Teste de vitalitate negative
 - C. Tumefierea mucoaselor
 - D. Tumefierea tegumentelor
 - E. Durere pulsatilă.

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 203. Parodontita apicală acută seroasă poate evolua spre:**
- A. Pulpita acută purulentă totală
 - B. Restabilirea temporară a echilibrului tisular
 - C. Oprirea temporară a procesului inflamator
 - D. Pulpita cronică deschisă ulceroasă
 - E. Granulomul intern Palazzi.
- 204. Cu ce afecțiune se face diagnosticul diferențial al granulomului chistic:**
- A. Actinomicoza
 - B. Adenopatiile supurate
 - C. Granulomul epitelial
 - D. Osteomielita
 - E. Granulomul simplu conjunctiv.
- 205. Căror leziuni apicale le corespunde o imagine radiologică neconturată:**
- A. Osteita paradentară Melchior
 - B. Parodontita apicală cronică cu hiperementoză
 - C. Parodontita apicală cronică Partsch
 - D. Abcesul cronic apical
 - E. Parodontita apicală cronică condensată.
- 206. Pe ce simptomatologie se bazează diagnosticul pozitiv al unei parodontite apicale acute purulente:**
- A. Teste de vitalitate negative
 - B. Teste de vitalitate slab pozitive
 - C. Fistulizare cu eliminare de puroi
 - D. Durere la atingerea dintelui
 - E. Mobilitate dentară.
- 207. Care sunt aspectele microscopice ale unei parodontite apicale cronice fibroase:**
- A. Proces inflamator difuz
 - B. Disparația pernțelor vasculare Schweitzer
 - C. Depolimerizarea ligamentelor lui Sharpey
 - D. Vase cu pereți subțiați
 - E. Infiltrat celular limfohistoplasmocitar.
- 208. În tratamentul gangrenei pulpare, extracția este indicată:**
- A. La dinții cu perforații coronare
 - B. La pacienții cu psihopatii
 - C. La pacienții cu forme ușoare ale bolii de focar
 - D. La pacienții greu deplasabili
 - E. Pentru reducerea numărului ședințelor de tratament.
- 209. *Tratamentul gangrenei pulpare este indicat în următoarele situații, cu excepția:**
- A. Pacienți cu forme ușoare de boală de focar
 - B. Edentații subtotale mandibulare
 - C. Dinții cu osteite apicale cronice întinse
 - D. Dinții cu mobilitate gradul I
 - E. Dinții cu rădăcini care au canale multiple.

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 210. La nivelul camerei pulpare, pulpa dentară se înlătură cu:**
- A. Freze globulare diamantate
 - B. Linguri Black
 - C. Freze cilindrice diamantate
 - D. Ace Donaldson
 - E. Excavatoare.
- 211. Pentru permeabilizarea canalelor radiculare se pot folosi:**
- A. Ace Kerr
 - B. Ace Miller
 - C. Ace Lentullo
 - D. Ace Donaldson
 - E. Ace Hedstrom.
- 212. Tehnica step-down:**
- A. Se mai numește telescopare progresivă
 - B. Se mai numește telescopare regresivă
 - C. Prepararea începe din regiunea coronară
 - D. Se mai numește tehnica dublei telescopări
 - E. Prepararea pornește din regiunea apicală.
- 213. În extirpările pulpare, obturația de canal în aceeași ședință se poate face în:**
- A. Pulpita acută purulentă parțială
 - B. Pulpita acută seroasă totală
 - C. Pulpita cronică închisă propriu-zisă
 - D. Pulpita cronică închisă hiperplazică
 - E. Pulpita acută seroasă parțială.
- 214. Perforarea podelei camerei pulpare se tratează prin:**
- A. Aplicarea de bureți coagulanți
 - B. Spălături cu EDTA 17%
 - C. Aplicarea de bulelte cu soluții hemostatice
 - D. Extracția dintelui
 - E. Aplicarea unei obturații cu eugenat de zinc.
- 215. În gangrena simplă, apexificarea:**
- A. Este un procedeu terapeutic influențat de vârstă
 - B. Nu necesită pansamente repetate cu hidroxid de calciu
 - C. Presupune formarea unei bariere de osteodentină
 - D. Reprezintă procesul prin care se obține un țesut poros
 - E. Duce la formarea unui țesut asemănător cementului.
- 216. Adăugarea de dezinfectante în pastele de obturație radiculară:**
- A. S-a dovedit a fi benefică
 - B. Duce la efect iritant asupra parodonțiului apical
 - C. Crește riscul depășirilor foramenului apical
 - D. Efectul se inactivează rapid
 - E. Crește omogenitatea obturației .

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 217. Tehnica de injectare a gutapercii ramolite prin încălzire:**
- A. Aduce un progres semnificativ în endodonție;
 - B. Impune folosirea unui ciment pentru sigilarea apicală;
 - C. Este rapidă, simplă din punct de vedere tehnic;
 - D. Permite asigurarea unui debit uniform al gutapercii în canal;
 - E. Con tracția gutapercii este o consecință nedorită asupra calității sigilării.
- 218. Tehnica de condensare termomecanică a gutapercii:**
- A. Are o curbă de învățare rapidă
 - B. Folosește un instrument cu dublu rol, de spreader și plugger
 - C. Este indicată în obturarea canalelor curbe
 - D. Generează rapid o mare cantitate de căldură
 - E. Este contraindicată în canalele înguste.
- 219. Tehnica de injectare a gutapercii ramolite prin încălzire:**
- A. A adus un progres semnificativ în endodonție
 - B. Nu necesită folosirea unui ciment de sigilare
 - C. Are avantajul de a asigura un debit uniform al gutapercii în canal
 - D. Este o tehnică laborioasă
 - E. Este o alternativă de importanță secundară altor tehnici de obturație.
- 220. Tehnica de condensare termomecanică a gutapercii:**
- A. Necesită crearea unui stop apical
 - B. Este indicată în rezorbțiile radiculare externe
 - C. Impune lărgirea canalului prin telescopare regresivă
 - D. Este o tehnică laborioasă
 - E. Reduce mult riscul fracturării instrumentarului în timpul obturării.
- 221. Sistemul Ultrafil:**
- A. Asigură ramolirea gutapercii la 160°C
 - B. Impune folosirea unui ciment de sigilare
 - C. Asigură penetrarea gutapercii în canaliculele dentinare
 - D. Timpii de lucru sunt similari sistemului Obtura
 - E. Adaptarea gutapercii la dentina radiculară este deficitară.
- 222. Pluggerile:**
- A. Pot fi folosite la condensarea verticală
 - B. Pot fi folosite la condensarea laterală
 - C. Sunt asemănătoare sondelor endodontice
 - D. Au o parte activă de 16 mm
 - E. Au capătul părții active ascuțit.
- 223. Tehnica de condensare laterală la cald a gutapercii:**
- A. Folosește sistemul Ultrafil
 - B. Asigură ramolirea gutapercii la 70°C
 - C. Folosește sistemul Obtura
 - D. Permite obținerea unei obturații de canal monolit
 - E. Folosește dispozitivul Endotec.

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ

PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

224. În tehnica de condensare laterală la rece a gutapercii, hand spreaderele:
- A. Au lungimea părții active de 30 mm
 - B. Conferă operatorului o mare sensibilitate tactilă
 - C. Se pot roti cu ușurință în jurul axului propriu
 - D. Se pot îndepărta cu ușurință din canal fără dislocarea gutapercii
 - E. Sunt recomandate pentru condensarea conurilor accesorii nestandardizate.
225. *Biocalexul este indicat în următoarele situații, cu excepția:
- A. Gangrena pulpară simplă
 - B. Parodontitele apicale acute
 - C. Parodontitele apicale cronice fistulizate
 - D. Parodontitele apicale cronice cu imagine conturată
 - E. Imposibilitatea instrumentării treimii apicale datorită unei curburi accentuate.
226. În parodontita apicală acută purulentă, extracția dentară se indică în:
- A. Diabet.
 - B. Drenaj endodontic inefficient.
 - C. Forme grave de boala de focar.
 - D. Boala Reynaud.
 - E. Stare generală alterată.
227. În parodontita apicală acută seroasă, soluțiile terapeutice sunt:
- A. Drenaj endodontic
 - B. Drenajul transmaxilar
 - C. Antibioterapia
 - D. Administrarea de analgetice
 - E. Rezecție apicală.
228. În parodontitele apicale acute, metoda chirurgicală de tratament se alege în funcție de:
- A. Condițiile topografice locale
 - B. Stadiul evolutiv
 - C. Forma anatomo-clinică a afecțiunii
 - D. Antecedentele heredo-colaterale
 - E. Starea generală a pacientului.
229. În parodontita apicală acută hiperemică consecutivă acutizării unui proces cronic preexistent, schema de tratament include:
- A. Trepanarea apexului
 - B. Aplicarea unei paste cu antibiotice pentru 48 de ore
 - C. Aplicarea unei paste cu Ca(OH)_2
 - D. Tratament cu antiseptice
 - E. Chiuretaj periapical.
230. În parodontita apicală acută hiperemică consecutivă obturației de canal corectă, fără depășire, tratamentul constă în:
- A. Administrarea de analgetice și antiinflamatoare pe cale generală
 - B. Trepanarea apexului
 - C. Ședințe de diatermie și ionoforeză
 - D. Rezecție apicală
 - E. Ședințe de raze ultrascurte.

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 231. În parodontita apicală acută hiperemică consecutiv unei inflamații seroase tratamentul presupune:**
- A. Îndepărtarea țesutului pulpar
 - B. Aplicarea unui pansament cu antibiotice pentru 48 de ore
 - C. Tratament mecanic endocanalicular
 - D. Administrarea de antiinflamatoare și analgetice
 - E. Obturație de canal în aceeași ședință.
- 232. Tratamentul parodontitei apicale acute hiperemice consecutivă gangrenei pulpare simple poate include:**
- A. Aplicarea unei paste cu Ca(OH)_2
 - B. Obturație de canal în prima ședință
 - C. Tratament mecanic endocanalicular
 - D. Aplicarea unei paste cu antibiotice
 - E. Obturație de canal după dispariția fenomenelor inflamatorii.
- 233. În parodontita apicală acută hiperemică consecutiv obturației de canal fără depășire dar cu semne de inflamație exudativă, tratamentul presupune:**
- A. Administrarea de antiinflamatoare și antialgice pe cale generală
 - B. Ședințe de raze ultrascurte
 - C. Drenaj transosos
 - D. Dezobturarea canalului radicular
 - E. Spălături endocaniculare cu soluții antiseptice.
- 234. În cazul unei parodontite apicale acute hiperemice de iritație, determinată de materialul de obturație care a depășit apexul, tratamentul constă în:**
- A. Adoptarea unei atitudini de expectativă
 - B. Aplicarea unui pansament cu Ca(OH)_2 pentru 48 de ore
 - C. Dezobturarea canalului radicular
 - D. Se lasă dintele deschis până la dispariția durerii
 - E. Se poate recurge la intervenție chirurgicală.
- 235. În parodontita apicală acută seroasă, drenajul endodontic nu este posibil în următoarele situații:**
- A. În cazul existenței unor lucrări protetice conjuncte corecte
 - B. În cazul obturațiilor coronare de amalgam
 - C. Când există incrustații metalice ocluzale
 - D. În cazul rădăcinilor curbe
 - E. Când există obstacole pe canale.
- 236. După localizare și întindere, gingivita cronică poate fi:**
- A. Gingivită difuză
 - B. Gingivită acută
 - C. Gingivită subacută
 - D. Papilită
 - E. Gingivită cronică propriu-zisă.

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 237. Semnele clinice subiective ale pacienților cu gingivită cronică sunt:**
- A. Discrete dureri la periaj sau în timpul masticației
 - B. Sângerări gingivale la periaj și masticație
 - C. Senzația de gust metalic și alterat
 - D. Dureri spontane iradiante în oasele maxilare
 - E. Ușor prurit gingival.
- 238. Sângerarea gingivală în gingivita cronică poate fi provocată de:**
- A. Apariția pungilor parodontale osoase
 - B. Mișcările buzelor, obrazilor și ale limbii, făcute în scop de autocurățire sau în mod reflex
 - C. Periajul dentar sau folosirea scobitorii
 - D. Apariția afectării furcățiilor
 - E. Atingerea gingiei exercitată de alimente în cursul masticației.
- 239. Nu sunt adevărate următoarele afirmații:**
- A. Tumora de sarcină are un caracter malign
 - B. Diabetul acționează asupra gingiei prin fragilitate capilară și suferințe vasculare arteriale și venoase
 - C. Hiperplazia hidantoinică se produce și în absența plăcii bacteriene și a tartrului, la pacienții cu o bună igienă bucală
 - D. În etiologia gingivitei cronice descuamative este implicat *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*
 - E. Gingivita din leucemii a fost numită "gura dureroasă" sau "gura de tranșee".
- 240. *Cu care tip de gingivită se asociază următoarea afirmație: Apare în unele situații fiziologie, sau după histerectomii, ovariectomii, sterilizări prin iradierea unor tumori maligne?**
- A. Gingivita de pubertate
 - B. Gingivita din cursul ciclului menstrual
 - C. Gingivita generalizată de sarcină
 - D. Gingivita de menopauză
 - E. Tumora de sarcină.
- 241. Factorii favorizanți ai apariției gingivitei ulcero-necrotice sunt:**
- A. Spirochetele
 - B. Traumatismul direct al gingiei de către dinții antagoniști în ocluziile foarte adânci sau prin migrări
 - C. Fumatul excesiv
 - D. Igiena bucală incorectă, întâmplătoare sau absentă
 - E. Factori psihosomatici: stresul.
- 242. *Cele patru zone descrise de LISTGARTEN în gingivitele ulcero-necrotice, începând de la cele mai superficiale spre cele mai profunde sunt:**
- A. Zona bacteriană, zona de necroză, zona bogată în leucocite, zona de infiltrație spirochetală
 - B. Zona bogată în leucocite, zona bacteriană, zona de necroză, zona de infiltrație spirochetală
 - C. Zona de necroză, zona bogată în leucocite, zona de infiltrație spirochetală, zona bacteriană
 - D. Zona bogată în leucocite, zona bacteriană, zona de infiltrație spirochetală, zona de necroză
 - E. Zona bacteriană, zona bogată în leucocite, zona de necroză, zona de infiltrație spirochetală.

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 243. *Diagnosticul corect pe baza următoarelor principale semne clinice: gingivoragii precoce; gingia are culoare roșie-violacee, cianotică; marginea gingivală prezintă ulcerații și zone de necroză, acoperite de membrane false; hiperplazie gingivală; este:**
- A. Gingivită iritativă
 - B. Tumoră de sarcină
 - C. Leucemie acută mieloblastică
 - D. Gingivită din diabet
 - E. Gingivită din anemii.
- 244. Semnele obiective în gingivostomatita ulcero-necrotică sunt:**
- A. Papilele interdentare au un aspect decapitat
 - B. Dureri intense la atingerea gingiei
 - C. Accentuarea durerilor la contactul cu alimente fierbinți, condimente, masticăție
 - D. Gingivoragii la cele mai mici atingeri sau chiar spontane
 - E. Ulcerațiile sunt acoperite cu un depozit pseudomembranos de culoare alb-gălbuie până la cenușiu-murdar
- 245. În care dintre următoarele boli apare adenopatia?**
- A. Pericoronarita
 - B. Gingivostomatita ulcero-necrotică
 - C. Leucemia acută mieloblastică
 - D. Gingivita hiperplazică prin antagoniști de calciu
 - E. Gingivita din diabet.
- 246. Alegeți numai acele simptome sau semne care sunt prezente în cazul fiecăreia dintre următoarele parodontite marginale: parodontita juvenilă, parodontita rapid-progresivă și parodontitele cornice:**
- A. Mobilitate dentară
 - B. Migrări patologice ale primilor molari și incisivi, cu formarea diastemei patologice
 - C. Retracție gingivală clasa III, IV Miller
 - D. Pungi parodontale false sau adevărate
 - E. Hipertrufie gingivală.
- 247. Dacă un pacient vă întreabă de ce are parodontită juvenilă, răspunsul va fi:**
- A. Datorită stresului și a alimentației necorespunzătoare
 - B. Datorită plăcii bacteriene și al concremențelor tartrice acumulate de-a lungul anilor
 - C. Datorită eredității
 - D. Datorită contagiozității microbiene în cadrul familial
 - E. Datorită unui deficit de chemotactism al polimorfonuclearelor și monocitelor.
- 248. Nu sunt adevărate următoarele afirmații privind parodontita marginală cronică profundă lent progresivă:**
- A. Dinții prezintă mobilitate patologică de gradul 2 sau 3
 - B. Apar false ocluzii adânci
 - C. Se caracterizează prin lipsa unei inflamații evidente clinic
 - D. Apare o ușoară mobilitate dentară, de obicei de gradul I, prin edem inflamator în desmodonțiu
 - E. Subiectiv pacienții prezintă: tulburări de masticăție, de fonație și fizionomice.

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ

PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

249. În parodontita marginală cronică superficială se remarcă din punct de vedere radiologic:
- A. Halena
 - B. Halistereza marginală
 - C. Craterul (defectul) septal interproximal, cu deschidere largă spre coronar
 - D. Resorbție crenelată, inegală a marginilor osului alveolar
 - E. Halistereza axială.
250. Pentru desființarea hiperplaziei propriu-zise în gingivita hiperplazică prin inflamație microbiană se practică:
- A. Gingivectomie
 - B. Chiuretaj subgingival
 - C. Gingivectomie gingivo-plastică
 - D. Operație cu lambou și excizia mucoasei fibromatoase
 - E. Operație cu lambou deplasat apical.
251. * Tratamentul gingivitelor alergice constă în:
- A. Administrare de antihistaminice local și general
 - B. Spălături bucale largi cu apă oxigenată
 - C. Irigații subgingivale cu soluții de clorhexidină 0.2 %
 - D. Clătiri cu ape de gură pe bază de alcool
 - E. Aplicații locale de geluri pe bază clorhexidină 0.1 %.
252. Tratamentul definitiv, de prevenire a recidivelor, în gingivo-stomatita ulcero-necrotică constă în următoarele:
- A. Se extrag resturile dentare nerecuperabile
 - B. Detartraj minuțios supra- și subgingival
 - C. Se tratează cariile existente și se refac obturațiile incorect efectuate
 - D. Se fac badijonări subgingivale cu colutorii cu antibiotice
 - E. Se reduc lucrările protetice nejudicioase concepute sau incorect efectuate.
253. Tratamentul curativ al pericoronaritelor constă în următoarele:
- A. Spălături antiseptice abundente și dese
 - B. Instilații de colutorii complexe cu antibiotice
 - C. Aplicarea unui dren de meșă iodoformată sub capușonul de mucoasă pentru 24 de ore
 - D. Administrarea pe cale generală de antiinflamatorii și analgezice
 - E. Odontectomia dintelui inclus.
254. * Tratamentul gingivitei și gingivostomatitei micotice în forma cronică vizează:
- A. Administrarea de Nistatin suspensie
 - B. Administrarea de Stamicin drajeuri
 - C. Spălături bucale cu soluție apoasă de bicarbonat de sodiu 10%
 - D. Atingerea leziunilor cu soluție violet de gențiană 1%, zilnic, timp de 7 zile
 - E. Administrarea de Amfotericina B, un antimicotic puternic, dar relativ toxic.
255. Tratamentul parodontitei marginale prepuberale constă în:
- A. Tratament antimicrobian
 - B. Operație cu lambou
 - C. Chiuretaj subgingival
 - D. Gingivectomia pungilor parodontale false
 - E. Tratamentul bolii generale.

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 256. Tratamentul parodontitei marginale cronice superficiale constă în:**
- A. Terapie de regenerare tisulară ghidată
 - B. Operație cu lambou deplasat apical
 - C. Debridare gingivală, detartraj
 - D. Bioterapie de reactivare
 - E. Tratament de reechilibrare ocluzală.
- 257. Tratamentul parodontitei distrofice urmărește:**
- A. Reducerea componentei inflamatorii bacteriene
 - B. Reducerea chirurgicală a pungilor
 - C. Tratamentul bolii generale
 - D. Reechilibrarea ocluzală
 - E. Gingivectomia pungilor parodontale false.
- 258. Tratamentul parodontitei juvenile constă în:**
- A. Examinări periodice
 - B. Debridare gingivală, detartraj
 - C. Extracția dinților nerecuperabili
 - D. Chiuretajul microulcerărilor de la nivelul epiteliului sulcular în pungile false
 - E. Amputație radiculară.
- 259. Tratamentul retracțiilor gingivale produse prin distrucția sau atrofia osului alveolar:**
- A. Grefă de țesut conjunctiv
 - B. Regenerare tisulară ghidată
 - C. Lambou mucogingival deplasat spre lateral
 - D. Bioterapie de reactivare
 - E. Reducerea componentei inflamatorii bacteriene.
- 260. Tratamentul de urgență al abcesului parodontal marginal:**
- A. Incizie la nivelul de bombare maximă sau ușor decliv de acesta
 - B. Îndepărtarea exudatului purulent prin spălare abundentă cu soluții antiseptice
 - C. Debridare gingivală, detartraj
 - D. Administrarea de antibiotice pe cale generală
 - E. Reducerea chirurgicală a pungilor parodontale.
- 261. Tratamentul definitiv al abcesului parodontal constă în:**
- A. Incizie la nivelul de bombare maximă sau ușor decliv de acesta
 - B. Îndepărtarea exudatului purulent prin spălare abundentă cu soluții antiseptice
 - C. Chiuretaj subgingival în abcesul simplu la monoradiculari
 - D. Gingivectomie sau operație cu lambou la pluriradiculari
 - E. Grefă de țesut conjunctiv.
- 262. Tratamentul afectării gingivo-osoase a bifurcațiilor și trifurcațiilor dinților laterali gradul I constă în:**
- A. Debridare gingivală, detartraj
 - B. Chiuretaj subgingival
 - C. Operație cu lambou
 - D. Îndepărtarea exudatului purulent prin spălare abundentă cu soluții antiseptice
 - E. Gingivectomie.

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ

PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 263. *Tratamentul afectării gingivo-osoase a bifurcațiilor și trifurcațiilor dinților laterali gradul II:**
- A. Debridare gingivală, detartraj
 - B. Combinarea tehnicilor de regenerare tisulară ghidată și de adiție
 - C. Bioterapie de activare
 - D. Îndepărtarea exudatului purulent prin spălare abundentă cu soluții antiseptice
 - E. Gingivectomie.
- 264. Tratamentul afectării gingivo-osoase a bifurcațiilor și trifurcațiilor dinților laterali gradul III și gradul IV:**
- A. Chiuretaj subgingival în scop paliativ
 - B. Premolarizare
 - C. Amputație radiculară
 - D. Gingivectomie
 - E. Extracție
- 265. Factorii iatrogeni care pot favoriza apariția unor leziuni și suferințe gingivo-parodontale sunt:**
- A. Căile false în desmodonțiu și perforațiile interradiculare
 - B. Încleștarea 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.
- 266. Tartrul dentar**
- A. Se depune după vârsta de 19 ani
 - B. Constituie o cauză direct determinantă în etiologia bolii parodontale
 - C. Este compus în proporție de 70-90% din componente anorganice
 - D. Nu conține celule epiteliale, lipide, carbohidrați
 - E. Are compoziția diferită în funcție de localizarea supra- sau subgingivală și de vechimea depozitului
- 267. 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, sâmburi, coajă de nucă)
 - E. Cronică când rezultă din bruxism, încleștarea dinților, hipersolicitarea dinților care mărginesc spațiile edentate.
- 268. Examenle complementare care contribuie la stabilirea unui diagnostic corect de boală parodontală sunt:**
- A. Evaluarea statusului parodontal cu ajutorul unor indici
 - B. Colorarea plăcii bacteriene
 - C. Examenul radiologic
 - D. Testele microbiologice
 - E. Teste biochimice.

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 269. 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. Are o floră microbiană organizată în complexe bacteriene, care acționează prin asocieri succesive
 - D. Este expusă unor mecanisme de dezagregare prin masticăție și deglutiție
 - E. Este implicată în patogenia proceselor carioase.
- 270. Tartrului dentar subgingival:**
- A. Este de culoare alb gălbuie
 - B. Este localizat mai frecvent pe suprafața linguală a incisivilor inferiori
 - C. Se prezintă sub forma unor depozite lamelare sau a unor depozite mici, punctiforme, confluențe linear sau în suprafață
 - D. Localizat apoximal, poate fi pus în evidență cu ajutorul radiografiilor
 - E. Are un conținut de hidroxiapatită mai mare decât a tartrului supragingival.
- 271. Edentația își exercită rolul de factor favorizant în apariția parodontopatiilor marginale cronice prin:**
- A. Întreruperea continuității sistemului ligamentelor supraalveolare
 - B. Migrarea în plan orizontal a dinților
 - C. Resorbția osului alveolar
 - D. Desființarea contiguității arcadele dentare, datorită lipsei punctelor de contact
 - E. Aporiția cementară continuă.
- 272. Hiperfuncția glandelor paratiroide este caracterizată prin:**
- A. Aspect palid al gingiei prin hiperkeratoză
 - B. Demineralizarea osoasă generalizată
 - C. Incongruența dento-alveolară cu înghesuire
 - D. Lărgirea spațiului dento-alveolar
 - E. Întreruperi până la dispariția laminei dure
- 273. Gingia fixă:**
- A. Aderă ferm de osul alveolar subiacent
 - B. Este parte componentă a parodonțiului profund
 - C. Se întinde de la baza marginii gingivale libere până la mucoasa alveolară
 - D. Are o înălțime mai mare la. maxilar decât la mandibulă
 - E. Este porțiunea cea mai coronară a gingiei.
- 274. Marginea gingivală liberă:**
- A. Înconjură coletul dintelui fără a adera de acesta
 - B. Formează peretele moale al șanțului marginii gingivale
 - C. Are contur neted fără neregularități sau depresiuni
 - D. Are o groșime variabilă, între 0,5 și 2mm
 - E. Se extinde spre apical până la fundul de sac vestibular.

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 275. Între caracteristicile gingiei fixe sănătoase nu întâlnim :**
- A. Culoarea roz pal
 - B. Aspect "în coajă de portocală"
 - C. Textură netedă lucioasă
 - D. Consistență moale, depresibilă
 - E. Sângerare la palpare cu sonda.
- 276. Joncțiunea muco-gingivală:**
- A. Reprezintă limita dintre gingia fixă și mucoasa alveolară
 - B. Este mai vizibilă pe versantul palatinal
 - C. Lipsește în zona linguală
 - D. Este vizibilă pe versantul vestibular la ambele maxilare
 - E. Reprezintă zona cea mai vulnerabilă a parodonțiului, dată de absența keratinizării
- 277. Tartrul supragingival:**
- A. Este de culoare maroniu închis spre negru
 - B. Are consistență crescută de la început
 - C. Se prezintă sub forma de depozite spinoase, ca acoperite cu ghimpi
 - D. Se depune preferential pe suprafața linguală a incisivilor inferiori
 - E. Se depune pe suprafața ocluzală a dinților laterali fără antagoniști.
- 278. Ritmul de formare al tartrului depinde de :**
- A. Variațiile individuale ale fluxului salivar
 - B. Vârsta pacientului
 - C. Anumite stări fiziologice
 - D. Localizarea dintelui
 - E. Particularitățile masticației.
- 279. Fumatul intervine în instalarea modificărilor caracteristice bolii parodontale prin :**
- A. Depuneri de nicotină pe suprefețele dentare, care favorizează formarea plăcii bacteriene
 - B. Vasoconstricție periferică în teritoriul vascular gingivo-parodontal
 - C. Vasodilatație periferică în teritoriul vascular gingivo-parodontal
 - D. Ischemie în teritoriul vascular gingivo-parodontal
 - E. Iritații directe.
- 280. *Hiperfuncția hipofizei poate favoriza apariția bolii parodontale prin:**
- A. Apariția de chisturi ale oaselor maxilare
 - B. Incogruență dento-alveolară cu spațiere
 - C. Incogruență dento-alveolară cu îngesuire
 - D. Demineralizare osoasă generalizată
 - E. Ulcerații ale mucoasei bucale
- 281. Deficiențele de nutriție pot influența îmbolnăvirea parodonțiului marginal astfel:**
- A. Hipovitaminoza A se însoțește de hiperkeratoză, cu întârzieri în vindecarea unor ulcerații
 - B. Hipovitaminoza D produce demineralizări ale osului alveolar
 - C. Hipovitaminoza B₂ produce hiperestezii nevritice
 - D. Hipovitaminoza PP produce hiperplazie gingivală
 - E. Hipovitaminoza C produce glosită cu depapilarea dorsală a limbii.

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 282. Boala parodontală este considerată:**
- A. Localizată, când sunt afectați mai puțin de 40% din dinții prezenți pe arcade
 - B. Generalizată, când sunt afectați mai mult de 40% din dinții prezenți pe arcade
 - C. Localizată, când sunt afectați mai puțin de 30% din dinții prezenți pe arcade
 - D. Generalizată, când sunt afectați mai mult de 30% din dinții prezenți pe arcade
 - E. Generalizată, când sunt afectați mai mult de 60% din dinții prezenți pe arcade
- 283. Diagnosticul de parodontită agresivă se face pe baza următoarelor criterii:**
- A. Acumulare masivă de placă bacteriană în concordanță cu gradul avansat e distrucție tisulară
 - B. Speciile bacteriene cel mai frecvent întâlnite și implicate în etiologia bolii sunt: *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* și *Porphyromonas gingivalis*
 - C. Asocirea frecventă cu boli generale
 - D. Distrucția rapidă a epiteliului joncțional și a osului alveolar
 - E. Evoluția este în general lent progresivă.
- 284. Obiectiv parodontita marginală cronică profundă lent progresivă prezintă:**
- A. Mobilitate patologică de gradul 2 sau 3
 - B. Tulburări de fonație
 - C. Pungi parodontale adevărate
 - D. Retracție gingivală ca urmare a resorbției osoase
 - E. Tulburări de masticatie.
- 285. Semnele clinice obiective în gingivita cronică sunt:**
- A. Sângerare gingivală
 - B. Modificări de culoare ale gingiei
 - C. Consistența gingiei este mai redusă, moale, ușor depresibilă
 - D. Pierderea de atașament
 - E. Apariția pungilor false.
- 286. Gingivita de sarcină este însoțită de următoarele semne:**
- A. Durere la contactul cu alimente sau băuturi reci sau fierbinți
 - B. Senzație de uscăciune și de arsură la nivelul mucoasei gingivale și orale
 - C. Tulburări gustative
 - D. Hiperplazie, localizată cel mai frecvent la nivelul papilelor interdente
 - E. Prezența unui depozit albicios fibrinos sau purulent care acoperă gingia.
- 287. Gingivita hiperplazică prin antagoniști de calciu este caracterizată de următoarele semne clinice:**
- A. Hiperplazie gingivală cu caracter generalizat, ce predomină interdental și vestibular
 - B. Consistența gingiei mai fermă la început, odată cu creșterea în volum se reduce devenind moale, depresibilă
 - C. Hiperplazia gingivală, ce interesează ambele versante, vestibular și oral, și poate să acopere coroana dintelui până la marginea incizală sau suprafața ocluzală
 - D. Marginea gingivală liberă poate prezenta frecvent zone de necroză, acoperite de false membrane
 - E. Culoarea gingiei variază de la roșu aprins cu zone frecvent ulcerate până la roșu închis violaceu în zonele de stază, acoperite de placarde fibrinoase alb-gălbui.

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 288. Pacienții cu gingivită ulcero-necrotică prezintă următoarele semne subiective:**
- A. Dureri suportabile, discrete la periaj și în timpul masticației unor alimente dure, fierbinți sau acre
 - B. Dureri spontane cu iradieri în oasele maxilare
 - C. Dureri intense la atingerea gingiei și la contactul cu alimente fierbinți, condimentate
 - D. Ușor prurit gingival
 - E. Halenă fetidă.
- 289. *Tratamentul de urgență în gingivita ulcero-necrotică nu constă în:**
- A. Spălături bucale largi, cu soluții antiseptice de cloramină, permanganat de potasiu
 - B. Atingerea ulcerățiilor cu nitrat de Ag, acid tricloracetic
 - C. Îndepărtarea prin ștergere a depozitelor de fibrină cu tampoane sau comprese îmbibate în apă oxigenată
 - D. Dislocarea blocurilor mari de tartru, prin detartraj cu ultrasunete
 - E. Administrarea de antibiotice pe cale generală, la pacienții cu febră.
- 290. În tratamentul gingivitei și gingivostomatitei aftoase recidivante se recomandă:**
- A. Spălături cu soluții slab antiseptice
 - B. Atingeri stricte ale aftelor cu permanganat de potasiu
 - C. Aplicații de colutorii cu antibiotice
 - D. Infiltrații cu penicilină și xilină sau hidrocortizon
 - E. Corticoterapie: Prednison.
- 291. Detartrajul cu ultrasunete este contraindicat:**
- A. În gingivita ulcero-necrotică pentru îndepărtarea a depozitelor mari de tartru
 - B. În hiperestezie dentinară accentuată
 - C. La bolnavii cardiaci purtători de stimulator cardiac(pacemaker)
 - D. La bolnavii hemofilici
 - E. La bolnavii cu boli infecțioase, contagioase.
- 292. Tratamentul de urgență al abcesului parodontal marginal constă din:**
- A. Incizie la nivelul bombării maxime sau ușor decliv de aceasta
 - B. Îndepărtarea exudatului purulent prin spălare cu soluții antiseptice
 - C. Atingeri cu glicerină caldă
 - D. Aplicații de cristale de clorură de Zn
 - E. Atingerea cu soluție de KOH 20-30%.
- 293. *Tratamentul de urgență în gingivita ulcero-necrotică nu constă în:**
- A. Spălături bucale largi, cu soluții antiseptice de cloramină, permanganat de potasiu
 - B. Atingerea ulcerățiilor cu nitrat de Ag, acid tricloracetic
 - C. Îndepărtarea prin ștergere a depozitelor de fibrină cu tampoane sau comprese îmbibate în apă oxigenată
 - D. Dislocarea blocurilor mari de tartru, prin detartraj cu ultrasunete
 - E. Administrarea de antibiotice pe cale generală, la pacienții cu febră.

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ

PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

294. ***Chiuretele universale și chiuretele Gracey au următoarele caracteristici comune:**
- A. Au doua margini tăioase, ambele eficient active
 - B. Sunt active în anumite zone și suprafețe radiculare
 - C. Suprafața facială este situată la un unghi de 90° față de axul longitudinal al părții pasive
 - D. Suprafața facială este situată la un unghi de 70° față de axul longitudinal al părții pasive
 - E. Se folosesc la îndepărtarea cementului necrotic
295. ***Printre indicațiile detartrajului cu ultrasunete nu se găsesc:**
- A. Formele de parodontite acute hiperplazice, ulcerate, cu sângerări accentuate
 - B. Gingivita ulcero-necrotică pentru îndepărtarea a depozitelor mari de tartru
 - C. Dislocarea depozitelor aderente în cursul intervențiilor chirurgicale
 - D. Bolnavii cu reflexe de vomă exagerată
 - E. Bolnavii hemofilici.
296. **Efectele secundare ale utilizării îndelungate a clorhexidinei sunt:**
- A. Depunerea crescută de tartru subgingival
 - B. Colorațiile galben-maronii ale dinților
 - C. Iritații minime și descuamări ale mucoasei bucale
 - D. Depunerea de tartru supragingival
 - E. Senzații de arsuri linguale.
297. **Peroxidul de hidrogen (apa oxigenată) se utilizează în:**
- A. Pungi parodontale pentru îndepărtarea exudatului purulent
 - B. Gingivita cronică simplă
 - C. Gingivita ulcero-necrotică
 - D. Pungi parodontale pentru îndepărtarea exudatului inflamator
 - E. Plăgi chirurgicale parodontale.
298. **Diagnosticul diferențial al gingivitei ulcero-necrotice se face cu:**
- A. Gingivostomatita herpetică
 - B. Gingivita de sarcină
 - C. Gingivita alergică
 - D. Gingivita descuamativă
 - E. Gingivita din SIDA.
299. **La examenul clinic obiectiv al pacienților cu gingivită ulcero-necrotică se observă:**
- A. Placa bacteriană prezentă în cantitate redusă, nesemnificativă, în comparație cu leziunile de la nivelul țesutului gingival
 - B. Papilele interdentare prezintă la vârf o ulcerăție crateriformă, care ulterior se extinde lateral la marginea gingivală și rar la gingia fixă și mucoasa orală
 - C. Depozite pseudomembranoase de culoare alb-gălbuie până la gri-cenușiu
 - D. Gingia cu aspect neted, uscat, de culoare palidă sau uneori mai roșie și cu fisuri
 - E. Arii extinse de țesut necrozat, care conduc la expunerea osului.
300. **Calitățile unui medicament antimicrobian ideal cuprind:**
- A. Difuziune bună în focarul de infecție
 - B. Absența reacțiilor de sensibilizare locale și generale
 - C. Să nu persiste mult timp în lichidele circulante ale organismului
 - D. Spectru antimicrobian specific
 - E. Să nu dezvolte rezistență microbiană.

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 301. Simptomatologia obiectivă a abcesului parodontal marginal curprinde:**
- A. Durere intensă, violentă, iradiantă
 - B. Tumefacție circumscripă, rotundă sau ovalară
 - C. Mucoasa acoperitoare este destinsă, lucioasă, roșie
 - D. Percuția transversală a dinților limitrofi este mai puțin dureroasă decât cea verticală
 - E. Jenă dureroasă la masticație.
- 302. Efectele secundare ale administrării augumentinului sunt:**
- A. Colita pseudomembranoasă
 - B. Uneori fenomene de fotosensibilizare
 - C. Alergii
 - D. Tulburări gastro-intestinale
 - E. Tulburări hepato-renale.
- 303. *Parodontita agresivă prezintă un maxim de incidență a episoadelor agresive și pierdere a unor dinți în jurul vârstei de:**
- A. 20-22 ani
 - B. 23-25 ani
 - C. 30-35 ani
 - D. 45-50 ani
 - E. 55-60 ani.
- 304. *Antibioticele folosite mai frecvent în tratamentul parodontopatiilor sunt:**
- A. Tetracilinele, în infecții în care predomină *Porphyromonas gingivalis*
 - B. Metronidazolul, în infecții cu *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*
 - C. Azitromicina, în infecții cu *Fusobacterium nucleatum*
 - D. Tetracilinele, în infecții în care predomină *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*
 - E. Azitromicina, în infecții cu *Eikenella corrodens*.
- 305. *Testul Prognostik evidențiază:**
- A. Prezența a trei patogeni parodontali
 - B. Proteinazele neutre din lichidul șanțului gingival
 - C. Metaboliți toxici din focarul inflamator
 - D. Aspartan-aminotransferaza din lichidul șanțului gingival
 - E. Elastaza din lichidul șanțului gingival
- 306. * Musculatura internă, care asigură echilibrul necesar poziționării dinților pe arcade, este reprezentată de :**
- A. Mușchiul pterigoidian medial
 - B. Mușchiul buccinator
 - C. Mușchiul limbii
 - D. Mușchiul maseter
 - E. Mușchiul pterigoidian lateral
- 307. Înclinarea orală a dinților:**
- A. se remarcă la dinții arcadei inferioare
 - B. constituie curba de ocluzie a lui Von Spee
 - C. constituie curba lui Wilson
 - D. se remarcă la dinții arcadei superioare
 - E. se remarcă doar în cazuri patologice

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 308. Schemele ocluzale gnatologice (organice) presupun următoarele:**
- A. existența la nivel ocuzal a unei zone de libertate de 0.5-1 mm în sens sagital
 - B. existența point-centricului
 - C. contactul interarcadic obținut prin tripodarea contactelor ocuzale
 - D. contactul interarcadic obținut prin tipul de angrenaj ocuzal cuspid- suprafață
 - E. existența long- centricului
- 309. Conceptele ocluzologice actuale indică pentru restaurările protetice :**
- A. scheme ocluzale bazate pe conceptul long- centric
 - B. scheme ocluzale bazate pe conceptul point centric
 - C. scheme ocluzale bazate pe conceptul freedom in centric
 - D. realizarea contactelor astfel încât cuspidii inactivi să fie în ușoară inocluzie
 - E. realizarea contactelor punctiforme cuspid activ- fosă antagonistă
- 310. Înclinația pantei tuberculului articular :**
- A. este în medie de 55 grade
 - B. este de 9 mm
 - C. este în strânsă legătură cu înclinația fețelor palatinale ale frontalilor superiori
 - D. are o medie de 33 grade
 - E. este importantă în mișcările de propulsie și la deschiderea gurii
- 311. Mișcarea condilului pivotant în cursul mișcării de lateralitate se caracterizează prin :**
- A. execută o rotație și o deplasare spre lateral în cavitatea glenoidă
 - B. execută o rotație și o deplasare spre medial în cavitatea glenoidă
 - C. se cuantifică prin unghiul Bennett cu o valoare medie de 30 grade
 - D. poartă denumirea de miscare Bennett
 - E. este în medie de 0,75 mm
- 312. Unghiul Fischer este :**
- A. unghiul obținut în mișcarea de lateralitate de către condilul orbitant cu planul sagital
 - B. unghiul obținut în mișcarea de lateralitate de către condilul pivotant cu planul sagital
 - C. în medie de 10 grade
 - D. unghiul ce se înregistrează în plan sagital prin deplasarea unui condil în propulsie și înlateralitatea de partea opusă
 - E. influențează în mod direct morfologia ocluzală a dinților din zona laterală
- 313. Unghiul Bennett influențează morfologia ocluzală astfel :**
- A. cu cât este mai mare cu atât relieful ocluzal cu atât relieful ocluzal trebuie să fie mai accentuat.
 - B. cu cât este mai mic, cu atât relieful ocluzal trebuie să fie mai șters
 - C. cu cât este mai mare cu atât relieful ocluzal trebuie să fie mai șters
 - D. cu cât este mai mare, cu atât concavitatea fețelor palatinale trebuie să fie mai accentuată
 - E. cu cât este mai mare , cu atât concavitatea fețelor palatinale trebuie să fie mai ștersă
- 314. Importanța unghiului Bennett este corelată cu următoarele afirmații :**
- A. cu cât valoarea unghiului Bennett este mai mare , cu atât mișcarea Bennett va fi mai amplă
 - B. ca cât unghiul Bennett este mai mare , cu atât mișcarea Bennett are o direcție mai posterioară
 - C. cu cât unghiul Bennett este mai mare, cu atât mai line trebuie să fie pantele cuspidiene
 - D. cu cât unghiul Bennett este mai mare, cu atât va fi mai amplă mișcarea de lateralitate
 - E. cu cât unghiul Bennett este mai mare, cu atât traiectoriile de mediotruzie și laterotruzie vor fi mai mici

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 315. *Arcul facial are rolul de :**
- A. de a înregistra ocluzia de intercuspidare maximă
 - B. de a înregistra RC
 - C. de a înregistra ocluzia statică
 - D. a permite montarea modelelor în articulador într-o poziție asemănătoare a maxilarului în raport cu ATM
 - E. a analiza mișcările mandibulei așa cum le efectuează pacientul
- 316. Dezavantajele inlay-urilor metalice sunt:**
- A. Imposibilitatea de a reface corect zona proximală
 - B. Au un anumit grad de periclitare a dintelui
 - C. Sunt puțin rezistente
 - D. Afectează smalțul prin acoperirea zonelor bizotate
 - E. Sunt exigente privind execuția clinică și tehnică.
- 317. *Inlay-ul "twin-lock":**
- A. Este un inlay cu cinci fețe
 - B. Se realizează în carie clasa D după Hess
 - C. Se realizează în carie clasa C după Hess
 - D. Se realizează în cavitate clasa a II-a Black
 - E. Se realizează în carie clasa F după Hess.
- 318. *În prepararea cavităților pentru inlay:**
- A. Pereții verticali se prepară paraleli
 - B. Pereții verticali se prepară ușor convergenți spre ocluzal ($2-4^0$)
 - C. Planșeul cavității este concav
 - D. Cavitățile retentive se realizează în axul de inserție
 - E. Planșeul cavității se prepară plan
- 319. Asigurarea rezistenței pereților cavității în cazul inlay-urilor se face prin:**
- A. Prepararea unor unghiuri foarte bine exprimate la locul de întâlnire dintre peretele pulpar și cei verticali
 - B. Îndepărtarea prismelor de smalț subminate
 - C. Deretentivizarea zonelor subminate prin căptușirea cu ciment, când grosimea stratului de smalț este mare
 - D. Prepararea unor unghiuri ușor rotunjite la locul de întâlnire dintre peretele pulpar și cei verticali
 - E. Prepararea pereților verticali aproape paraleli
- 320. În cazul inlay-urilor bizotarea marginilor cavității:**
- A. Se face obligatoriu la inlay-ul metalic ocluzal, cu o înclinație de 30^0 față de axul de inserție
 - B. Se face obligatoriu la inlay-ul metalic ocluzal, cu o înclinație de 45^0 față de axul de inserție
 - C. Se face cu freze cilindrice diamantate
 - D. Se face cu freze cilindrice din oțeluri extradure
 - E. Pentru inlay-urile fizionomice se recomandă (recent) o bizotare concavă a smalțului

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 321. Tehnica "slice-lock" de preparare a cavităților pentru inlay:**
- A. Este recomandată la premolari
 - B. Se face realizând câte un șanț la nivelul unghiurilor vestibulo-axial și linguo-axial
 - C. Constă în realizarea unei retenții în "T" în peretele axial
 - D. Este recomandată atât pentru cavități simple cât și pentru cele duble
 - E. Este o metodă de bizotare mai corectă a marginilor cavității
- 322. Prepararea cavității pentru inlay clasa a V-a Black:**
- A. Baza cavității se prepară plan
 - B. Baza cavității se prepară convex
 - C. Unghiurile formate de peretele parapulpar cu ceilalți pereți vor fi puțin mai mici de 90°
 - D. Unghiurile formate de peretele parapulpar cu ceilalți pereți vor fi puțin mai mari de 90°
 - E. Baza cavității se prepară concav
- 323. "Inlay-ul în Inlay"**
- A. Este indicat ca retentor în punți mici
 - B. Inlay-ul primar aparține punții și rămâne necimentat
 - C. Inlay-ul secundar aparține punții și rămâne necimentat
 - D. Este indicat când axele dinților stâlpi sunt prea divergente
 - E. Este indicat când axele dinților stâlpi sunt prea convergente
- 324. În cazul preparării cavităților de clasa a II-a Black pentru inlay tip casetă dublă:**
- A. Pereții verticali ai cavității proximale vor fi divergenți spre ocluzal și spre dintele adiacent
 - B. Pentru inlay-ul metalic adâncimea cavității ocluzale este mai mare decât la obturația de amalgam
 - C. Se recomandă ca lățimea istmului să fie 1/3 din diametrul ocluzal
 - D. Marginile cavității verticale se mai mult decât cele ale cavității ocluzale
 - E. Nu este recomandată bizotarea peretelui gingival
- 325. În cazul preparării atipice ale cavităților ocluzo-proximale pentru inlay:**
- A. Nervura de blocaj este ușor de realizat și eficientă
 - B. Puțurile ocluzale intradentinare sunt indicate mai ales când cavitatea ocluzală nu mai poate oferi retenție orizontală
 - C. Pentru a mări stabilitatea se realizează înclinarea pereților pulpar și gingival spre interior
 - D. Treapta negativă se realizează în peretele pulpar
 - E. Șanțul de blocaj se realizează în peretele parapulpar
- 326. Obiectivul final în prepararea unui incisiv central maxilar pentru coroana ceramică (Jacket) este:**
- A. Obținerea unui bont de 1/3 din lungimea coroanei
 - B. Obținerea unui bont de 2/3 din lungimea coroanei
 - C. Prepararea mai accentuată a feței vestibulare
 - D. Reducerea aproximativ uniformă din toate fețele
 - E. Obținerea unui prag orizontal ușor rotunjit.

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 327. *Belleglass-HP:**
- A. Este un polimetil-dimetilacrilat
 - B. Este o rășină diacrilică compozită
 - C. Este un ceromer
 - D. Este o polisticlă
 - E. Este o rășină acrilică.
- 328. *Prepararea clasică pentru coroana ceramică (Jacket) începe cu:**
- A. Fața vestibulară
 - B. Fețele proximale
 - C. Fața orală
 - D. Schițarea pragului
 - E. Reducerea marginii incizale
- 329. Pentru coroana ceramică (Jacket) marginea incizală:**
- A. Se prepară 2-3 mm
 - B. Se prepară oblic 45° , spre oral la incisivii superiori
 - C. Se prepară oblic 45° , spre vestibular la incisivii superiori
 - D. Se prepară oblic 45° , spre oral la incisivii inferiori
 - E. Se prepară oblic 45° , spre vestibular la incisivii inferiori
- 330. Indicele mezio-distal:**
- A. Se referă la cantitatea de substanță dentară preparată din marginea incizală
 - B. Se referă la cantitatea de substanță dentară preparată din fețele proximale
 - C. Reprezintă diferența în mm dintre diametrul mezio-distal la nivel cervical și cel la nivelul jumătății feței vestibulare
 - D. Reprezintă diferența în mm dintre diametrul mezio-distal la nivel incizal și cel la nivel cervical
 - E. La dinții triunghiulari este mai mic
- 331. În cadrul preparării feței vestibulare pentru coroana ceramică:**
- A. Johnston recomandă realizarea a trei șanțuri orizontale cu o freză adecvată acestui scop
 - B. Rosenstiel realizează trei șanțuri de ghidaj de la colet până la șanțurile incizale
 - C. Shillingburg recomandă 3 șanțuri de 1 mm adâncime în zona vestibulo-cervicală și 2 șanțuri de 1,5 mm adâncime în zona vestibulo-incizală
 - D. Armand realizează un șanț vertical adânc de 1 mm în două planuri
 - E. Armand începe prepararea cu un șanț de ghidaj cervical
- 332. Pentru coroana mixtă metalo-ceramică adâncimea preparării (după Bratu) este de:**
- A. Maxim 1,5 mm pentru componenta fizionomică
 - B. Minim 0,8 mm pentru componenta fizionomică
 - C. 0,35 – 0,5 mm pentru componenta metalică
 - D. 0,25 – 0,4 mm pentru componenta metalică
 - E. Minim 1,5 mm pentru componenta fizionomică

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 333. Pentru coroana mixtă preparare feței ocluzale impune:**
- A. Îndepărtarea a 2 – 2,5 mm de substanță dentară când va fi aplicat material fizionomic
 - B. Îndepărtarea a 1,5 mm de substanță dentară din cuspizii de sprijin când va fi aplicat material fizionomic
 - C. Îndepărtarea a 1,5 mm de substanță dentară din cuspizii de ghidaj când va fi aplicat material fizionomic
 - D. Îndepărtarea a 1,5 mm de substanță dentară din cuspizii de sprijin când ocluzal va fi numai metal
 - E. Îndepărtarea a 1 mm de substanță dentară din cuspizii de ghidaj când ocluzal va fi numai metal
- 334. Caracteristicile scheletului metalic al coroanelor metalo-ceramice:**
- A. Sunt necesare retenții
 - B. Nu sunt necesare retenții
 - C. Capa metalică trebuie să asigure pe cât posibil grosime egală masei ceramice
 - D. Grosimea capei metalice să fie de un minim de 0,5 mm
 - E. Trecerea de la metal la materialul ceramic să se facă prin unghiuri ferme
- 335. În cadrul preparărilor atipice pentru coroanele mixte:**
- A. Pragul excavat îngust circular este realizat din motive estetice
 - B. În cazul pragului vestibular mai lat, metalul se va opri la prag, și numai ceramica va realiza închiderea marginală
 - C. Pragul proximal asimetric este mai lat pe fața mezială decât pe cea proximală
 - D. Pragul excavat îngust este indicat pentru canini și premolari
 - E. Prepararea tangențială subgingivală pe fața orală se poate realiza numai pentru coroanele metalo-ceramice
- 336. Intermediarii cu contact punctiform:**
- A. Mai sunt cunoscuți și sub numele de "corpuri de punte igienice"
 - B. Mai sunt cunoscuți și sub numele de "corpuri de punte conice"
 - C. Este indicat să se utilizeze când există creste late
 - D. Se utilizează în zone cu vizibilitate redusă
 - E. Autocurățirea se realizează cu ușurință
- 337. Alegeți răspunsurile corecte:**
- A. Intermediarii în șa se pot utiliza la creste inferioare late
 - B. Intermediarii ovoidali îngreunează igienizarea cu ața dentară
 - C. Intermediarii cu raport tangențial sunt indicați dacă spațiul protetic este mic și creasta lată
 - D. Intermediarii cu contacte punctiforme sunt indicați la zone cu creste înguste
 - E. Intermediarii suspendați se utilizează când avem un spațiu protetic de minim 6 mm.
- 338. * Intermediarii ovoidali ai punții dentare:**
- A. Sunt indicați la mandibulă în zona canină premolară
 - B. Se adaptează bine la crestele mai înguste
 - C. Se igienizează cu dificultate
 - D. Sunt situați intramucos
 - E. Sunt situați juxtamucos

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 339. Referitor la corpurile de punte cu tangentă lineară la mandibulă:**
- A. Este obligatorie realizarea unei îngustări V-O
 - B. Îngustarea V-O se face doar când spațiul protetic este mic
 - C. Suprafața vestibulară trebuie să fie netedă fără șanțuri și fără individualizarea intermediarilor
 - D. Reducerea suprafețelor ocluzale se face în detrimentul cuspizilor linguali de ghidaj
 - E. Reducerea suprafețelor ocluzale se face în detrimentul cuspizilor vestibulari de sprijin
- 340. *Pentru realizarea unui corp de punte la distanță de creasta edentată (suspendat):**
- A. Trebuie să dispunem de un spațiu protetic de minimum 6 mm
 - B. În sens M-D este de dorit să existe un spațiu de cel puțin 6mm
 - C. Trebuie să dispunem de un spațiu protetic de minimum 10 mm
 - D. Este suficient ca între vârful crestei și intermediarii suspendați să existe un spațiu de 0,5-1 mm
 - E. Fața mucozală a corpului de punte trebuie să fie realizată concav
- 341. Intermediarii ovoidali (situați intramucos):**
- A. Sunt indicați la creste înguste
 - B. Sunt cunoscuți sub numele "corpuri de punte conice"
 - C. Sunt imposibil de igienizat indiferent de mijloacele de igienizare
 - D. Sunt utilizați frecvent în zonele unde estetica este principalul obiectiv
 - E. Se adaptează bine la creste late
- 342. Intermediarii în șa:**
- A. Se pot igieniza cu ușurință cu mijloace de igienizare speciale
 - B. Se recomandă în mod special pentru zona laterală
 - C. Se recomandă în special pentru zona frontală
 - D. Produc reacții inflamatorii tisulare
 - E. Sunt intermediarii cei mai confortabili pentru pacient
- 343. Intermediarii cu raport tangent linear:**
- A. Fac contactul cu mucoasa pe versantul vestibular al crestei
 - B. Acoperă versantul vestibular al crestei până la coama acesteia
 - C. Au fața orală înclinată vestibulo-oral de sus în jos într-un unghi de aproximativ de 40-50°
 - D. Sunt recomandați a se utiliza în cazul creștelor de lățime mare
 - E. Se utilizează când spațiul protetic este mic
- 344. Intermediarii ovoidali:**
- A. Se pot realiza numai după pregătirea chirurgicală a crestei edentate
 - B. Se igienizează cu dificultate
 - C. Necesită utilizarea punților provizorii pentru conformarea crestei
 - D. Se utilizează frecvent în zonele unde estetica este principalul obiectiv
 - E. Se recomandă utilizarea lor în zona laterală mandibulară
- 345. Intermediarii suspendați cu față mucozală de arcadă în sens mezio-distal:**
- A. Oferă o rezistență mărită la joncțiunea cu elementele de agregare
 - B. Nu permit un acces optim pentru igienizare
 - C. Contribuie la diminuare încovoierii corpului de punte sub acțiunea forțelor masticatorii
 - D. Au suprafața mucozală convexă vestibulo-oral
 - E. Poartă denumire de corp de punte igienic modificat

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 346. * Conectorul principal metalic bară transversală posterioară se plasează:**
- A. La nivelul molarului 1;
 - B. La limita de reflexie a vălului palatin;
 - C. Anterior de molarul 1;
 - D. Posterior de molarul 1;
 - E. În funcție de reziliența mucoasei.
- 347. * Conectorul principal bară linguală:**
- A. Are lățimea de 2 mm;
 - B. Se plasează la 1,5 mm de versantul lingual vertical al crestei;
 - C. Se situează la 1,5 mm de versantul lingual al crestei când acesta este oblic;
 - D. Se găsește la 1,5 mm de versantul lingual când acesta este retentiv;
 - E. Se localizează la 1,5 mm de versantul lingual în toate cazurile.
- 348. Miniconectorul palatinal:**
- A. Este utilizat în edentații de clasa I-a Kennedy;
 - B. Este utilizat în edentații intercalate bilaterale;
 - C. Realizează un echilibru foarte bun;
 - D. Seamănă cu proteza de retenție acrilică;
 - E. Nu este avantajos ca utilizare.
- 349. Dacă dintele care va susține un croșet are o retentivitate sub 0,25 mm, se poate recurge la:**
- A. Un croșet mixt;
 - B. Un croșet din sârmă;
 - C. Adăugarea de rășină compozită;
 - D. Ameloplastie;
 - E. Sistemul R.P.I.
- 350. Croșetul Ney cu acțiune posterioară:**
- A. Se aplică în special pe molari;
 - B. Are un braț rigid subecuatorial;
 - C. Are o elasticitate foarte bună;
 - D. Are pintenul ocluzal legat de conectorul secundar interdental;
 - E. Este biactiv.
- 351. Croșetul divizat în „I” al sistemului Roach:**
- A. Este foarte flexibil;
 - B. Este puțin flexibil;
 - C. Are extremitatea plasată pe dinte disto-vestibular;
 - D. Are extremitatea plasată pe dinte mezio-vestibular;
 - E. Este indicat pe premolarii superiori.
- 352. Croșetul cingătoare:**
- A. Este o variantă a croșetului caninului;
 - B. Este o variantă a croșetului Bonwill;
 - C. Este o variantă a croșetului unibar;
 - D. Se aplică pe dintele vecin edentației;
 - E. Se aplică pe arcada neîntreruptă.

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 353. Croșetul Ney nr. 3 se aplică pe:**
- A. Dinți globuloși;
 - B. Dinți tronconici;
 - C. Dinți cu linie ghid joasă;
 - D. Dinți cu linia ghid înaltă;
 - E. Molari izolați.
- 354. Croșetul Akers :**
- A. Este monoactiv;
 - B. Este biactiv;
 - C. Are un sprijin bun;
 - D. Are stabilizare bună;
 - E. Are reciprocitate bună.
- 355. Conectorii principali de tip bară palatinală sagitală:**
- A. Sunt cei mai biologici;
 - B. Se situează la 5 mm de parodonțiul marginal, urmând curbura arcadei;
 - C. Sunt părți componente ale conectorului principal în „U”;
 - D. Sunt părți componente ale conectorului principal inelar;
 - E. Leagă între ele șei de elemente de menținere și stabilizare de pe aceeași hemiarcadă.
- 356. *Metoda Willis consideră ca etalon pentru determinarea dimensiunii verticale de ocluzie compararea distanței:**
- A. Nazion-subnazale cu subnazale-gnation;
 - B. Fanta labială-unghi extern al ochiului cu subnazale-gnation;
 - C. Intercomisurale cu subnazale-gnation;
 - D. Ofrion-gnation cu distanța interpupilară;
 - E. Ofrion-subnazale cu subnazale-gnation.
- 357. Care din următoarele metode antropometrice de determinare a dimensiunii verticale în edentația totală utilizează repere preextractionale:**
- A. Landa;
 - B. Robinson;
 - C. Wild;
 - D. Swenson;
 - E. Wright.
- 358. Pentru determinarea funcțională a dimensiunii verticale de ocluzie în edentația totală se pot utiliza:**
- A. Biofeedback-ul electromiografic;
 - B. Profilometrul Sears;
 - C. Radiografiile cefalometrice;
 - D. Spațiul minim de vorbire;
 - E. Memoria ocluzală.

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ

PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

359. * Dintre metodele simple de determinare a relației centrice, care din următoarele utilizează material abraziv:
- A. Stimularea reflexului de ocluzie molară;
 - B. Metoda Boianov;
 - C. Metoda Wild;
 - D. Metoda Patterson;
 - E. Metoda homeotropismului linguo-mandibular.
360. În cazul înregistrării grafice a relației centrice, când plăcuța de înregistrare se fixează la nivelul mandibulei:
- A. Poziția de relație centrică este la capătul anterior al traseului mișcării de propulsie-retropulsie;
 - B. Poziția de relație centrică este la capătul posterior al traseului mișcării de propulsie-retropulsie;
 - C. Traiectoriile de lateralitate delimitează între ele unghiul Bennett;
 - D. Unghiul delimitat de traiectoriile de lateralitate are valoarea de 120 de grade;
 - E. Unghiul delimitat de traiectoriile de lateralitate are valoarea de 130 de grade.
361. Metoda disocierii analitice a lui Lejoyeux:
- A. Se utilizează pentru determinarea dimensiunii verticale de ocluzie;
 - B. Se utilizează pentru determinarea planului de ocluzie;
 - C. Are ca scop determinarea relației centrice;
 - D. Apelează la propulsia fonetică;
 - E. Utilizează teleradiografii de profil.
362. Plăcuța lui Fox:
- A. Se utilizează pentru determinarea nivelului planului de ocluzie în regiunea frontală;
 - B. Se utilizează pentru determinare orientării planului de ocluzie în zona frontală;
 - C. Se utilizează pentru determinarea orientării planului de ocluzie în zona laterală;
 - D. Se utilizează pentru montarea dinților artificiali în laborator;
 - E. Se utilizează ca suport pentru înregistrarea grafică a relației centrice.
363. Metoda utilizării autoocluzorului Lende pentru determinarea relației centrice:
- A. Este foarte precisă;
 - B. Se asociază de obicei metodei de înscriere grafică;
 - C. Utilizează borduri de ocluzie din ceară;
 - D. Utilizează borduri de ocluzie din stents;
 - E. Permite transmiterea foarte exactă către laborator a nivelului și a orientării planului de ocluzie.
364. Planul de ocluzie în regiunea frontală:
- A. Se situează la nivelul marginii buzei superioare;
 - B. Are nivelul la 2 mm sub marginea buzei superioare;
 - C. Se orientează întotdeauna paralel cu linia bipupilară;
 - D. Nu se orientează în toate cazurile paralel cu linia bipupilară;
 - E. Se determină după stabilirea relației corecte de postură
365. Referitor la Centrocordul Opotow:
- A. Are în componență trei plăcuțe;
 - B. Are vârful de înscriere situat pe plăcuța mandibulară;
 - C. Plăcuța maxilară are două vârfuri stabilizatoare
 - D. Presupune la înregistrare montarea întâi a plăcuței maxilare;
 - E. La utilizare necesită întâi montarea plăcuței mandibulare.

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 366. *În cadrul odontogenezei semnele inițiale ale dezvoltării dentare apar în:**
- A. Săptămâna a 4-a de viață intrauterină
 - B. Săptămâna a 6-a de viață intrauterină
 - C. Luna a 4-a de viață intrauterină
 - D. Săptămâna a 8-a de viață intrauterină
 - E. Luna a 6-a de viață intrauterină.
- 367. Mugurii dinților succesionali se formează astfel:**
- A. Vestibular de predecesorii temporari
 - B. Din extensia distală a lamei dentare
 - C. Lingual de predecesorii temporari
 - D. Procesul începe în luna a 5-a de viață intrauterină
 - E. Din lama vestibulară.
- 368. Din papila dentară, constituită din celule ectomezenchimale, se formează:**
- A. Osul alveolar
 - B. Dentina
 - C. Smalțul dentar
 - D. Ligamentele periodontale
 - E. Pulpa dentară.
- 369. Următoarele afirmații referitoare la linia neonatală sunt adevărate:**
- A. Delimitează structurile formate intrauterin de cele formate postnatal
 - B. Apare la toți dinții succesionali
 - C. Trece pe la nivelul cuspizilor molarilor de șase ani
 - D. Apare la toți dinții temporari
 - E. Trece pe la nivelul coletului molarilor de șase ani.
- 370. *În stadiul coronar al odontogenezei are loc:**
- A. Conturarea dimensiunii viitoarei coroane
 - B. Distrugerea lamei dentare
 - C. Histodiferențierea
 - D. Aporiția matricelor organice și mineralizarea lor
 - E. Conturarea formei viitoarei coroane.
- 371. Referitor la terminologia tipurilor de dentină, se consideră că:**
- A. Dentina de dezvoltare se formează până la intrarea dintelui în funcția masticatorie normală
 - B. Dentina primară are un ritm de depunere mai lent
 - C. Dentina secundară neregulată este dentină funcțională
 - D. Dentina de reparație este o dentină secundară neregulată
 - E. Dentina de dezvoltare are un ritm de depunere mai lent decât cea primară.
- 372. Din punct de vedere morfologic dinții temporari se diferențiază de dinții permanenți prin:**
- A. Prezintă pereți dentinari mai subțiri ce determină o cameră pulpară mai voluminoasă
 - B. Coarnele pulpare ale molarilor sunt mai superficiale în special cele disto-vestibulare
 - C. Raportul coroană-rădăcină este similar cu cel al dinților permanenți
 - D. Coroanele sunt mai scurte și mai înguste la colet decât la dinții permanenți
 - E. Molarii temporari prezintă o creastă cervicală pe fața orală.

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 373. *Unicul dinte care are diametrul mezio-distal coronar mai mare sau egal cu cel cervico-incizal este:**
- A. Incisivul central superior permanent
 - B. Incisivul lateral superior temporar
 - C. Incisivul lateral superior permanent
 - D. Incisivul central inferior temporar
 - E. Incisivul central superior temporar
- 374. Molarii temporari se caracterizează prin următoarele aspecte morfologice:**
- A. Suprafețele vestibulare și orale sunt convergente spre ocluzal
 - B. Prezintă o îngustare cervicală accentuată
 - C. Tavanul camerei pupare prezintă numeroase canalicule accesorii
 - D. Canalele radiculare sunt neregulate
 - E. Contact strâns între molari realizat prin suprafețe de contact întinse și plate.
- 375. Următoarele afirmații referitoare la morfologia molarilor temporari sunt false:**
- A. Primul molar superior are formă atât de molar cât și de premolar
 - B. Rădăcina palatinală a primului molar superior poate fi unită cu cea disto-vestibulară
 - C. Proeminența cervicală se remarcă la molarul secund inferior
 - D. Primul molar inferior are diametrul mezio-distal mai mare decât cel vestibulo-oral
 - E. Primul molar inferior are trei rădăcini, două meziale și una distală.
- 376. Din punct de vedere structural, dinții temporari prezintă următoarele caracteristici:**
- A. Țesuturile dure au o grosime cu 30% mai mică decât a dinților permanenți
 - B. Smălțul este mai alb, mai opac și se abrazează ușor
 - C. Prismele de smalț sunt orientate aproape vertical la nivelul marginii incizale și vârfului cuspizilor
 - D. Dinții temporari au nevoie de un timp mai scurt de demineralizare cu acid fosforic
 - E. Densitatea inervației la dinții temporari este mai mică decât la dinții permanenți.
- 377. Următoarele afirmații referitoare la formele acute ale cariei dentare la dinții temporari sunt false:**
- A. Sunt mai frecvente după vârsta de 8 ani
 - B. Inițial au o deschidere limitată în smalț
 - C. Au o viteză redusă de propagare către camera pulpară
 - D. Pot fi întâlnite la toate tipurile de carii
 - E. Sub smalț există o cantitate mare de dentină moale și umedă.
- 378. Caria severă precoce a copilăriei este caracterizată de următoarele aspecte:**
- A. Apare pe suprafețele netede la copilul în vârstă de până la 3 ani
 - B. Este specifică frontalilor superiori permanenți
 - C. Indicele dmf-s are o valoare peste 4 la vârsta de 3 ani
 - D. Determină frecvent pierderea dinților anteriori la vârsta de 3-5 ani
 - E. Sunt tipare obișnuite localizate în șanturi și fosete.
- 379. *Caria rampantă diferă de caria de biberon prin faptul că:**
- A. Este o formă severă de carie precoce
 - B. Apare și la dinții temporari
 - C. Duce la distrucția completă a țesuturilor dentare
 - D. Sunt afectați și dinții frontali inferiori
 - E. Copii afectați prezintă tulburări de nutriție.

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 380. Diagnosticul de carie simplă la dinții temporari se bazează pe următoarele semne:**
- A. Simptomatologie subiectivă ștersă
 - B. Neliniște înaintea sau în timpul meselor
 - C. Mobilitate dentară crescută a dintelui în stadiul II de evoluție
 - D. Camera pulpară deschisă
 - E. Lipsa de substanță dură dentară.
- 381. Complicațiile gangrenei pulpare specifice dinților temporari sunt:**
- A. Parodontita apicală cronică
 - B. Modificarea tiparului rizalizei
 - C. Dintele Turner
 - D. Adenitele
 - E. Modificarea vitezei de resorbție radiculară.
- 382. Preparatele pe bază de paraformaldehidă au următoarele caracteristici:**
- A. După îndepărtare pot lăsa sensibilitate și sângerare
 - B. Se inactivează în timp destul de repede
 - C. Au acțiune rapidă de insensibilizare pulpară
 - D. Nu difuzează prin dentină
 - E. Nu necesită deschiderea camerei pulpare pentru aplicare.
- 383. Pulpectomia la dinții temporari este indicată în următoarele cazuri:**
- A. Inflamație pulpară ce cuprinde tot țesutul pulpar
 - B. Rizaliza dentară este într-un stadiu avansat
 - C. După eșecul pulpotomiei vitale
 - D. Deschiderea accidentală a camerei pulpare în cazul unui dinte asimptomatic
 - E. Dinte temporar neafectat de rizaliză.
- 384. *Coafajul direct la dinții temporari este indicat:**
- A. În cazul unei inflamații pulpare incipiente
 - B. În cazul unui traumatism coronar recent
 - C. În cazul dinților cu camera pulpară deschisă prin proces carios
 - D. În stadiul III de dezvoltare dentară
 - E. În pulpita cronică cu camera pulpară deschisă.
- 385. Următoarele afirmații referitoare la pulpotomia vitală la dinții temporari sunt adevărate:**
- A. Insensibilizarea pulpară este ireversibilă
 - B. Filetul radicular restant rămâne vital
 - C. Se păstrează un ritm de resorbție radiculară aproape de normal
 - D. Se realizează prin utilizarea unor preparate medicamentoase
 - E. Nu maschează tabloul clinic la examenul pulpar direct.
- 386. Din punct de vedere clinic, pulpa inflamată acut la dinții temporari, e indicată de:**
- A. Durere spontană de diferite grade
 - B. Durere localizată sau iradiată
 - C. Sunt asimptomatice
 - D. Durere intermitentă sau permanentă
 - E. Caracter reversibil.

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

- 387. Din punct de vedere subiectiv, în îmbolnăvirea pulpară la dinții temporari, durerea este:**
- A. De intensitate foarte mare
 - B. Incertă în stabilirea diagnosticului
 - C. De intensitate redusă
 - D. Greu de localizat, imprecisă
 - E. Concordantă cu modificarea morfopatologică.
- 388. Pulpita ireversibilă la dinții temporari se caracterizează prin:**
- A. Durere provocată dar și durere spontană
 - B. Durere, numai provocată
 - C. Durere care dispare imediat după îndepărtarea excitantului
 - D. Durere care nu încetează după îndepărtarea excitantului
 - E. Nu există simptomatologie dureroasă.
- 389. *Este falsă următoarea caracteristică a durerii în cazul dinților temporari:**
- A. În inflamația seroasă durerea este intensă
 - B. În inflamația purulentă durerea se exacerbează la rece
 - C. În inflamația purulentă durerea este pulsatilă
 - D. În inflamația seroasă durerea este de scurtă durată
 - E. În inflamația cronică durerea este provocată de masticăție.
- 390. Dintele Turner este caracterizat de următoarele aspecte:**
- A. Afectează doar dinții temporari
 - B. Dintele afectat prezintă defect hipoplazic
 - C. Afectează doar dinții accesonali
 - D. Se manifestă și sub forma unor modificări de formă sau dimensiune
 - E. Afectează dinții succesonali.
- 391. Gangrena complicată cu proces parodontal cronic la dinții temporari se caracterizează prin:**
- A. Simptomatologia subiectivă este ștearsă
 - B. Poate să apară o jenă la masticăție
 - C. Percuția în ax este pozitivă
 - D. Apar zone de radiotransparență interradiculară
 - E. Fistulă în apropiere de marginea liberă gingivală.
- 392. Chisturile pericoronare ce apar la dinții temporari sunt caracterizate de următoarele aspecte :**
- A. Conțin coroana dintelui permanent de înlocuire
 - B. Apar consecutiv lezării sacului folicular
 - C. Evoluția lor este lentă
 - D. Pot determina mobilitatea precoce a dintelui temporar
 - E. Stadiul de latență este simptomatic.
- 393. Următoarele afirmații referitoare la complicațiile gangrenei dinților temporari sunt adevărate:**
- A. Parodontita apicală acută este o complicație simptomatică
 - B. Infecția de focar este o complicație asimptomatică
 - C. Complicațiile acute se întâlnesc în stadiul 3 de evoluție
 - D. Granulomul periapical este o complicație frecvent întâlnită la temporari
 - E. Complicațiile cronice apar mai frecvent în stadiul 3 de evoluție.

ÎNTREBĂRI TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ

PROGRAMUL DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

394. *Medicamentul cel mai utilizat în pulpotomia vitală la molarii temporari este:
- A. Glutaraldehida 2%
 - B. Sulfatul feric
 - C. Hidroxidul de calciu
 - D. Formocrezolul diluat 50%
 - E. Eugenatul de zinc.
395. Pulpotomia parțială Cwek este indicată de autorii scandinavi la dinții temporari în următoarele situații:
- A. Carie simplă profundă fără simptomatologie dureroasă
 - B. Deschiderea accidentală a camerei pulpare cu pulpa sănătoasă
 - C. Molari temporari ce prezintă patologia furcației
 - D. Deschiderea accidentală a camerei pulpare prin carie și existența unei pulpite cronice parțiale
 - E. Fractură coronară clasa III Ellis suferită în urmă cu o lună.