R O M Â N I A
MINISTERUL EDUCAŢIEI
UNIVERSITATEA DE VEST „VASILE GOLDIŞ” ARAD
310130 ARAD, Bd. Revoluţiei nr. 94-96, tel. fax 0040/0257/280260,

e-mail: rectorat@uvvg.ro, web: www.uvvg.ro
FACULTATEA DE STOMATOLOGIE

SUBIECTE PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ LA PROGRAMUL DE STUDIU MEDICINĂ DENTARĂ
Septembrie 2026

ANESTEZIE ȘI SEDARE ÎN MEDICINA DENTARĂ
CHIRURGIE OMF I
CHIRURGIE OMF II

1. În fluxul sanguin, substanța anestezică locală circulă sub următoarele forme:
A. Forma legată
B. Forma complexă
C. Forma compusă
D. Forma nelegată
E. Forma simplă
R: A, D

2. În circulația sanguină, alfa1glicoproteina transportă:
A. Anestezic local
B. Betablocante
C. Antiartitmice
D. Blocante de calciu
E. Nici o variantă de raspuns nu este corectă
R: A, B, C, D

3. * Valoarea pH-ului Xilinei asociate cu vasoconstrictor este de:
A. 5,0
B. 7,0
C. 3,5
D. 6,0
E. 7,5
R: C

4. Produsele de tip xilină simplă:
A. Pot să conțină conservant denumit metilparaben
B. Pot să conțină metabislulfit de sodiu
C. Care nu contin metilparaben sunt marcate MPF

D. Care nu contin metabisulfit de sodiu sunt marcate MS-FREE
E. Care contin metilparaben, poat avea efect alergenic
R: A, C, E

5. *Lidocaina HCl se leagă de proteinele plasmatice in proporție de:
A. 60%
B. 70%
C. 90%
D. 95%
E. 100%
R: B

6. *Pentru copiii peste 4 ani, cu dezvoltare normală, doza terapeutică maximă de soluție simplă de xilină 2% este de:
A. 9 mg/kg-corp
B. 1 mg/kg-corp
C. 2-7 mg/kg-corp
D. Este interzisă administrarea de xilină 2% la copiii peste 4 ani
E. 0,5 mg/kg-corp
R: C

7. Urmatoarele afirmatii despre administrarea lidocainei în timpul graviditații sunt adevarate:
A. Lidocaina se încadrează în clasa B de risc fetal
B. Lidocaina se înadreaza in clasa D de risc fetal
C. Lidocaina se încadreaza in clasa A de risc fetal
D. Se poate administra gravidelor în primul trimestru de sarcină fară riscuri asociate
E. Se recomadă temporizarea administrarii la gravide în primul trimestru de sarcină
R: B, E

8. Următorele afirmații referitoare la interacțiunile medicamentoase în cazul administrarii de anestezice locale cu adrenalină sau noradrenalină sunt adevarate:
A. La pacienții sub tratament cu IMAO poate aparea hipertensiunea severă persistentă
B. La pacienții sub tratament cu IMAO poate aparea hipotensiunea arterială
C. Fenotiazinele și butirofenonele pot reduce sau anula efectul vasoconstrictor al adrenalinei
D. Fenotiazinele si butirofenonele pot intensifica efectul vasoconstrictor al adrenalinei, avand un risc crescut de aparitie a osteonecrozei
E. Intercatiunea cu medicația vasopresoare poate duce la hipertensiune persitentă si chiar la accidente vasculare cerebrale
R: A, C, E

9. Manifestarile cardiovasculare cauzate de supradozajul cu xilină sunt urmatorele
A. Parestezie
B. Tinitus
C. Bradicardie
D. Hipotensiune
E. Convulsii

R: C, D

10. *Manifestarile SNC apărute în cazul administrarii unei doze prea mari de xilină sunt urmatoarele, cu excepția:
A. Fotofobie
B. Confuzie
C. Reacții anafilactoide
D. Greața
E. Somnolență
R: C

11. Mepivacaina:
A. Este un anestezic de tip ester
B. Este un anestezic de tip amidic
C. În Europa este disponibilă în concentrație de 3%, fară vasoconstrictor
D. În SUA este disponibilă in concentrație de 2% cu adrenalină 1:100.000
E. Nu este disponibilă pentru anestezia topică
R: B, C, D, E

12. * La adulții, normoponderali, fără afecțiuni generale asociate, doza terapeutică maximă, recomandată pentru mepivacainã 3% este de:
A. 4mg/kg-corp, fară a depași 300 mg
B. 7mg/kg-corp, fară a depași 700 mg
C. 9mg/kg corp, fară a depasi 900 mg
D. 2mg/kg corp, fară a depași 200 mg
E. 5mg/kg corp, fără a depași 500 mg
R: A

13. * Doza clinică de siguranță recomandată pentru mepivacainã 3% este:
A. 1 carpulă
B. 5 carpule
C. 2,5 carpule
D. 7 carpule
E. 9 carpule
R: C

14. Mepivacaina se contraindică în:
A. Bloc de ramură grad II/III
B. Hipotensiune arterială severă
C. Insuficiență cardiacă severă
D. Epilepsiei necontrolate terapeutic
E. Varsta peste 70 de ani
R: A, B, C, D

15. * Durata anesteziei eficiente pentru articainã 4% cu adrenalină 1:100.000 este de aproximativ:

A. 5 ore
B. 75 de minute
C. 15 minute
D. 3 ore
E. 12 ore
R: B

16. * Articaina se leagă de proteinele plasmatice în proporție de:
A. 50%
B. 20%
C. 90%
D. 70%
E. 10%
R: C

17. Următoarele afirmații despre catecolaminele endogene sunt adevarate:
A. Sunt secretate de medulosuprarenală
B. Cresc aportul de oxigen și glucoză în creier
C. Scad aportul de oxigen și glucoză în creier
D. Limitează temporar fluxul sanguin la nivelul tubului digestiv sau la nivel cutanat
E. Sunt secretate in special în situații de stres sau efort
R: A, B, D, E

18. * Doza terapeutica maximă admisă de adrenalină pentru o ședință la un pacient clinic sănătos, ce greutatea de 70 kg este de:
A. 2g/ședință
B. 0.2 mg/ședință
C. 7mg/kg-corp/ședință
D. 3,5 mg/kg-corp/ședință
E. 1g/ședință
R: B

19. * Efectul sistemic al adrenalinei din anestezicele locale este în primul rând cel aspupra:
A. sistemului digestiv
B. ficatului
C. rinichi
D. aparatului cardiovascular
E. sistem nervos central
R: D

20. Urmatoarele afirmații despre felipresină sunt adevarate:
A. Este un vasoconstrictor local de sinteza non-catecolaminic
B. Nu are efecte directe de tip adrenegic asupra miocardului
C. Este indicată la gravide, deoarece nu depașește bariera feto-placentară
D. Nu se recomandă utilizarea în cazul în care există un risc hemoragic crescut
E. Se administreaza clinic împreuna cu prilocaină

R: A, B, D, E

21. Agenții vasoconstrictori din anestezicele locale sunt urmatorii:
A. Prilocaina
B. Levonordefrinul
C. Felipresina
D. Bupivacaina
E. Fenilefrina
R: B, C, E

22. Urmatorii vasoconstrictori din anestezicele locale sunt vasocontrictori de sinteza non-catecolaminici:
A. Xilina
B. Levonoderfinul
C. Adrenalina
D. Felipresina
E. Noradrenalina
R: B, D

23. Dezavantajele noradrenalinei sunt urmatoarele:
A. Vasoconstrictie periferică intensă
B. Hipertensiune arterială marcată
C. Vasodilatatie perifecrică intensă
D. Hipotensiune arterială marcată
E. Vasoconstricție la locul injectării mult mai redusă
R: A, B, E

24. * Anestezia topică:
A. Se bazează pe permeabilitatea mucoasei pentru o serie de substanțe anestezice
B. Presupune introducerea anesteziculuiîn țesuturi cu ajutorul seringii
C. Acul pătrunde submucos și anestezicul se infiltrează de-a lungul viitoarei linii de incizie
D. Se realizează pătrunzând cu acul în profunzime
E. Se realizează cu ajutorul seringilor speciale
R: A

25. Tehnica de anestezie ce poarta numele de ”imbibitie” se folosește pentru:
A. Anestezia nervului bucal, în dreptul molarului doi
B. Anestezia nervului lingual în șanțul mandibulo-lingual, în dreptul molarului de minte
C. Anestezia nervului palatin mare în dreptul molarului doi, unde mucoasa se înfundă în pâlnie
D. Anestezia nervului nazopalatin al lui Scarpa pe podeaua fosei nazale, anterior de cornetul inferior
E. Anestezia simultană a nervului bucal si lingual
R: B, D

26. * Procedeul Escat reprezintă:
A. Anestezia nervului bucal, în dreptul molarului doi

B. Anestezia nervului lingual în șanțul mandibulo-lingual, în dreptul molarului de minte
C. Anestezia nervului palatin mare în dreptul molarului doi, unde mucoasa se înfundă în pâlnie
D. Anestezia nervului nazopalatin al lui Scarpa pe podeaua fosei nazale, anterior de cornetul inferior
E. Anestezia simultană a nervului bucal si lingual
R: D

27* Anestezia topica, mai poartă denumirea de:
A. Anestezie locală prin infiltrație
B. Anestezie de contact
C. Anestezie submucoasă
D. Anestezie plexală
E. Anestezie subcutană în straturi
R: B

28. * Anestezia paraapicală supraperiostală, mai poartă denumirea de:
A. Anestezie locală prin infiltrație
B. Anestezie de contact
C. Anestezie submucoasă
D. Anestezie plexală
E. Anestezie intraligamentară
R: D

29. Anestezia de contact este indicată în următoarele situații:
A. Mici intervenții pe fibromucoasa gingivală
B. Înaintea puncției anestezice
C. Extirparea unor formațiuni tumorale de dimensiuni mici situate superficial la nivelul tegumentelor
D. Extracția dinților temporari mobili, cu rizaliză accentuată
E. Incizia abceselor superficializate la mucoasă
R: A, B, D, E

30. * Pentru anestezia topică se folosește:
A. Articaina 4% cu adrenalină 1:100.000
B. Articaina 4% cu adrenalină 1:200.000
C. Articaina simplă, fară adrenalină
D. Xilină în concentrație de 5-10%
E. Xilină 2%
R: D

31. Anestezia topică:
A. Determină insensibilitatea stratului superficial al mucoasei și a țesutului submucos
B. Determină insensibilitatea stratului profund al mucoasei
C. se poate utiliza și în cazul unui nerv situat relativ submucos
D. tehnica de utilizare presupune uscarea prealabilă a locului de aplicare a anesteziculuiE. este anestezia cel mai frecvent utilizată la maxilar

R: A, C, D

32. La nivelul cavității orale sunt considerate anestezii prin infiltrație:
A. Anestezia paraapicală supraperiostală
B. Anestezia topică
C. Anestezia intraligamentară
D. Anestezia tronculară periferică
E. Anestezia intrapulpară
R: A, C, D, E

33. Anestezia submucoasă:
A. Este indicată sa se realizeze în cazul inciziei abceselor superficializate, situate submucos
B. Anestezicul se infiltrează de-a lungul liniei de incizie
C. Anestezicul se infiltreaza la distanță de leziune, creându-se o arie care circumscrie viitoarea linie de incizie
D. Aplicarea se poate face sub forma de pastă (badijonare)
E. Aplicarea se face prin pulverizare
R: A, B

34. * Prin tehnica de anestezie submucoasă descrisă de Dan Theodorescu se anesteziază:
A. Periostul, în zona în care s-a infiltrat substanța anestezică
B. Osul, în zona în care s-a infiltrat substanța anestezică
C. Mucoasa, în zona în care s-a infiltrat substanța anestezică
D. Dinții, în zona în care s-a infiltrat substanța anestezică
E. Mucoasa, periostul, osul si dinții, în zona în care s-a infiltrat substanța anestezică
R: C

35. Anestezia subcutană ”în baraj”:
A. Se mai numeste si anestezie subcutană ”în straturi”
B. Acul pătrunde în profunzime la nivelul dermului infiltrându-se strat cu strat aria viitoarei plăgi operatorii
C. Se realizează la distanță de leziune
D. Acul pătrunde subcutan în două puncte diametral opuse
E. Printr-o singură puncție, se realizează două laturi ale patrulaterului
R: C, D, E

36. Anestezia plexală:
A. Este anestezia cel mai frecvent utilizată la maxilar
B. Se utilizează doar în zonele cu corticală osoasă densă
C. Se utilizează doar în zonele cu corticală osoasă subțire
D. Presupune injectarea anesteziculuisupraperiostal
E. Presupune injectarea anesteziculuiintraosos
R: A, C, D

37. În stomatologie și în churgia oro-maxilo-facială tehnica de anestezie paraapicală supraperiostală este folosită pentru:

A. Extracții dentare
B. Rezectii apicale
C. Rezecție osoasă marginală
D. Rezecție osoasă segmentară
E. Extirparea chisturilor de mici dimensiuni
R: A, B, D

38. *Anestezia transfrenulară:
A. Reprezintă anestezia plexală a incisivilor centrali si laterali superiori
B. Reprezintă anestezia plexală a incisivilor laterali superiori
C. Se mai numește anestezie intraseptală
D. Reprezintă anestezia nervului nazo-palatin pe podeaua fosei nazale
E. Puncția anestezică se efectuează trecând cu acul din partea opusă prin frenul buzei superioare
R: E

39. Avantajele anesteziei intraligamentare:
A. Durată scurtă de instalare a anesteziei
B. Anesteziapartilor moi
C. Posibilitatea localizării anesteziei la un singur dinte
D. Posibilitatea de a anestezia mai mulți dinți
E. Folosirea unei cantități reduse de substanță anestezică
R: A, C, D, E

40. Prin tehnica de anestezie intraligamentară, teritoriul anesteziat este urmatorul:
A. Osul alveolar
B. Fibromucoasa gingivală
C. Parțile moi
D. Pachetul vasculo-nervos dentar
E. Doi dinți printr-o singură puncție
R: A, B, D

41. Dezavantajele anesteziei intraligamentare:
A. Necesită seringi speciale
B. Apare frecvent alveolita postextracțională
C. Nu este indicată la pacienții sub tratament cu anticoagulante
D. Durerea locală postanestezică este mai frecventă
E. Nu este indicată la pacienții hemofilici
R: A, B, D

42. Contraindicațiile anesteziei intraligamentare:
A. Hemofilici
B. Pacienți cu tulburări hepatice
C. Dinții temporari
D. Pacienți sub tratament cu anticoagulante
E. Infecții la locul de puncție
Rt: C, E

43. Indicațiile anesteziei intraligamentare:
A. Hemofilici
B. Pacienți cu tulburări hepatice
C. Dinții temporari cu rizaliza pronunțată
D. Pacienți sub tratament cu anticoagulante
E. Infecții la locul de puncție
R: A, B, D

44. Pentru realizarea anesteziei intraligamentare:
A. Se utilizează o seringă specială cu arc
B. Se poate utiliza și seringă de unică folosință cu ac gros
C. Acul se introduce prin papila interdentară cu bizoul orientat spre dinte
D. Acul se introduce prin papila interdentară cu bizoul orientat spre os
E. La dinții pluriradiculari anestezia intraligamentară presupune și puncții vestibulare/orale
R: A, C, E

45. Cele mai frecvente complicații ale anesteziei intraligamentare sunt urmatoarele:
A. Injectitele postanestezice
B. Trismus
C. Parestezie
D. Durere locală medie/severă
E. Sensibilitate la percuție pentru 2-3 zile
R: D, E

46. Dozele maxime de articaină 4% cu adrenalină 1:100.000 pentru anestezia intraligamentară sunt urmatoarele:
A. La adult: ¼ dintr-o carpulă pentru un singur loc de punctie, pentru un incisiv
B. La adult: 1 carpulă pentru un singur loc de puncție
C. La adult: ½ dintr-o carpulăpentru orice dinte la care se practică două puncții anestezice
D. La adult: 1 carpulă pentru orice dinte la care se practică două puncții anestezice
E. La copii (pană in 30 kg): ¼ dintr-o carpulă pentru orice dinte temporar la care se practică două puncții anestezice
R: A, C, E

47. Sistemele de injectare intraligamentare a anesteziculului local controlate computerizat:
A. Sunt echipamente electromagnetice coordonate computerizat
B. Permit obtinerea unui flux controlat de substanță anestezică, administrat sub o presiune dozată
C. Sunt seringi mecanice de tip Ligmaject
D. Avantajul major al sistemului este posibilitatea utilizării la dinții temporari
E. Sunt formate dintr-o piesă de mană prevazută cu perforator
R: A, B, D

48. *Pentru tehnica de anestezie intraosoasă este necesară utilizarea:
A. Seringi speciale cu arc

B. Seringi de unica folosința cu ac gros
C. Seringi cu aspirație
D. Perforator cu mandren
E. Seringi mecanice de tip Ligmaject
R: D

49. * Anestezia intraseptală, mai poartă denumirea de:
A. Anestezie plexală
B. Anestezie crestală
C. Anestezie intrapulpară
D. Anestezie intraligamentară
E. Anestezie intradermică
R: B

50. * In cazul anesteziei intraseptale, tehnica constă în:
A. Puncționarea papilei interdentare
B. Puncționarea papilei incisive
C. Puncționarea frenului buzei superioare
D. Puncționarea frenului buzei inferioare
E. Depozitarea substanței anestezice direct în porțiunea coronară a pulpei dentare
R: A

51. * In cazul anesteziei intrapulpare, tehnica constă în:
A. Puncționarea papilei interdentare
B. Puncționarea papilei incisive
C. Puncționarea frenului buzei superioare
D. Inserarea acului în camera pulpară sau în canalele radiculare
E. Injectarea anesteziculuisupraperiostal si difuzarea prin canalele haversiene
R: D

52. Dezavantajele anesteziei intrapulpare:
A. Durată de acțiune relativ scurtă
B. Instalare rapidă a anesteziei
C. Risc crescut de injectare intravasculară
D. Este asociată cu o perioadă scurtă de durere intensă
E. Volum redus de soluție anestezică necesar
R: A, D

53. Avantajele anesteziei intrapulpare:
A. Lipsa anesteziei concomitente a parților moi
B. Durată de acțiune relativ scurtă
C. Nu există risc de injectare intravasculară
D. Risc minim de complicații
E. Volum redus de soluție anestezică necesară
R: A, C, D, E

54. Orice tehnică de anestezie tronculară periferică trebuie descrisă prin cateva elemente legate de:
A. Repere
B. Direcția acului
C. Locul de puncție
D. Dezavantaje
E. Cantitatea de anestezic administrată
R: A, B, C, E

55. In cazul anesteziei tronculare periferice, reperele care ghideaza locul de punctie pot fi:
A. Principale reprezentate de elemente osoase
B. Secundare reprezentate de dinti
C. Secundare reprezentate de parti moi
D. Variabile reprezentate de elemente osoase
E. Stabile reprezentate de dinți
R: A, B, C

56. Direcția acului, în tehnica de anestezie la tuberozitate, pe cale orală este:
A. Oblică in sus
B. Oblică în jos
C. Înapoi
D. Înauntru
E. Înafara
R: A, C, D

57. Hematomul la tuberozitate:
A. Are un caracter rapid extensiv
B. Apare prin înteparea plexului venos pterigoidian
C. Tratamentul de urgența constă în măsuri de limitare a hematomului prin comprimarea obrazului sub osul zigomatic cu podul palmei
D. Tratamentul medicamentos constă în administrarea de antibiotic și antiinflamator
E. Tratamentul de urgență constă în masuri de limitare a hematomului prin incizie si drenaj
R: A, B, C, D

58. Metodele alternative de anestezie e nervului nazopalatin sunt urmatoarele:
A. Procedeul Escat
B. Procedeul Veisbrem
C. Procedeul Gow-Gates
D. Pocedeul Vazirani- Akinosi
E. Procedeul Hoffer
R: A, E

59. Canalele incisive:
A. Se unesc la nivelul gaurii incisive
B. Se deschid pe planseul foselor nazale
C. Se deschid pe planseul bucal anterior

D. Imaginea lor pe sectiune frontală este de V sau Y
E. Imaginea lor pe secțiune frontală este de W
R: A, B, D

60. Accidentele minore care se pot produce prin tehnica de anestezie a nervului palatin mare:
A. Hemoragie prin înteparea vaselor palatine
B. Decolarea mucoperiostului
C. Pareza facială tranzitorie
D. Tulburari oculare
E. Infiltratrea valului moale
R: A, B, E

61. Puncția anestezică prin tehnica de anestezie prin infiltrație a fibromucoasei palatine se efectuează:
A. În plină mucoasă mobilă
B. La 1 cm de marginea gingivală
C. Acul este ținut perpendicular pe os
D. Acul este ținut paralel cu osul
E. Acul este ținut oblic, intr-un unghi de 45 grade
R: B, C

62. * Aria inervată de nervul bucal este urmatoarea:
A. Mucoasa vestibulară de la gaura mentonieră la linia mediană
B. Mucoasa vestibulară distal de gaura mentonieră
C. Mucoasa jugală
D. Mucoasa vestibulară in regiunea molarilor superiori
E. Fibromucoasa palatină in cele 2/3 posterioare
R: B

63. Anestezia nervului alveolar inferior pe cale cutanată se poate efectua astfel:
A. Calea submandibulară
B. Calea retromandibulară
C. Calea superioară
D. Calea occipitală
E. Calea temporală
Rt: A, B, C

64. * Procedeul Gow Gates:
A. Produce simultan anestezia nervului alveolar inferior, lingual și bucal
B. Produce simultan anestezia nervilor supero-anteriori, supero-mijlocii si supero-posteriori
C. Produce simultan anestezia nervului alveolar inferior, n.lingual, n.milohioidian, n.incisiv, n.auriculotemporal si n.bucal
D. Produce simultan anestezia nervului alveolar inferior și lingual
E. Produce simultan anestezia n.bucal si lingual
R: C

65. Procedeul Vazirani-Akinosi:
A. Anestezia simultană a nervului alveolar inferior, lingual și bucal
B. Anestezia simultană a nervilor: alveolar inferior, incisiv, mentonier, lingual si milohioidian
C. Puncția se face la nivelul părților moi din zona spațiului pterigo-mandibular
D. Indicația principală este reprezentată de deschiderea limitată a gurii
E. Reperele sunt aceleași cu cele ale anesteziei la spina Spix
R: B, C, D

66. Semnele clinice caracteristice parezei faciale tranzitorii sunt urmatoarele:
A. Exoftalmia
B. Aparitia unei tumefacții geniene
C. Coborârea comisurii bucale
D. Dispariția mișcarilor mimicii de partea afectată
E. Asimetrie facială
R: A, C, D, E

67. Tratamentul în cazul aparitiei hematomului obrazului este urmatorul:
A. Compresia regiunii geniene cu palma
B. Introducerea unui rulou de comprese cat mai distal în șanțul vestibular superior
C. Aplicarea unui prișnitz rece timp de 24-48 de ore
D. Aplicarea unui prișnitz cald după 48 de ore
E. Aplicarea unui prișnitz cald pentru 20 de minute, la fiecare ora, in primele 24 de ore
R: A, B, C, D

68. Complicațiile locale ale anesteziei loco-regionale sunt urmatoarele:
A. Necroza mucoasei
B. Injectitele postanestezice
C. Hematomul
D. Trismusul persistent
E. Alveolita postextracțională
R: A, B, D, E

69. Tratamentul trismusului persistent în faza acută, constă în:
A. Prișnițe calde pentru 20 de minute la fiecare oră
B. Miorelaxante
C. Mecanoterapie
D. Prișnițe reci pentru 20 de minute la fiecare oră
E. Analgezice
R: A, B, C, E

70. Tratamentul parestezиilor persistente constă în:
A. Antibioterapie
B. Monitorizare
C. Mecanoterapie
D. Administrare de vitamina B12
E. Administrare de miorelaxante

R: B, D

71. Indicațiile de extracție a dinților permanenți legate de patologia dento-parodontală:
A. Dinți cu fracturi corono-radiculare
B. Dinți cu distrucții corono-radiculare întinse, care nu mai pot fi restaurați
C. Dinți care au determinat complicații supurative grave
D. Dinți care au determinat procese supurative sinusale
E. Dinți care au suferit transformări chistice
R: B, C, D

72. Indicațiile de extracție a dinților permanenți legate de patologia traumatică oro-maxilo-facială:
A. Dinți cu fracturi corono-radiculare, extinse sub pragul gingival, care nu mai pot fi restaurate
B. Dinți cu distrucții coro-radiculare întinse, care nu mai pot fi restaurați
C. Dinți care au determinat complicații supurative grave
D. Dinți cu fracturi radiculare oblice sau longitudinale
E. Dinți alfați în focarul de fractură al oaselor maxilare care împiedică reducerea fracturii
R: A, D, E

73. Indicațiile de extracție a dinților permanenți în Ortodonție si Pedodonție sunt urmatoarele:
A. În vederea obținerii de spatiu necesar alinierii
B. Dinți extruzați, egresați sau înclinați care defavorizează tratamentul protetic
C. În situația unor poziții imposibile de redresat ortodontic
D. Pentru echilibrarea ocluzală în anumite anomalii dento-maxilare
E. Dinți temporari cu resorbție radiculară terminată
R: A, C, D

74. Antibioprofilaxia endocarditei infecțioase se indică în urmatoarele afectiuni cardiace:
A. Pacienți cu proteză valvulară
B. Endocardită infecțioasă în antecedente
C. Afecțiuni cardiace congenitale corectate chirurgical
D. Fibrilatie atrială
E. Pacienți sub tratament cu noile anticoagulante orale
R: A, B, C

75. Protocolul standard de antibioprofilaxie a endocarditei bacteriene este:
A. Amoxicilină 2g, în doză unică, per os sau i.m, cu o oră înaintea extracțiilor
B. Amoxicilină 1g, , în doză unică, per os sau i.m, cu o oră înaintea extracțiilor
C. Amoxicilină 2g, , în doză unică, i.v, cu jumatate de oră înaintea extracțiilor
D. Clindamicină 600 mg,în doză unică, la pacienții alergici la beta-lactamide
E. Clindamicină 1g, în doză unică, la pacienții alergici la beta-lactamide
R: A, C, D

76. Dereglările hemostazei primare pot avea următoarele cauze:
A. Număr scăzut de trombocite sub 50000/mm3
B. Prezența unor trombocite cu funcționalitate redusă

C. Deficit funcțional al pereților vasculari
D. Hipotensiunea arterială
E. Defect de structură al pereților vasculari
R: A, B, C, E

77. Dereglările hemostazei secundare pot fi:
A. Ereditare
B. Secundare
C. Complete
D. Incomplete
E. Mixte
R: A, B, E

78. Severitatea clinică a hemoragiei la pacientii hemofilici depinde de deficitul factorului de coagulare:
A. Concentrația factorilor VIII/IX < 1% hemoragii spontane
B. Concentrația factorilor VIII/IX ≤5% hemoragii provocate de traume minime
C. Concentrația factorilor VIII/IX ≤ 25% hemoragii provocate de traume majore
D. Concentrația factorilor VIII/IX >25 % hemoragii provocate de traume minore
E. Concentrația factorilor VIII/IX >50% hemoragii provocate de traume majore
R: A, B, C

79. La ora actuală terapia anticoagulantă cuprinde urmatoarele clase de medicamente:
A. Inhibitori COX-1: Acidul acetilsalicilic (aspenter)
B. Inhibitori de receptori P2Y12 reversibili: ticagrelor (brilique)
C. Inhibitori de receptori P2Y12 ireversibili: clopidogrelul (Plavix, Trombex)
D. ACO: acenocumarolul (Sintrom, Trombostop)
E. NACO: apixaban (Eliquis)
R: D, E

80. La ora actuală terapia antiagregantă cuprinde urmatoarele clase de medicamente:
A. Inhibitori COX-1: Acidul acetilsalicilic (aspenter)
B. Inhibitori de receptori P2Y12 reversibili: ticagrelor (brilique)
C. Inhibitori de receptori P2Y12 ireversibili: clopidogrelul (Plavix, Trombex)
D. ACO: acenocumarolul (Sintrom, Trombostop)
E. NACO: apixaban (Eliquis)
R: A, B, C

81. Principalele indicații terapeutice ale anticoagulantelor sunt reprezentate de:
A. Hipertensiunea arterială
B. Fibrilația atrială
C. Tratamentul curativ al tromboflebitei profunde ale membrelor
D. Trombofiliile asociate cu sarcina
E. Profilaxia antitrombotică a bypass-ului aorto-coronarian
R: B, C, D, E

82. În vederea realizarii unei extracții dentare, în cazul pacienților sub tratament cu ACO:
A. Se recomandă întreruperea adimnistrării medicației antitrombotice cu 5 zile înainte de intervenția stomatologică
B. Controlul efectului anticoagulant prin monitorizarea INR
C. Controlul efectului anticoagulant prin APPT
D. Se recomandă întreruperea administrarii medicației antitrombotice cu 3 zile înainte de intervenția stomatologică
E. Stabilirea valorii INR ≤1,5
R: B, D, E

83. În vederea realizării unei extracții dentare, în cazul pacienților sub tratament cu ACO care necesită terpia ”în punte” cu heparină:
A. Administrarea heparinei nefracționate se intrerupe cu 24 de ore înaintea intervenției chirurgicale
B. Administrarea heparinei nefracționate se întrerupe cu 12 ore înaintea intervenției chirurgicale
C. După realizarea extracției dentare se reinițiază administrarea ACO în noaptea aceleiași zile
D. După realizarea extracției dentare se reia administrarea de heparină la 6 ore dacă s-a obținut o hemostază suficientă
E. După realizarea extracției dentare se reia administrarea de heparină la 12 ore dacă persistă tendința de sângerare
R: B, C, D, E

84. În vederea realizării unei extracții dentare, în cazul pacienților sub tratament cu NACO, se recomandă:
A. Întreruperea administrarii antitromboticului cu 1-3 zile înainte de intervenția chirurgicală
B. Întreruperea administrarii antitromboticului cu 12 ore înainte de intervenția chururgicală
C. Întodeauna este necesară substituția cu heparină
D. Nu este necesară sustituția cu heparină
E. Reluarea administrării NACO se face la minim 24 de ore postextracțional
R: A, D, E

85. * În cazul hemoragiilor postextractionale tardive la pacienții sub tratament cu NACO, unde nu se indentifică o cauză locală:
A. Administrare de vitamina K intramuscular
B. Administrare de plasmă proaspată congelată
C. Nu există posibilitați de antagonizare eficientă
D. Administrare de heparina nefracționată în regim de perfuzie
E. Administrare de heparina fracționată în doze
R: C

86. Principalele indicații terapeutice ale antiagregantelor sunt reprezentate de:
A. Sindromul coronarian acut
B. Hemodializa
C. profixaxia IMA
D. Hipertensiune arterială
E. Hipotensiune arterială

R: A, B, C

87. În cazul pacientilor sub tratament cu terapie antiagregantă sunt adevarate urmatoarele afirmații:
A. Întreruperea tratamentului antiagregant se face numai la indicația medicului specialist care a prescris medicația
B. Întreruperea tratamentul antiagregant (Aspenter, Aspirin Cardio) se face la indicația medicului stomatolog în functie de riscul de hemoragie postextracțională
C. În cazul unui risc redus de hemoragie postextracțională tratamentul antiagregant nu trebuie întrerupt
D. În cazul unui risc redus de hemoragie postextracțională tratamentul antiagregant trebuie întrerupt
E. Perioada de întrerupere a antiagregantelor este de 3 zile perioperator, indiferent de tipul de substanță de bază
R: A, C

88. În cazul pacienților diabetici, gradele de risc privind extracția dentară sunt clasificate astfel:
A. Risc scăzut
B. Risc neglijabil
C. Risc moderat
D. Risc crescut
E. Risc variabil
R: A, C, D

89. La pacienții diabetici în vederea realizării extracției dentare:
A. Se poate efectua cand glicemia ≤180 ml/dl
B. Se poate efectua când glicemia ≥180 ml/dl
C. Se recomandă efectuarea extracției la jumatatea intervalului între două mese
D. Se recomnadă sutura plagii postextractionale
E. Se recomandă antibioterapie de protecție
R: A, C, D, E

90. Tulburarile hepatice determină modificari importante în:
A. Pragul de eliminare renală
B. Hemostază
C. În apărare prin tulburarea sintezei proteice
D. Valorile tensiunii arteriale
E. Structura osoasă care favorizează apariția osteonecrozei
R: B, C

91.* În vederea realizării extracției dentare la pacienții infectați cu HIV/SIDA:
A. Bolnavul va fi protejat impotriva infecțiilor postextracționale
B. Exista posibilitatea apariției osteonecrozei postextractionale
C. Bolnavul va fi protejat contra hemoragiei
D. Se impune o atenție deosebită în manipularea materialelor sanitare și a instrumentarului folosit

E. Toate raspunsurile de mai sus sunt corecte
R: E

92. În vederea realizării extracției dentare la pacienții care vor urma un tratament radioterapeutic la nivelul extremității cefalice sunt adevărate următoarele recomandări:
A. Se indică extracția dinților înainte cu 18-21 de zile de începerea radioterapiei
B. Se indică extracția dinților după 18-21 de zile de la începerea radioterapiei
C. Se realizează extracția cu lambou, care trebuie sa acopere în întregime osul alveolar
D. Se realizeaza extracția fara lambou
E. Extracția este contraindicată
R: A, C

93. Urmatoarele afirmații despre tratamentul cronic cu antiresorbive osoase și antiangiogenice sunt adevarate:
A. Aceste substanțe pot induce modificari structurale osoase
B. Favorizeaza apariția osteonecrozei maxilarelor
C. Favorizeaza apariția osteoradionecrozei
D. În cazul administrarii bifosfonaților pe cale parenterală, complicația osoasă survine la 3-6 luni de la inițierea tratamentului
E. In cazul administrarii bifosfonaților pe cale orală, complicația osoasă survine la 36 de luni de la inițierea tratamentului
R: A, B, D, E

94. Lidocaina:
A. Este o substanță anestezică locală de tip amidic
B. Este o substanță anestezică locală de tip ester
C. Are efect teratogen, se încadrează în clasa B de risc fetal
D. Este contraindicată la pacienții cu hipersensibilitate la anestezicele locale de tip amidic
E. Se comercializează sub formă de soluții apoase, izotone, sterile, apirogene care conțin agent anestezic, cu sau fără adrenalină
R: A, C, D, E

95. Următoarele afirmații cu privire la modul de administrare al articainei sunt adevărate:
A. La pacienții adulți, normoponderali, fără afecțiuni generale, doza maximă de articaină 4% este de 7mg/kg corp, fără a depăși 500 mg
B. La pacienții adulți, normoponderali, fără afecțiuni generale, doza maxima de articaină 4% este de 3,5 mg/kg corp, fără a depasii 300 mg
C. Este contraindicată administrarea articainei la copiii sub 4 ani
D. Articaina este disponibilă numai sub forma asociată cu adrenalina 1:200.000 (forma simplă) sau 1:100.000 (forma forte)
E. Articaina este disponibilă sub forma fără adrenalină (forma simplă) sau cu adrenalină 1:100.000 (forma forte)
R: A, C, D

96. Următoarele tehnici de anestezie sunt tehnici de anestezie tronculară periferică la maxilarul superior:

A. Anestezia nervilor alveolari supero-posteriori
B. Anestezia nervului nazopalatin
C. Anestezia “la spina Spix”
D. Anestezia nervilor alveolari supero-anteriori
E. Anestezia la gaura mentonieră
R: A, B, D

97. * Prin tehnica de anestezie tronculară periferică cunoscută drept anestezia “la tuberozitate“ se anesteziază următorii nervi:
A. Nervii alveolari supero-mijlocii
B. Nervii alveolari supero-posteriori
C. Nervii alveolari supero-anteriori
D. Nervul palatin mare
E. Nervul bucal
R: B

98. Teritoriul anesteziat prin tehnica de anestezie “la tuberozitate” este următorul:
A. Canini, premolari și molari superiori împreună cu osul alveolar
B. Molarii superiori împreună cu osul alveolar
C. Parțial sau total zona premolarilor
D. Fibromucoasa vestibulară
E. Fibromucoasa palatinală
R: B, C, D

99. Teritoriul anesteziat prin tehnica de anestezie “la tuberozitate” este următorul:
A. Molarii superiori împreună cu osul alveolar
B. Peretele posterior al sinusului maxilar
C. Inconstant nu se anesteziază rădăcina mezio-vestibulară a molarului de șase ani
D. Peretele anterior al sinusului maxilar
E. Inconstant nu se anesteziază rădăcina caninului
R: A, B, C

100. Reperele pentru anestezia “la tuberozitate” pe cale orală sunt următoarele:
A. Creasta zigomato-alveolară
B. Rădăcina mezială a molarului de 12 ani
C. Rădăcina mezială a molarului de 6 ani
D. Mucoasa mobilă
E. Mușchiul maseter
R: A, B, D

101. * Puncția pe cale orală în anestezia “la tuberozitate” se face:
A. În mucoasa mobilă deasupra rădăcinii meziale a molarului de 6 ani
B. În mucoasa mobilă deasupra rădăcinii meziale a molarului de 12 ani, distal de creasta zigomato-alveolară
C. La limita dintre mucoasa fixă și cea mobilă în dreptul rădăcinii meziale a molarului de 6 ani
D. La limita dintre mucoasa fixă și cea mobilă în drepul rădăcinii meziale a molarului de 12 ani

E. În mucoasa mobilă deasupra rădăcinii distale a molarului de 6 ani
R: B

102. Următoarele afirmații referitoare la anestezia la gaura incisivă sunt adevărate:
A. Gingivomucoasa palatinală este inervată în zona anterioară de nervul nazopalatin a lui Scarpa
B. Gingivomucoasa palatinală este inervată în zona anterioară de nervul palatin mare
C. Teritoriul anesteziat cuprinde treimea anterioară a fibromucoasei palatine
D. Teritoriul anesteziat cuprinde incisivii inferiori
E. Teritoriul anesteziat cuprinde cele două treimi posterioare ale fibromucoasei palatine
R: A, C

103. Pentru anestezia la gaura palatină se folosesc următoarele repere:
A. Ultimul molar la 1 cm deasupra coletului
B. Pe linia mediană, palatinal, între incisivii centrali superiori
C. La 0,5 cm înaintea marginii posterioare a palatului dur, în unghiul diedru format de creasta alveolară cu lama orizontală a osului palatin
D. La 0,5 cm înapoia și deasupra incisivilor centrali superiori
E. La 1 cm înaintea cârligului aripii interne a apofizei pterigoide
R: A, C, E

104. Nervul infraorbital se exteriorizează la nivelul găurii infraorbitare dând următorele ramuri:
A. Nervii alveolari supero-anteriori
B. Ramuri palpebrale inferioare
C. Ramuri nazale
D. Ramuri labiale superioare
E. Ramuri labiale inferioare
R: A, B, C, D

105. În anestezia nervului infraorbital, aria de anestezie va cuprinde următoarele structuri anatomice:
A. Dinții frontali superiori (incisivul central, incisivul lateral, canin) pe partea anesteziată
B. Doar incisivii pe partea anesteziată
C. Aripa nasului
D. Procesul alveolar între linia mediană și primul premolar (atunci când nervul alveolar supero-mijlociu este inexistent)
E. Fibromucoasa palatină în treimea anterioară
R: A, C, D

106. Gaura infraorbitală este situată:
A. 6-8 mm sub rebordul orbital inferior
B. Pe linia verticală ce trece între cei doi premolari
C. Pe linia vertical ce trece între incisivii centrali
D. La unirea celor 2/3 externe cu 1/3 internă a marginii infraorbitale
E. Pe aceași verticală care unește gaura supraorbitală și gaura mentonieră
R: A, B, D, E

107. * Puncția anestezică pe cale orală pentru realizarea anesteziei nervului infraorbitar se practică:
A. În fosa canină, în mucoasa mobilă, deasupra și lateral de vârful rădăcinii caninului
B. În mucoasa mobilă, deasupra și lateral de vârful rădăcinii incisivului lateral
C. În mucoasa mobila deasupra și lateral de vârful rădăcinii primului premolar
D. La limita dintre mucoasa fixă și mobilă, între incisivul lateral și canin
E. Nici o varianta de mai sus nu este corectă
R: A

108. Reperele pentru a realiza anestezia la "spina lui Spix" pe cale orală sunt urmatorele:
A. Tuberozitatea mandibulară
B. Creasta temporală, medial și posterior de marginea anterioară a ramului mandibular
C. Planul de ocluzie a molarilor inferiori
D. Planul de ocluzie a molarilor superiori
E. Plica pterigomandibulară
R: B, C, E

109. Prin tehnica de anestezie "la spina lui Spix" se anesteziază următorii nervi:
A. Nervul lingual
B. Nervul bucal
C. Nervul alveolar inferior
D. Nervii alveolari posteriori
E. Nervul maseterin
R: A, C

110. În cazul anesteziei plexale aria anesteziată este următoarea:
A. Periostul și osul în zona în care s-a infiltrat substanța anestezică
B. Doar periostul în zona în care s-a infiltrat substanța anestezică
C. 1-2 dinți
D. Anestezia unui grup de dinți (3-4) dacă substanța anestezică se lasă într-un singur loc
E. Mucoasa vestibulară
R: A, C, E

111. Următoarele afirmații despre anestezia plexală sunt adevărate:
A. Presupune injectarea anesteziculuisupraperiostal
B. Este contraindicată la copii și tineri, având în vedere prezența unei corticale mai puțin dense
C. Este contraindicată în afectiuni de tip supurativ situate la nivelul locului de puncție
D. Este frecvent folosită pentru extracții dentare și rezecții apicale
E. Este anestezia cel mai frecvent utilizată la maxilar
R: A, C, D, E

112. Procedeul Veisbrem:
A. Asigură anestezia simultană a nervilor alveolar inferior, lingual și bucal
B. Asigură anestezia nervilor alveolari supero-posteriori
C. Asigură anestezia nervului lingual, milohioidian, nervul incisiv, nervul auriculotemporal și nervul bucal

D. Puncția anestezică se practică la 0,5 cm sub planul de ocluzie al molarilor superiori
E. În cazul pacienților edentați maxilari puncția anestezică se practică la 1,5 cm sub creasta alveolară superioară
R: A, D, E

113. În cazul anesteziei nervului lingual în planseul bucal, teritoriul în care se obține anestezia este următorul:
A. Versantul lingual al crestei alveolare de la ultimul molar la linia mediană
B. Versantul lingual împreună cu cel vestibular de la ultimul molar de linia mediană
C. Mucoasa hemiplanșeului bucal
D. Regiunea postsulcală a hemilimbii pe partea anesteziată
E. Versantul lingual al crestei alveolare la nivelul molarilor
R: A, C, D

114. * Accidentele locale ale anesteziei loco-regionale sunt reprezentate de
A. Înțeparea trunchiului nervos sau a tecii nervoase
B. Hematomul obrazului după anestezia la tuberozitate
C. Pareza facială tranzitorie
D. Ruperea acului
E. Toate variantele sunt corecte
R: E

115. În etiologia trismusului persistent postanestezic sunt incriminați următorii factori:
A. Puncția septică
B. Hemoragia
C. Ischemia prelungită
D. Cantități mari de anestezic local
E. Nicio variantă de mai sus nu este corectă
R: A, B, C, D

116. Indicațiile de extracție a dinților permanenți legate de patologia dento-parodontală sunt următoarele:
A. Dinți cu distrucții corono-radiculare întinse care nu mai pot fi restaurați cu ajutorul unor obturații sau prin mijloace protetice
B. Dinți cu parodontopatie marginală cronică profundă și mobilitate II/III
C. Dinți care au determinat sau/și întrețin procese supurative sinuzale
D. Dinți aflați în focarul de fractură al oaselor maxilare
E. Dinti cu gangrene complicate cu parodontita apicală cronică la care tratamentul chirurgical endodontic sau conservator nu are indicație sau a eșuat
R: A, B, C, E

117. Contraindicațiile absolute ale extracției dentare sunt următoarele:
A. Infecția HIV/SIDA
B. Leucemia acută
C. Terapia anticoagulantă orală
D. Infarctul miocardic recent (mai recent de 6 luni)

E. Numărul scazut de trombocite< 50.000/ m3
R: B, D

118. * Contraindicațiile relative locale ale extracției dentare sunt următoarele:
A. Procese supurative acute (abcese periosoase) acestea impun mai întâi drenajul colecției și temporizarea extracției până la remiterea fenomenelor acute
B. Tumori maligne în teritoriul oro-maxilo facial
C. Leziuni ale mucoasei orale
D. Sinuzita maxilară rinogenă
E. Toate răspunsurile de mai sus sunt corecte
R: E

119. În cazul pacienților aflați sub tratament cu anticoagulante orale care necesită realizarea unor extracții dentare, sunt adevărate următoarele afirmații:
A. Întreruperea tratamentului anticoagulant oral se face la indicația medicului stomatolog în funcție de riscul hemoragic anticipat intervenției chirurgicale
B. Întreruperea tratamentului anticoagulant oral se face numai la indicația medicului specialist care a prescris medicația antitrombotică
C. Sutura plăgii postextracționale este obligatorie
D. Monitorizarea INR este obligatorie
E. Efectul anticoagulant al acenocumaronului se menține 36-72 ore după întrerupere
R: B, C, D, E

120. Sindesmotomia:
A. Reprezintă secționarea ligamentului circular al dintelui
B. Reprezintă ruperea ligamentelor alveolo-dentare
C. Se realizează cu ajutorul sidesmotoamelor
D. Se poate realiza și cu ajutorul elevatoarelor
E. Reprezintă mobilizarea dintelui cu ajutorul elevatorului
R: A, C, D

121. Resturile radiculare pot fi extrase prin următoarele tehnici:
A. Extracția cu cleștele de rădăcini
B. Extracția cu ajutorul elevatoarelor
C. Extracția cu ajutorul sindesmotoamelor
D. Extracția prin alveolotomie
E. Extracția cu elevatorul Lecluse
R: A, B, D

122. Următoarele reguli trebuie respectate la folosirea elevatorului drept:
A. Elevatorul drept trebuie ținut în mâna dreaptă cu degetul arătător aplicat de-a lungul părții active
B. Întodeauna se aplică vestibular, niciodată nu se aplică lingual sau palatinal
C. Întâi se aplică vestibular după care se aplică lingual sau palatinal
D. Suprafața concavă a părții active trebuie să fie în contact cu dintele ce urmează a fi extras
E. În timpul luxației putem sa folosim ca sprijin dinții adiacenți

R: A, B, D

123. Extracția dentară cu separație interradiculară este o tehnică indicată atunci când:
A. Examenul radiologic relevă prezența dinților intr-o formatiune tumorală osoasă prezumtiv malignă
B. Dinții sunt monoradiculari
C. Dinții prezintă o distrucție coronară extinsă, la care rădăcinile sunt încă unite la nivelul podelei camerei pulpare
D. Examenul radiologic relevă prezența unor rădăcini divergente; în aceste cazuri se poate decide de la început separația interradiculară
E. Dinții sunt pluriradiculari
R: C, D, E

124. * La evaluarea gradului de dificultate a unei extracții dentare se ține cont de următoarele cu excepția:
A. Abordul dintelui
B. Starea coroanei
C. Starea gingiei
D. Mobilitatea dintelui
E. Imposibilitatea deschiderii gurii data de trismus
R: C

125. Tumorile maligne ale buzelor apar cel mai fecvent:
A. la persoanele de sex feminin.
B. la persoanele de sex masculin
C. intre 40-50 ani
D. intre 50-60 ani
E. intre 30-40 ani.
R: B, D

126. Formele de debut in cazul tumorilor maligne ale buzelor sunt:
A. nodulara
B. vegetanta
C. ulcerativa
D. eroziv-ulcerativa
E. ulcero-vegetanta
R: A, D

127. Diagnosticul diferential in cazul tumorilor maligne de buza se poate face cu:
A. botriomicomul
B. hemangimul
C. chistul mucoid
D. epulis fisuratum
E. limfangiomul
R: A, B, C, E

128*. Incidenta metastazelor limfonodulare loco-regionale in cazul recidivelor tumorii primare de buza este de:
A. 10-15%
B. 25%
C. 30%
D. 50%
E. 100%
R: C

129. Formele de debut ale tumorilor maligne de limba se localizează cel mai frecvent:
A. pe vârful limbii
B. pe faţa ventrală a limbii
C. nivelul marginii laterale ale limbii
D. în şanţul pelvilingual
E. faţa dorsală a limbii
R: B, C, D

130. Care din urmatoarele afirmatii nu sunt adevarate in cazul tumorilor maligne de limba si planseu:
A. afectarea metastatică a limfonodulilor loco-regionali este relativ tardivă
B. debutul tumorilor maligne ale limbii şi planşeului bucal se prezintă cel mai frecvent sub forma unor leziuni ulcerative
C. ganglionul retrodigastric este considerat a fi patognomonic în tumorile maligne de limbă şi pianşeu bucal
D. afectarea ganglionului supraomohioidian este mai rar intalnita în tumorile maligne de limbă şi pianşeu bucal
E. evoluţia tumorilor maligne ale limbii şi planşeului bucal este de regulă lenta.
R: A, D, E

131. In perioada de debut formele ulcerative ale tumorilor maligne de limba prezinta urmatoarele caracteristici:
A. sunt dureroase
B. pot prezenta un fond leucoplazic
C. sunt nedureroase
D. perilezional se găsesc granulaţii gălbui (Trelat)
E. sunt precedate de erupţii veziculoase.
R: B, C

132. In cazul tumorilor maligne de limba cu localizare postsulcala:
A. debutul este fulminant
B. durerea este precoce
C. metastazarea este precoce
D. apare jena in deglutitie
. evolutia este rapida.
R: C, D, E

133*. In cazul formatiunilor tumorale maligne gingivale mobilitatea dentara:
A. este determinata de instabilitatea protezelor mobile
B. este determinata de cause dento-parodontale
C. este intalnita doar in perioada de debut
D. este intalnita doar in perioada de stare
E. este intalnita atat in perioada de debut cat si in cea de stare
R: E
.
134. In cazul tumorilor maligne gingivale forma papilomatoasa poate fi confundata cu:
A. gingivita hiperplazică
B. chistul mucoid
C. chistul dermoid
D. epulisul
E. granulomul piogen
R: A, D, E

135. Tumorile maligne primare ale mucoasei gingivale:
A. sunt destul de recvente
B. sunt determinate de extensia secundară la acest nivel a unui proces tumoral de vecinătate
C. sunt relativ rare
D. se pretează adesea la confuzii cu leziuni fibro-epiteliale pediculate
E. apar în legătură cu o papila interdentară.
R: C, E

136*. Metastazele limfonodulare loco-regionale in tumorile maligne oro-maxilo-faciale sunt rezultatul:
A. invaziei din aproape in aproape
B. invaziei pe cale limfatica
C. invaziei pe cale sangvina
D. raspunsul corect este a,b si c
E. raspunsul corect este b si c
R: E

137. Tratamentul este multimodal (complex) al tumorile maligne oro-maxilo-faciale presupune:
A. extirparea tumorii primare cu margini libere negative
B. alegerea metodei de plastie reconstructivă înainte de extirparea tumorii, deoarece influenţează tiparul extirpării.
C. alegerea metodei de plastie reconstructivă dupa extirparea tumorii, deoarece nu se fac compromisuri excizionale în favoarea plastiei reconstructive
D. de preferinta plastia reconstructivă imediată pentru a putea iniţia cât mai repede posibil radioterapia post-operatorie
E. de preferinta plastia reconstructivă dupa radioterapia post-operatorie datorita riscului de recidiva locala.
R: A, B, D

138*. In cancerul oral incipient rata metastazelor oculte este estimată între:

A. 10-20%
B. 20-40%
C. 40-50%
D. 50-60%
E. 60-80%
R: B

139. In perioada de debut a tumorilor maligne primare de tip sarcomatos de la nivelul mandibulei intalnim:
A. mobilitate dentară
B. prezenta unei mase tumorale cu aspect vegetant
C. dureri nevralgiforme
D. sangerare spontana la nivelul masei tumorale
E. jena în masticaţie
R: A, C

140. Osteosarcomul:
A. apare foarte rar
B. este intalnit mai frecvent la bărbaţi
C. apare in jurul varstei de 20-25 de ani
D. se localizeaza cel mai frecvent la maxilar
E. are un caracter agresiv
R: B, E

141. Din punct de vedere clinic osteosarcomul prezinta:
A. apariţia unei deformări cu caracter ulcero-vegetant
B. hemoragii spontane la nivelul zonei deformate
C. hipoestezii pe traiectul n. alveolar inferior
D. parestezii pe traiectul n. alveolar inferior
E. mobilitate dentara
R: C, D, E

142. Semnele de prognostic rezervat in sarcomul Ewing sunt:
A. febra
B.cresterea nivelul seric al fosfatazei alcaline
C. VSH crescut
D. leucocitoza
E. anemie
R: A, C, D, E

143. Sarcomul Ewing:
A. este o tumoră rară care afectează predominant oasele membrelor superioare sau pelvisul
B. la nivelul oaselor maxilare este localizat cu predilecţie la nivelul corpului mandibulei.
C. reprezintă aproximativ 15-20% din totalul tumorilor primare osoase
D. incidenţa fiind dublă Ia bărbaţi faţă de femei.
E. grupa de vârstă cel mai frecvent afectată este cuprinsă între 5 şi 30 ani.

R: B, D, E

144*. Imaginea radiologica in sarcomul Ewing are aspectul de:
A. „raze de soare"
B. „fagure de miere”
C. „foi de ceapa”
D. „pernă cu ace"
E. „bule de sapun”
R: C

145. In carcinoamele odontogene putem intalnim urmatoarele aspecte radiologice:
A. radiotransparenţa relativ bine delimitată
B. radioopacitate neomogenă cu caracter neregulat
C. radiotransparenţa difuză, cu margini zimţate, neregulate
D. radiotransparenţă multiloculară, cu margini neregulate
E. radioopacitate omogena cu lizereu radiotransparent.
R: A, C

146. Din punc de vedere histopatologic intanim urmatoarele forme de osteosarcom:
A. osteoblastic
B. fibroblastic
C. condroblastic
D.ameloblastic
E. anaplastic
R: A, B, C, E

147. Carcinomului de infrastructură se caracterizeaza prin:
A. dureri sunt prezente mai ales în perioada de debut
B. ulceraţie situată frecvent pe versantul palatinal
C. aparitia mobilitatii dentare fără cauză odonto-parodontală.
D. prezenta de defecte osoase crateriforme
E. perforerea podelei sinusului maxilar in stadii avansate.
R: C, D, E

148*. Tumorile maligne de mezostructură se refera la tumorile cu localizare:
A. etmoido-maxilara
B. etmoido-maxilo-orbitala
C. etmoido- orbitala
D. endosinuzala
E. palato-alveolara
R: D

149. Aspectul radiologic de radiotransparenţa difuză, cu margini zimţate, neregulate se poate intalni in:
A. carcinoamele odontogene
B. carcinomul de infrastructură

C. ameloblastomul intraosos solid
D. Keratochistul odontogen primordial
E. Chistul dentiger
R: A, B

150. Semnele oculare intalnite in cancerul de suprastructura sunt:
A. diplopie
B. enoftalmie
C. exoftalmie
D. astigmatism
E. amauroza
R: A, C. E

151. Care din urmatoarele elemente reprezinta factori independenti de prognostic al diseminarii metastatice pentru tumorile orale:
A. localizarea tumorii primare
B. dimensiunea tumorii primare
C. profunzimea invaziei tumorale
D. forma histopatologică a tumorii primare
E. gradul de diferenţiere histologică
R: A, D, E

152. In evaluarea riscului de diseminare metastatica limfonodulara prounzimea invaziei tumorale:
A. este considerat un factor independent
B. se coreleaza cu dimensiunea tumorii
C. se coreleaza cu gradul de diferentiere histologica
D. ce coreleaza cu invazia perinervoasa
E. se coreleaza cu localizarea tumorii
R: B, C
.
153*. Pentru a fi decelabil clinic la palpare un ganglion limfatic trebuie sa aiba o dimensiune de cel putin:
A. 0.5 cm
B. 0.75 cm
C. 1 cm
D. 1.5 cm
E. 2 cm
R: C

154. In N_0 algoritmul terapeutic al tumorilor maligne prevede:
A. evidare cervicala terapeutica
B. evidare cervicala profilactica
C. radioterapie cervicala terapeutica
D. radioterapie cervicala profilactica
E. monitorizare activa

R: B, D, E

155. Diagnosticul diferenţial al metastazelor ganglionare cervicale consecutive tumorilor maligne oro-maxilo-faciale se face cu urmatoarele afecţiuni congenitale:
A. teratomul
B. chistul branhial
C. chistul sebaceu
D. chistul canalului tireoglos
E. chistul dermoid
R: A, B, D, E

156. In perioada de stare tumorile maligne de limba pot imbraca urmatoarele forme:
A. forma ulcerativa
B. forma ulcero-vegetanta
C. forma ulcero-distructiva
D. forma vegetanta
E. forma infiltrativă
R: B, C, E

157*. Tratamentul ameloblastomul periferic presupune:
A. extirparea tumorii
B. chiuretajul tumorii
C. rezecţia marginală
D. rezecţia segmentară
E. hemirezecţia de mandibulă cu sau fără dezarticulare
R: A

158. Diagnosticul diferential al papilomului sino-nazal se face cu:
A. sialochistul sino-nazal
B. sinuzita acuta rinogena
C. chistul radicular
D. forme de debut ale tumorilor maligne de mezostructură.
E. forme de debut ale tumorilor maligne de infrastructura.
R: A, D

159. Secventa Pierre Robin cuprinde:
A. palatoschizis
B. cheiloschizis
C. micrognatie
D. macrognatie
E. glosoptoza
R: A, C, E

160. Manevra Nelaton de reducere a luxatiei temporomandibulare anterioare presupune:
A. aplicarea unei forţe descendente pe ramul mandibular
B. presiune lentă pe menton de jos în sus

C. palparea regiunii amigdaliene şi iniţierea unui reflex neuromusculaR
D. ridicarea şi rotaţia mentonului
E. muscarea corpului unei seringi si rularea seringii înainte şi înapoi
R: A, D

161. In luxatia temporomandibulara intalnim urmatoarele semne clinice:
A. incontinenţa salivară
B.trismus
C. fonaţie dificilă
D. imposibilitatea închiderii gurii
E. malocluzie
R: A, C, D, E

162. Factorii favorizanţi în producerea luxaţiei temporo-mandibulare sunt:
A. elongarea ligamentelor şi capsulei articulare
B. căderi pe menton cu gura deschisă
C. miospasmul muşchiului pterigoidian lateral
D. micşorarea capului condilian
E. deschiderea largă a gurii
R: A, C, D

163*. In luxaţia temporo- mandibulară tip II capul condilian se află:
A. sub polul inferior al eminenţei articulare
B. în faţa polului inferior al eminenţei articulare
C. lateral de polul inferior al eminenţei articulare
D medial de polul inferior al eminenţei articulare
E. antero-superior de polul inferior al eminenţei articulare
R: B

164. Luxaţia anterioară se clasificată în funcţie de localizare in :
A. unilaterala
B. bilaterala
C. contralaterala
D. totala
E. partiala
R: A, B

165. Metodele chirurgicale practicate în luxaţia cronică recidivantă sunt:
A. miotomia
B. eminectomia
C.condilectomia
D. meniscoplastia
E. meniscectomia
R: A, B, D, E

166. Care din urmatoarele substante sunt utilizate in tratamentul conservativ al luxatiei temporomandibulare cronice recidivante:
A. moruat de sodiu
B. bicarbonat de sodiu
C. sodium psiliat
D. benzoat de sodiu
E. hidroxid de sodiu.
R: A, C

167. Luxaţia acută anterioară bilaterală se caracterizează clinic prin:
A. inocluzie frontală şi lipsa contactului dentar posterior
B. procesul condilian poate fi palpat extraoral în regiunea genianã
C. linia interincisivă este pe linia mediană
D. linia interincisivă şi mentonul sunt laterodeviate
E. gura deschisă de amplitudine medie/redusă
R: A, C

168*. Deplasarea forţată a condilului din cavitatea glenoidă şi plasarea sa anterior de eminenţa articulară este rezulatul:
A. contractiei muşchiulor maseter şi temporal înainte de relaxarea muşchiului pterigoidian lateral
B. contractiei muşchiulor maseter şi temporal dupa contractia muşchiului pterigoidian lateral
D. contractiei muşchiulor maseter şi temporal înainte de relaxarea muşchiului pterigoidian medial
D. contractiei muşchiulor maseter şi temporal dupa contractia muşchiului pterigoidian medial
E. contractiei concomitente a muşchilor maseter, temporal şi pterigoidian lateral.
R: A

169. Timpul mediu de instalare a unei anchiloze temporo-mandibulare este de :
A. 6 luni in traumatismele directe
B. 6 luni in traumatismele indirecte
C. 18 luni in traumatismele directe
D. 18 luni in traumatismele indirecte
E. 18 luni in inflamatii
R: A, D, E

170. In anchilozele temporomandibulare putem intalni urmatoarele modificari radiografice:
A. anchiloză non-osoasă, cu linie de demarcaţie radiotransparentă
B. anchiloza osoasă laterala articulară, dar cu spaţiu liber medial
C. fuziune osoasă completă a suprafeţei articulare, dar cu zone radiotransparente
D. fuziune osoasă completă a suprafeţei articulare, fara zone radiotransparente
E. fuziune osoasă extinsă, fără linii de demarcaţie lateral sau medial
R: A, B, C, E

171. Infectiile locale implicate in patogeneza anchilozei temporomandibulare sunt:
A. parotiditele
B. sclerodermia

C. osteitele
D. osteomielitele mandibulare
E. supuraţiile otomastoidiene
R: A, C, D, E

172. Artroplastia se poate face cu:
A. grefa libera de piele
B. lambon miofascial temporal
C. grefă libera osteoperiostica
D. grefă libera osoasa
E. grefă libera costocondrală
R: A, B, E

173. In anchiloza instalata în copilărie apar urmatoarele modificari somatice:
A. elorigarea procesului coronoid
B. atrofia muşchilor coboratori şi hipertonía muşchilor suprahioidieni
C. mentonul deviat de partea neafectată
D. micşorarea etajului inferior şi aspect de „profil de pasăre''
E. unghi mandibular obtuz
R: A, D, E

174. Cele mai frecvente localizari ale litiazei salivare sunt:
A. glanda sublinguala
B. glanda submandibulara
C. glanda parotida
D. canalul Wharton
E. canalul Stenon
R: B, D

175*. Prin „ tumora salivara fantoma” se intelege:
A. tumefierea persistenta a glandei salivare prin acumularea de saliva
B. tumefierea persistenta a glandei salivare prin acumularea de secreţie muco-purulentă
C. tumefierea tranzitorie a glandei salivare prin acumularea de saliva
D. tumefierea tranzitorie a glandei salivare prin acumularea de secreţie muco-purulentă
E. tumefierea tranzitorie a glandei salivare prin acumularea de puroi
R: C

176. Calculul salivar se formeaza prin precipitarea urmatoarelor substante chimice:
A. fosfat de calciu
B. gluconat de calciu
C. carbonat de calciu
D. sulfat de calciu
E. clorura de calciu.
R: A, C

177. Abesul salivar format ca urmare a litiazei canalului Wharton se manifesta clinic prin:

A. durerii intense, lancinante
B. sialoree reflexă
C. tumefacţiei în „creastă de cocoş"
D. trismus
E. jenă dureroasă în mişcările limbii
R: A, B, C, E

178. „Tumora salvara" prezinta urmatoarele aspecte clinice:
A. glanda mărită de volum
B. trismus persistent
C. durerii intense, lancinante
D. ostium întredeschis
E. uneori se elimina o secreţie muco-purulenta la presiunea pe glanda.
R: A, D, E

179. Adenomul pleomorf:
A. cea mai frecventă tumoră benignă a glandelor salivare
B. apare cel mai frecvent la barbati
C. este intalnit relativ rar în perioada de creştere
D. apare cel mai frecvent intre 40-50 ani
E. se localizează cel mai adesea la nivelul glandei submandibulare
R: A, C, D

180. Adenomul pleomorf parotidian se caracterizeaza prin:
A. nodul de consistenţă ferm-elastică
B. aderenta la tegumentul acoperitor
C. durere persistenta
D. absenta tulburărilor motorii pe traiectul n. facial
E. tegumente acoperitoare nemodificate
R: A, D, E

181. Evolutia adenomul pleomorf parotidian este asociata cu:
A. adenopatii cervicale
B. secreţie salivară nemodificată calitativ sau cantitativ
C. stare generală neinfluentata
D. absenta tulburărilor funcţionale legate de n. facial
E. durere.
R: B, C

182. Riscul de malignizare in cazul adenomului pleomor este proportional cu:
A. durata de evoluţie
B. dimensiunile tumorii
C. numarul de arii mixoide din componenta tumorii
D.numarul de extensii digitiforme microscopice
E. marimea suprafetei incomplete a capsulei tumorale.
R: A, B

183. Semnele clinice de malignizare a unei tumori mixte parotidiene sunt următoarele:
A. accelerarea bruscă a creşterii tumorii
B. apariţia la suprafaţa tegumentelor a unui desen vascular accentuat
C. diminuarea pana la disparitie a durerii
D. apariţia adenopatiei regionale
E. fixarea la ţesuturile adiacente.
R: A, B, D, E

184. Tumora Warthin:
A. apare la adulţi, mai ales în intervalul de vârstă de 20-30 de ani.
B. afectează mult mai frecvent sexul masculin
C. este asociata cu fumatul
D. afectează aproape exclusiv parotidele
E. nu afecteaza niciodata bilateral parotidele
R: B, C, D

185. Tumora Warthin prezinta urmatoarele aspecte clinice:
A. este nedureroasa
B. este dureroasa
C. are consistenta renitenta
D. are consistenta dura
E. are caracter multifocal.
R: A, C, E

186. Tratamentul tumorilor benigne parotidiene implica:
A. parotidectomie totala indiferent de localizarea profunda sau superficiala a tumorii
B.parotidectomie totala doar in tumorile care interesează atât lobul superficial cât şi pe cel profund
C. extirparea în întregime doar a lobului parotidian (superficial sau profund] care conţine tumora (parotidectomie partiala)
D. extirparea doar a formatiunii tumorale cu menţinerea ţesutului glandular restant al lobului parotidian interesat tumoral.
E. extirparea doar a formatiunii tumorale se face numai in cazul tumorilor care nu derivă din ţesutul glandular.
R: B, C, E

187*. Atitudinea fata de nervul facial in parotidectomiile efectuate in cazul tumorilor benigne de parotida este urmatoarea:
A. nervul facial, in principiu, trebuie conservat in toate cazurile
B. nervul facial se conserva doar in cazul tumorilor localizate in lobul superficial
C. nervul facial se conserva doar in cazul tumorilor localizate in lobul profund
D. nevul facial nu se conserva datorita riscului crescut de infiltrare tumorala.
E. nevul facial nu se conserva deoarece favorizeaza recidiva.
R: A

188. Despicăturile posterioare complete intereseaza:
A. lueta
B. vălul
C. 1/3 posterioare a boltii paltine
D. 2/3 posterioare a boltii paltine
E. în totalitate bolta palatină
R: A, B, E

189*. In despicăturile totale sunt interesate:
A. buza, creasta alveolara, palatul dur, vălul palatin şi lueta
B. buza, planşeul nazal, creasta alveolara, palatul dur, vălul palatin şi lueta
C. buza, pragul narinar, creasta alveolara, palatul dur, vălul palatin şi lueta
D. buza, pragul narinar, planşeul nazal, palatul dur, vălul palatin şi lueta
E. buza, pragul narinar, planşeul nazal, creasta alveolara, palatul dur, vălul palatin şi lueta
R: E

190. Tratamentul despicăturilor labio-maxilo-palatine in primele 2 săptămâni consta in:
A. consultaţia primară
B. consiliere şi monitorizare respiraţie şi alimentatie
C. operaţia de plastie a buzei, nasului şi vestibulului oral
D. examinarea funcţiei auditive
E. aplicarea unei plăcuţe conformator palatinală sau/si nazală
R: A, B, E

191. Frenul labial hiperplazic se intalneste:
A. cel mai frecvent la maxilar
B. cel mai frecvent la mandibula
C. mai rar la maxilar
D. mai rar la mandibulă
E. in proportii egale la maxilar si mandibula
R: A, D

192. Intervenţiile chirurgicale asupra frenului lingual constau în:
A. frenotomie
B. frenectomie
C. frenoplastia în "Z"
D. frenoplastia cu vestibuloplastie
E. frenoplastia în "V"
R: A, B

193. Frenurile hiperplazice se pot asocia cu:
A. diastema la maxilar
B. diastema la mandibula
C. trema la maxilar
D. trema la mandibula
E. nu se asociaza cu diastema sau trema.

R: A, B

194. Examinarea histopatologică a tesutului excizat in cazul hiperplaziei inflamatorii:
A. nu este necesara
B. este necesara datorita riscului de malignizare al hiperplaziei inflamatorii
C. este necesara datorita riscului de recidiva a hiperplaziei inflamatorii
D. este necesara datorita confuziei diagnostice cu epulis fissuratum
E. este necesara datorita confuziei diagnostice cu un carcinom de mucoasă alveolară
R: B, E

195*. Incizia practicata in frenotomie este:
A. transversala
B. eliptica
C. romboidala
D. in „ V”
E. in „Z”
R: A

196. Hiperplazia frenului lingual poate fi însoţită de:
A. tulburari de masticatie
B. tulburari de deglutitie
C. tulburari de fonatie
D. anchiloglosie
E. macroglosie
R: C, D

197. Hiperplazia inflamatorie este determinata de:
A. tartru
B. leziuni carioase netratate
C. proteze fixe incorect adapate gingival
D. protezele parţiale necorespunzător adaptate
E. protezele totale necorespunzător adaptate
R: D, E

198. Tratamentul chirurgical al hiperpiaziei inflamatorii consta in:
A. nu este necesar
B. retuşuri ale protezei şi evitarea purtării protezei pentru 14-21 de zile
C. excizia si sutura plagii postoperatorii
D. excizia fara sutura plagii postoperatorii si vindecare epiteliala secundara
E. excizia asociata cu grefa de mucoasa sau piele
R: C, D, E

199. Fibromatoza tuberozitară prezinta urmatoarele aspecte clinice:
A. hiperdimensionarea verticală şi/sau orizontală a tuberozităţilor maxilare
B. mucoasa acoperitoare neteda
C. tulburari de deglutitie

D. tulburari de masticatie
E. tulburari de fonatie
R: A, B

200. Fibromatoza tuberozitară:
A. este determinata de iritatii cronice masticatorii
B. este determinata de protezele parţiale sau totale necorespunzător adaptate
C. poate avea si caracter congenital
D. este determinata de bruxism
E. este determinata de tartru.
R: A, C

201. Din punct de vedera clinic creasta balanta prezintă urmatoarele caracteristici:
A. mucoasa in exces, cu aspect inflamator
B. mucoasă în exces, fără aspect inflamator
C. mucoasa in exces ce poate fi mobilizata usor
D. mucoasa in exces este dureroasă la palpare
E. mucoasa in exces este nedureroasă la palpare
R: B, C, E

202. Protezele parţiale sau totale incorect adaptate pot determina:
A. hiperplazie inflamatorie
B. fibromatoza tuberozitară
C. creasta balanţă
D. hiperplazie inflamatorie papilară palatinală
E. hiperplazie frenulara
R: A, C, D

203. Hiperplazia inflamatorie papilară palatinală poate fi determinata de:
A. iritaţiei mecanice cronice al unei proteze partiale sau totale incorect adaptate
B. iritatii cronice masticatorii
C. infecţiile micotice orale
D. leziuni carioase netratate
E. igiena orală deficitară
R: A, C, E

204. La pacientii edentati bridele vestibulare cu insertie perpendiculara pe creasta pot duce la:
A. imposibiliatea protezarii
B. dificultati de protezare
C. apariţia unor pungi parodontale
D. tulburari de fonatie
E. tulburari de masticatie
R: A, B

205. Infecţiile periosoase cuprind următoarele entităţi clinice:
A. abcesul vestibular

B. abcesul genian
C. abcesul palatinal
D. abcesul perimandibular
E. abcesul submandibular
R: A, C, D

206. In faza submucoasă a abcesului vestibular clinic se constata:
A. dureri intense, continue
B. dureri mai reduse ca intensitate
C. tumefacţie localizată în dreptul dintelui cauzal
D. fluctuentă la palpare
E. febra marcata, agitatie.
R: B, C, D

207. Diagnosticul diferenţial al abcesului vestibular se face cu:
A. chisturi osoase suprainfectate
B. herpangina
C. adamantinom
D. furunculele fetei
E. boala Addison
R: A, C, D

208. Tulburarile functionale ce pot fi intalnite in abcesul vestibular sunt:
A. trismus
B. tulburari respiratorii
C. tulburari de deglutitie
D. tulburari de masticatie
E. tulburari de fonatie
R: A, D

209. Tratamentul de electie al abcesului vestibular implica:
A. incizia
B. drenajul colectiei purulente
C. indepartarea factorului cauzal
D. antibioterapie
E. medicatie antalgica si antiinflamatorie.
R: A, B, C

210. Abcesul palatinal apare in urma exteriorizării procesului inflamator exudativ periapical format la nivelul rădăcini urmatorilor dinţi:
A. incisiv lateral superior
B. canin superior
C. premolarul 1 superior
D. premolarul 2 superior
E. molarii superiori
R: A, C, E

211*. Clinic abcesele palatinale cu localizare anterioara pot prezenta:
A. sialoree
B. disfonie
C. dispnee
D. odinofagie
E. trismus
R: B

212. Deschiderea colectiei purulente in abcesele palatinale se face, dupa caz, prin:
A. inciziei pe bombarea maximă a tumefacţiei
B. incizie aproape de maraginea gingivala
C. incizie paramediana
D. excizie in „ felie de portocala”
E. simpla decolare a fibromucoasei cu ajutorul unei pense
R: A, C, D, E

213. Urmatoarele afirmatii sunt adevarate in cazul terapiei abcesului palatinal:
A. in principial se contraindică administrarea de antibiotice
B. antibioterapia se impune doar in cazurile în care exista comorbidităţi asociate
C. antibioterapia este indicata in toate cazurile
D. drenajul endodontic se va practica înainte de incizia abcesului
E. drenajul endodontic se va practica dupa remisia abcesului
R:A, B, D

214. Leziunile dento-parodontale cronice implicate in patogeneza abcesului perimandibular extern au punct de plecare:
A. incisivul lateral inferior
B. caninul inferior
C. premolarul 1 inferior
D. premolarul 2 inferior
E. molarii inferiori
R: C, D, E

215. Examenul clinic in cazul abcesului perimandibular extern evidentiaza urmatoarele aspecte:
A. congestia mucoasei mucoasei în dreptul dintelui cauzal
B. tumefactie pe fata externa a mandibulei ce nu acopera marginea bazilara
C. tegumente acoperitoare hiperemiate
D. fluctuenta la palparea tumefactiei perimandibulare
E. palparea tumeractiei perimandibulare este nedureroasa
R: A, C, D

216. Diagnosticul diferenţial al abccesului perimandibular extern se face cu:
A. abcesul de lojă submandibulară
B. adenita acută supurată submandibulară
C. abcesul lingual

D. abcesul sublingual
E. goma din sifilisul terţiar.
R: A, B

217. Starea generala toxico-septica este caracterizata prin:
A. tahicardie cu febra (40^0C)
B. tahicardie cu subfebrilitate
C. tahipnee
D. bradipnee
E. hipertensiune
R: B, C

218. Examinarea cervico-faciala in cazul flegmonului de planşeu bucal evidentiaza, in stadiile avansate:
A. tegumente de aspect normal
B. tegumente hiperemice, lucioase
C. tegumente cu aspect marmorat
D. prezenta de flictene la nivel tegumentar
E. crepitatii gazoase
R: C, D, E

219. Flegmonul de planşeu bucal debuteaza cel mai frecvent la nivelul:
A. spatiului subligual
B. spatiului submentonier
C. spatiului submandibular
D. spatiului perimandibular
E. spatiului paramandibular
R: A, C

220. In faza de debut a flegmonului de planşeu bucal bolnavul este:
A. febril
B. afebril
C. subfebril
D. tahicardic
E. bradicardic
R: A, D

221. La examenul paraclinic al pacientului cu flegmon de planşeu bucal se deceleaza:
A. VSH crescut
B. hemoglobina crescuta
C. hemoglobina scazuta
D. hiperglicemie
E. hipoglicemie
R: A, C, D

222. Examinarea cavitatii orale a pacientului cu flegmon de planşeu bucal evidentiaza:

A. aspectul de „creasta de cocos” la nivelul planseului bucal
B.culoarea rosie-violacee a mucoasei planseului bucal
C. zone de fluctuenta la palparea planseului bucal
D. durere accentuata la palparea planseului bucal
E. depozite fibrinoleucocitare la nivelul mucoasei planseului bucal
R: A, B, D, E

223. Aspectul de „creasta de cocos” este intalnit in:
A. abcesul sublingual
B. abcesul submandibular
C. flegmonul de planseu bucal
D. abcesul submentonier
E. abcesul perimandibular intern
R: A, C

224. Tratamentul chirurgical al flegmonului de planşeu bucal implica:
A. drenajul larg al tuturor lojilor afectate si deschiderea zonelor anatomice învecinate în care procesul supurativ poate fuza
B. drenajul larg doar al lojilor afectate si evitarea patrunderii in zonele vecine pentru a nu favoriza propagarea procesul supurativ
C. excizia in totalitate a zonelor necrotice decelate
D. excizia in totalitate a tesutului de granulatie determinat de procesul supurativ
E. evitarea interventiei asupra zonelor necrotice sau tesutului de granulatie pana dupa remisia procesului supurativ deorece suprafata sangeranda rezultata poate favoriza propagarea supuratiei in tot corpul
R: A, C

225*. Flegmonul difuz hemifacial debuteaza cel mai frecvent sub forma unui:
A. abces genian
B. abces maseterin
C. abces parotidian
D. abces al lojei infratemporale
E. abces palpebral inferior
R: A

226. In tratamentul flegmonului difuz hemifacial se recomanda urmatoarele tipui de incizii:
A. incizie temporala
B. incizie submandibulara
C. incizie periorbitala
D. incizie perituberozitara
E. incizie suprazigomatica
R: A, B, C, E

227*. In cazul flegmonului difuz hemifacial indepartarea factorului cauzal dentar se face de preferinta:
A. în cursul intervenţiei chirurgicale primare

B. la 24 de ore dupa intervenţia chirurgicala primara
C. la 48 de ore dupa intervenţia chirurgicala primara
D. la 72 de ore dupa intervenţia chirurgicala primara
E. dupa remisia totala a semnelor clinice
R: A

228. Examenul oral al pacientului cu flegmon difuz hemifacial evidentiaza:
A. halena fetida
B. saliva nemodificata din punt de vedere cantitativ si calitativ
C. amprenta dintilor la nivelul mucoasei jugale
D. amprenta dintilor la nivelul limbii
E. mucoasa jugala edematiata
R: A, C, E

229. Care din urmatoarele spatii sunt afectate in flegmonul difuz hemifacal:
A. spatiul genian
B. spatiul temporal
C. spatiul frontal
D. spatiul submandibular
E. spatiul palpebral
R: A, B, D, E

230. La pacienti cu flegmon difuz hemifacal se pot observa urmatoarele modificari la nivel orbitar:
A. edem palpebral
B. ptoza palpebrala
C. inchiderea fantei palpebrale
D. diplopie
E. fotofobie
R: A, C

231*. Principalul germen patogen implicat in etiopatogenia fasciitei necrozante cervicale este:
A. streptococcus α hemolytic detip A
B. streptococcus α hemolytic detip B
C. streptococcus β hemolytic de tip A
D. streptococcus β hemolytic detip B
E. streptococcus β hemolytic detip C
R: C

232. Factorii declansatori ai fasciitei necrozante cervicale sunt:
A. plagile chirurgicale
B. traumatismele
C. diabetul zaharat
D. etilismul cronic
E. fumatul
R: A, B

233. Tratamentul chirurgical al fasciitei necrozante cervicale presupune:
A. drenajul lojelor cervicale
B. necrectomie
C. antibioterapie parenterala
D. îndepărtarea unui eventual factor cauzal dentar
E. medicatie antalgica si antiinflamatorie
R: A, B, D

234. Tabloul clinic al fasciitei necrozante cervicale este insotit de:
A. tumefacţie cutanata
B. hiperemie cutanata
C. microcolectii purulente subcutane
D. trismus
E. durere
R: A, B, E

235. Osteomielita afecteaza:
A. mucoasa
B. fibromucoasa
C. periostul
D. corticala osoasa
E. medulara osoasa
R: C, D, E

236. Modificarile radiologice caracteristice osteomielitei supurată acută se observa:
A. la debut
B. la 3-4 saptamani de la debut
C. după ce osteoliza ajunge la 10-20 %
D. după ce osteoliza ajunge ia 50-60 %
E. după ce osteoliza ajunge ia 70-80 %.
R: B, D

237. Fistulizarea in cazul osteomielitei supurată acută are urmatoarele caracteristici:
A. apare la nivelul mucoasei sau tegumentului
B. apare doar la nivelul mucoasei
C. apare doar la nivelul tegumentului
D. determina alterarea starii generale cu aparitia febrei, frisoanelor, tahicardiei
E. determina remisia fenomenelor generale
R: A, E

238. Osteomielita supurată cronică este definita ca:
A. osteomielita cu o durată de evoluţie mai mare de 2 săptămâni
B. osteomielita cu o durată de evoluţie mai mare de 4 săptămâni
C. osteomielita cu o durată de evoluţie mai mare de 6 săptămâni .
D. osteomielita cu recurenţă după infecţia iniţială.

E. osteomielita grefata pe un fond de osteoporoza
R: C, D

239. Semnul Vincent d'Alger este pozitiv in:
A. osteita
B. osteoperiostita
C. osteomielita supurată acută
D. osteomielita supurată cronică
E. osteomielita nesupurată cronică
R: C, D

240. Aspectul radiologic de „sarcofag" apare in:
A. ameloblastom intraosos solid
B. granulomul periferic cu celule gigante
C. keratochistul odontogen dentiger
D. osteomielita supurată cronică
E. osteomielita supurată acută
R: D, E

241. Diagnosticul diferential al osteomielitei nesupurată cronică de tip sclerogen se face cu:
A. actinomicoza
B. osteoperiostita
C. displaziile fibroase
D. tumorile benigne osoase.
E. tumorile maligne osoase
R: B, C, D, E

242. Tratamentul chirurgical in osteomielita supurată acută consta in:
A. drenajul colecţiei purulente
B. explorarea fistulelor
C. îndepărtarea factorului cauzal dentar
D. corticotomie
E. remodelarea osoasă.
R: A, B, C

243. Care din urmatoarele substante sunt asociate cu aparitia osteonecrozei de maxilar:
A. acidul alendronic
B. acidul docosahexaenoic
C. acidul eicosapentaenoic
D. pamidronatul disodic
E. clodronatul de sodiu
R: A, D, E

244. Osteoradionecroza maxilarelor este determinata de efectul radiaţiilor ionizante asupra:
A. osteoblastelor
B. osteoclastelor

C. osteocitelor
D. celulelor endoteliale
E. pericitelor
R: C, D

245. In osteonecroza postiradiere mucoasa orala este:
A. nemodificata
B. atrofiata
C. hipertrofiata
D. ulcerata
E. hiperemica
R: B, D, E

246. Profilaxia osteoradionecrozei de maxilar se face prin:
A. ablaţia lucrărilor protetice metalice
B. tratamentul tuturor leziunilor dentare septice
C. tratamentul tuturor leziunilor parodontale septice
D. utilizarea brahiterapiei
E. utilizarea clorhexidinei.
R: A, B, C

247. Fractura in „os patologic" poate apare in cazul:
A. osteonecrozei prin elecrocauterizare
B. osteoradionecrozei
C. osteonecrozei post-medicamentoasa - stadiul I
D. osteonecrozei post-medicamentoasa - stadiul II
E. osteonecrozei post-medicamentoasa - stadiul III
R: B, E

248. Corticotomia se practica in tratamentul:
A. osteomielitei supurată acută
B. osteomielitei supurată cronică
C. osteoradionecrozei
D. osteoperiostitei
E. osteitei
R: B, C

249. Osteonecroza maxilarelor asociata inhibitorilor de osteoclaste se declaseaza cel mai frecvent la:
A. 3-6 luni de la administrarea pe cale parenterală
B. 10-12 luni de la administrarea pe cale parenterală
C. 12 de luni în cazul administrării pe cale orală
D. 24 de luni în cazul administrării pe cale orală
E. 36 de luni în cazul administrării pe cale orală
R: A, E

250*. Imaginea radiologica cu aspect de „osteocondensare la nivelul procesului alveolar” apare in:
A. stadiul „0" al osteonecrozei de maxilar post-medicamentoasa
B. stadiul I al osteonecrozei de maxilar post-medicamentoasa
C. stadiul II al osteonecrozei de maxilar post-medicamentoasa
D. stadiul III al osteonecrozei de maxilar post-medicamentoasa
E. nu apare in osteonecroza de maxilar post-medicamentoasa.
R: A

251. Stadiul II al osteonecrozei de maxilar post-medicamentoasa se caracterizeaza clinic prin:
A. suprafeţe de os denudat sau arii de necroză osoasă, limitate la procesul alveolar
B. fistule mucozale cu punct de plecare osos, fără etiologie dento- parodontală
C. fistule tegumentare cu punct de plecare osos, fără etiologie dento- parodontală
D. fractură de mandibulă în „os patologic"'
E. formarea de sechestre osoase
R: A, B, C

252*. Tulburări de sensibilitate fără etiologie dento-parodontală apar in:
A. stadiul I al osteonecrozei de maxilar post-medicamentoasa
B. stadiul II al osteonecrozei de maxilar post-medicamentoasa
C. stadiul III al osteonecrozei de maxilar post-medicamentoasa
D. toate stadiile osteonecrozei de maxilar post-medicamentoasa
E. nu apar in osteonecroza de maxilar post-medicamentoasa
R: D

253. In stadiu III al osteonecrozei de maxilar post-medicamentoasa liza osoasa este:
A. limitata la procesul aveolar
B. extinsa la ramul mandibular
C. extinsa la sinus maxilar
D. extinsa la margine bazilară a mandibulei
E. extinsa la oasele nazale
R: B, C, D

254. In care din stadiile osteonecrozei de maxilar post-medicamentoasa sunt prezente zone de necroză osoasă asociate cu semne clinice de infecţie?
A. stadiul I
B. stadiul II
C. stadiul III
D. in nici un stadiu
E. in toate stadiile.
R: B, C

255. Care din urmatoarele infectii nespecifice sunt implicate in etiopatogenia comunicarii oro-sinusale?
A. osteita
B. osteomielita

C. necroza de maxilar
D. TBC
E. lues
R: A, B, C

256. Care din urmatorii dinti sunt mai frecvent implicati in etiopatogenia comunicarii oro-sinusale:
A. incisivul lateral superior
B. caninul superior
C. premolarul I superior
D. premolarul II superior
E. molarul molarul I superior
R: C, D, E

257. Deschiderea accidentală a sinusului maxilar se datorează de cele mai multe ori:
A. absenţei examenului radiologic preextracţional
B. interpretării eronate a imaginii radiologice preextracţionale
C. absenţei examenului radiologic postextracţional
D. interpretării eronate a imaginii radiologice postextracţionale
E. explorarii blânde a alveolei cu un stilet butonat
R: A, B

258. Deschiderea accidentala a sinusului maxilar se poate produce in timpul urmatoarelor interventii chirurgicale:
A. extractia dentara
B. rezectia apicala
C. chiuretajul parodontal
D. alveoloplastia
E. chistectomia.
R: A, B, E

259. Diagnosticare comunicarii oro-sinusale imediate se face tinand cont de urmatoarele criterii:
A. sângerare mai abundentă din alveolă, uneori cu aspect aerat
B. proba Valsalva negativa
C. prezenţa unui fragment osos ataşat la apexul dintelui extras
D. prezenţa unui granulom ataşat la apexul dintelui extras
E. absenta fragmentului dentar apical la dintelui extras
R: A, C, D

260. Comunicarea oro-sinusala veche este insotita de tulburari functionale legate de:
A. masticatie
B. deglutie
C. fonatie
D. patrunderea aerului din sinus in cavitatea bucala
E. refluarea lichidelor pe nas
R: C, D, E

261. Profilaxia sinusitei maxilare in cazul comunicarii oro-sinuale se face cu urmatoarele tipuri de antibiotice:
A. ß-lactamine
B. cefalosporine
C. macrolide
D. metronidazol
E. lincosamide
R: A, B, E

262. Atitudinea terapeutica terapeutica in comunicarea oro-sinusala cu dimensiunea de 2-6 mm presupune:
A. plastia comunicării într- un sigur plan
B. plastia comunicării in două planuri
C. plastie comunicării si cura radicala de sinus in aceeasi sedinta
D. sutura margino- marginală a gingivomucoasei alveolei postextracţionale
E. aplicarea unei meşe iodoformată supraalveolar menţinută cu ligatură de sârmă „în 8" pe dinţii vecini
R: D, E

263. Lambourile utilizate in plastia comunicarii oro-sinusale sunt:
A. lambou vestibular trapezoidal alunecat
B. lambou vestibular cu pedicul anterior
C. lambou vestibular cu pedicul posterior
D. lambou palatinal trapezoidal alunecat
E. lambou palatinal cu pedicul posterior
R: A, B, C, E

264. Tratamentul chirurgical al comunicarii oro-sinusale vechi de 3 saptamani presupune:
A. plastia imediata a comunicarii oro-sinusale
B. plastia comunicării se va temporiza aproximativ 3-4 luni
C. cura radicală a sinusului maxilar urmata, la 2 saptamani, de plastia comunicării
D. plastia comunicării urmata, la 2 saptamani, de cura radicală a sinusului maxilar
E. cura radicală a sinusului maxilar, însoţită de plastia comunicării în aceeaşi şedinţă
R: B, E

265. Tratamentul chirurgical in comunicarea oro-sinusala determinata de impingerea radacinii dentare in sinus fara perforarea mucoasei sinusale consta in:
A. extractia radacinii dentare prin tehnica Wassmundt
B. extractia radacinii dentare prin tehnica Caldwell-Luc
C. aplicarea unei meşe iodoformată supraalveolar menţinută cu ligatură de sârmă „în 8" pe dinţii vecini.
D. sutura margino- marginală a gingivomucoasei alveolei postextracţionale
E. plastia comunicarii oro-sinusale
R: A, E

266. Tratamentul chirurgical in comunicarea oro-sinusala determinata de impingerea radacinii dentare in sinus cu perforarea mucoasei sinusale neinflamate consta in:
A. extractia radacinii dentare prin tehnica Caldwell-Luc
B. extractia radacinii dentare prin tehnica Wassmundt
C. plastia imediata a comunicării oro-sinusale
D. plastia comunicării oro-sinusale intr-o etapa ulterioara
E. sutura margino- marginală a gingivomucoasei alveolei postextracţionale.
R: A, C

267*. Conform statisticilor 70% din fracturile viscero-craniului sunt localizate la nivelul:
A. maxilarului
B. mandibulei
C. malarului
D. arcadei temporo-zigomatice
E. piramidei nazale
R: B

268. Semnele clinice de intrerupere a continuitatii osoase in fracturile de mandibula sunt:
A. mobilitatea anormală a fragmentelor osoase
B. durere spontană sau provocată la mişcările mandibulei
C. crepitaţii osoase
D. diminuarea sau absenţa transmiterii mişcărilor în ATM, de partea lezată
E. modificări ale raporturilor de ocluzie
R: A, C, D, E

269. Tulburarile functionale in fracturile de mandibula sunt:
A. jena in deglutitie
B. masticatie imposibila
C. epistaxis
D. tulburari de fonatie
E. durere spontană sau provocată la mişcările mandibulei
R: A, B, D, E

270. Semne clinice cervico-faciale asociate fracturilor de mandibula sunt:
A. edemul părţilor moi
B. crepitatii gazoase
C. hematoame
D. excoriaţii sau plăgi perimandibulare
E. anestezii pe traiectul nervului alveolar inferior
R: A, C, D, E

271. La inspectia cavitatii bucale a pacientilor cu fractura de mandibula se observa urmatoarele semne clinice asociate:
A. plăgi ale mucoasei fixe şi mobile orale la nivelul procesului alveolar
B. hemoragii
C. hematoame

D. fracturi dentare radiculare
E. mobilitate dentara
R: A, B, C

272. Palparea conturului mandibular in cazul fracturilor de mandibula va evidentia:
A. discontinuitate osoasă
B. înfundări sau proeminenţe osoase
C. mobilitate anormală a fragmentelor
D. crepitaţii osoase
E. crepitatii gazoase
R: A, B, C, D

273. Dintii din focarul de fractura se conserva in urmatoarele situatii:
A. dinţii din focar sunt integri
B. dinţii din focar prezintă fracturi coronare ce pot fi restaurate prin tratamente odontale sau protetice specifice
C. dinţi din focarul de fractură care prezintă distrucţii corono-radiculare dar contribuie la stabilizarea fragmentelor
D. molarii de minte total incluşi în grosimea osului şi, deşi se află în focarul de fractură, nu împiedică reducerea şi contenţia fracturii, şi nu există soluţie de continuitate orală
E. dinţi semiincluşi, situaţi la nivelul focarului de fractură
R: A, B, D

274. Atitudinea fata de dintii din focarul de fractura, in momentul imobilizarii, este urmatoarea:
A. extractia dintilor luxati, cu mobilitate excesiva
B. pastrarea si imobilizarea dintilor luxati, cu mobilitate excesiva deoarece contribuie la stabilitatea fragmentelor osoase
C. extractia dinţilor care împiedică reducerea fragmentelor în poziţie corectă, chiar daca sunt integri
D. extractia dinţi semiincluşi daca duc la instabilitatea fragmentelor osoase
E. extractia dinţi semiincluşi chiar daca nu duc la instabilitatea fragmentelor osoase deoarece există soluţie de continuitate orală
R: A, C, D

275. Atitudinea terapeutica fata de dinţii monoradiculari cu fracturi radiculare post-traumatice în treimea apicală asociati fracturilor de mandibula va fi urmatoarea:
A. extractia dintelui si a fragmentului apical inainte de imobilizarea fracturilor de mandibula
B. extractia dintelui si a fragmentului apical dupa indepartarea aparatului de imobilizare
C. rezectie apicala inainte de imobilizarea fracturilor de mandibula
D. rezectie apicala dupa indepartarea aparatului de imobilizare
E. rezectie apicala intraoperatorie in cazul alegerii osteosintezei ca metoda de imobilizare
R: D, E

276. Manifestarile clinice orbitale in fracturile de maxilar sunt:
A. diplopie
B. midriaza

C. astigmatism
D. epifora
E. epistaxis
R: A, B, D

277. Leziunile dentare asociate fracturilor de maxilar sunt:
A. luxatii dentare
B. avulsii dentare
C. egresii dentare
D. extruzii dentare
E. intruzii dentare.
R: A, B, D, E

278. Tulburarile ocluzale in plan vertical observate in fracturile de maxilar sunt:
A. ocluzie inversă la nivelul grupului frontal
B. ocluzie inversă la nivelul grupului lateral
C. ocluzie deschisă frontală
D. ocluzie încrucişată
E. contacte premature la nivelul molarilor
R: C, E

279. Manifestarile neurologice asociate fracturilor de maxilar sunt:
A. epifora
B. epistaxis
C. rinolicvoree
D. otolicvoree
E. empiem
R: C, D

280. Semnele clinice ale fracturilor zigomatice anterioare fara deplasare sunt:
A. edem post-traumatic al regiunii zigomatice
B. echimoză palpebrală „în monoclu"
C. echimoză palpebrală „în ochelari"
D. uneori epistaxis unilateral
E. trismus
R: A, B, D

281. Tuburarile functionale decelate in fracturile zigomatice anterioare cu deplasare sunt:
A. limitarea mobilităţii mandibulei
B. diplopie
C. exoftalmie
D. enoftalmie
E. crepitaţi gazoase
R: A, B

282. Limitarea miscarilor mandibulare este intalnita in urmatoarele tipuri de fracturi:

A. fracturi zigomatice anterioare fara deplasare
B. fracturi zigomatice anterioare cu deplasare
C. fracturi zigomatice posterioare fara deplasare
D. fracturi zigomatice posterioare cu deplasare
E. fractura subcondiliana
R: B, D

283. Semnele clinice ale fracturilor zigomatice posterioare cu deplasare sunt:
A. denivelare „în treaptă" la nivelul crestei zigomato -alveolare
B. crepitaţii gazoase
C. limitarea mişcărilor mandibulare
D. înfundarea reliefului osos al arcadei temporo-zigomatice
E. edem post-traumatic al regiunii temporo-zigomatice.
R: C, D, E

284. Chistul branhial apare mai frecvent:
A. la adultii tineri
B. la persoane varstnice
C. la femei
D. la barbati
E. repartitia pe sexe este egala
R: A, C

285. Chistul branhial se localizeaza:
A. genian
B. submentonier
C. periangulomandibular
D. în dreptul bifurcaţiei carotice
E. în treimea inferioară a muşchiului sterno-cleido-mastoidian
R: C, D, E

286. Din punct de vedere clinic chistul branhial prezinta urmatoarele aspecte:
A. fluctuentă la palpare
B. tegumentele acoperitoare sunt nemodificate
C. nu se mobilizează liber
D. se mobilizează cu mişcările capului
E. nu se mobilizează în deglutiţie.
R: A, B, C, E

287. Diagnosticul diferential al chistului branhial se face cu:
A. chistul coloid
B. chistul mucoid
C. paragangliomul
D. adenite cronice specifice
E. lipomul laterocervical.
R: C, D, E

288. Diagnosticul diferential al chistului dermoid cu localizare in planseul bucal se face cu:
A. ranula sublinguală
B. chistul teratoid
C. chistul canalului tireoglos
D. chistul branhial
E. tumorile glandelor sublinguale
R: A, B, E

289. Chistul dermoid se poate localiza:
A. în planşeul bucal
B. submentonier
C. submandibular
D. retromandibular
E. laterocervical
R: A, B, C

290. Palparea chistului dermoid evidentiaza:
A. consistenta fluctuenta
B. consistenta ferm-elastică
C. mobilitate fata de planurile adiacente
D. durere
E. la presiune lasă godeu.
R: B, C, E

291*. Chistul demoid este de natura:
A. inflamatorie
B. traumatica
C. de dezvoltare
D. teratogena
E. idiopatica
R: C

292. Tulburarile functionale intalnite in chistul dermoid de mari dimensiuni sunt:
A. disfonie
B. discrazie
C. disfagie
D. dispnee
E. dislexie.
R: A, C, D

293. Clinic ranula sublinguala prezinta urmatoarele caracteristici:
A. coloare albăstruie
B. consistenţă fluctuentă
C. nu aderă de planurile profunde
D. nu aderă la corticala lingual a mandibulei

E. este nedureroasă.
R: A, B, D, E

294. Diagnosticul diferential al ranulei sublinguale se face cu:
A. chistul branhial
B. chistul teratoid
C. chistul dermoid
D. chistul de eruptie
E. chistul folicular.
R: B, C

295*. Ranula „în bisac" este ranula localizata:
A. deasupra muschiul milohioidian, în planşeul bucal pe linia mediana
B. deasupra muschiul milohioidian, în planşeul bucal paramedian
C. sub muschiul milohioidian în loja submentonieră
D. sub muschiul milohioidian, în loja submandibulara
E. atat deasupra cat si sub muschiul milohioidian
R: E

296. Tratamentul chirurgical al ranulei sublinguale presupune identificarea, izolarea si conservarea:
A. nervului facial
B. nervului lingual
C. arterei si venei faciale
D. arterei si venei linguale
E. canalului Wharton.
R: B, D, E

297. Granulomul piogen poate apare la:
A. la tineri
B. la orice varsta
C. la femei
D. la barbatii
E. la ambele sexe.
R: B, E

298. Granulomul piogen prezinta clinic:
A. o masă pseudotumorală pediculată
B. o masă pseudotumorală sesilă
C. consistenţă dura la palpare
D. durere la palpare
E. sângerare la cel mai mic traumatism.
R: A, B, E

299. Care din urmatoarele afirmatii sunt asociate cu tumora de sarcina:
A. tumora de sarcina reprezinta granulomul piogen ce apare la gravide

B. tumora de sarcina reprezinta granulomul periferic cu celule gigante ce apare la gravide
C. deficientele nutritionale sunt asociate cu aparitia tumorii de sarcina
D. tumora de sarcina poate dispare, in totalitate, dupa nastere
E. incidenţa tumorii de sarcina creste în trimestrul al doilea de sarcină.
R: A, C, D

300*. Granulomul periferic cu celule gigante se mai numeste si:
A. epulis cu celule gigante
B. epulis granulomatos
C. epulis fibros
D. epulis fissuratum
E. epulis congenital
R: A

301. Diagnosticul diferenţial al granulomului periferic cu celule gigante se face cu:
A. epulisul granulomatos
B. epulisul cu celule gigante
C. epulisul fibros
D. epulisul congenital
E. botriomicomul
R: A, C

302. Granulomul periferic cu celule gigante se localizeaza la nivelul:
A. creastei alveolare dentate
B. creastei alveolare edentate
C. mucoasei limbii
D. mucoasei labiale
E. mucoasei jugale
R: A, B

303. Papilomul prezintă urmatoarele variante histopatologice:
A. papilomul scuamos
B. papilomul pleomorf
C. papilomul inversat
D. papilomul cu celule cilindrice
E. papilomul cu celule fusiforme.
R: A, C, D

304. Care din urmatoarele tipuri virale ale virusului papiloma uman sunt implicate in patogeneza papiloamelor cu localizare orala?
A. 2
B. 6
C. 8
D. 11
E. 24
R: A, B, D

305. Keratochistul odontogen primordial deriva din:
A. resturile lamei dentare
B. resturi epiteliale din cel de-al doilea arc branhial
C. celulele bazale ale epiteliului oral
D. epiteliul adamantin redus
E. resturile epiteliale Malassez
R: A, C

306. Care din urmatoarele formatiuni patologice deriva din resturile lamei dentare?
A. keratochistul odontogen primordial
B. Keratochistul odontogen dentiger
C. chistul folicular
D. chistul radicular lateral
E. ameloblastomul periferic
R: A, E

307. Keratichisturile se localizeaza:
A. în dreptul molarului trei la maxilar
B. în dreptul molarului trei la mandibula
C. in dreptul caninului la maxilar
D. in dreptul caninului la mandibula
E. in dreptul premolarilor la maxilar
R: A, B, C

308. Keratochistul odontogen:
A. este in general asimptomatic
B. poate determina mobilitatea dintilor adiacenti
C. poate determina resorbtia radiculara a dintilor adiacenti
D. poate determina necroza pulpara a dintilor adiacenti
E. induc tulburări senzitive în teritoriu nervului alveolar inferior
R: A, B, C

309. Diagnostic diferenţial al keratochistului odontogen primordial multilocular se face cu:
A. fibromul ameloblastic
B. mixomul odontogen
C. ameloblastomul
D. tumora odontogenă adenomatoidă
E. tumora centrală cu celule gigante
R: B, C, E

310. keratochistul recidiveaza cel mai frcvent dupa:
A. cauterizare
B. chistectomie
C. marsupializare
D. rezectie osoasa segmentara

E. rezectie osoasa marginala
R: B, C

311. Chistul folicular apare ca urmare a:
A. transformarii chistice a foliculului dentar
B. transformarii chistice a resturilor epiteliale Malassez
C. transformarii chistice a tecii Hertwig
D. unor fenomene repetate de pericoronarită ale unui dinte semiinclus
E. unor procese inflamatorii periapicale cronice ale dintelui decidual supraiacent
R: A, D, E

312. Chistul folicular apare cel mai frecvent la:
A. copii
B. adolescenti
C. varstnici
D. femei
E. barbati
R: A, B, E

313. Aspectul radiologic tipic in cazul chistului folicular este de:
A. radiotransparenţă uniloculară, care înconjoară coroana unui dinte inclus
B. radiotransparenţă uniloculară, care înconjoară coroana unui dinte semiinclus
C. radiotransparenţă uniloculară, care înconjoară radacina unui dinte semiinclus
D. radiotransparenţă uniloculară, care înconjoară radacina unui dinte inclus
E. radiotransparenţă uniloculară, care circumscrie un dinte inclus
R: A, B

314*. Termenul de „ chist paradentar” este folosit in cazul:
A. chistului radicular lateral
B. chistului periapical
C. chistului folicular vestibularizat
D. ameoblastomului unichistic
E. ameloblastomului periferic
R: C

315. Diagnosticul diferential al chistului folicular se face cu:
A. keratochistul odontogen dentiger
B. cherubismul
C. ameloblastomul
D. fibromul ameloblastic
E. chistul de eruptie
R: A, C, D

316. Chistul folicular prezinta risc de transformare in:
A. ameloblastom
B. adenoameloblastom

C. fibrom ameloblastic
D. fibromixom odontogen
E. carcinom spinocelular
R: A, E

317. In faza de exteriorizare la partile moi a chistului periapical se deceleaza urmatoarele aspecte clinice:
A. deformarea fundului de şanţ vestibular
B. congestia mucoasei acoperitoare
C. fluctuenţă la palpare
D. durere la palpare
E. prezenta semnului lui Dupuytren
R: A, C, D

318. Chistul radicular prezinta urmatoarele forme anatomo-clinice:
A. chistul periapical
B. chistul radicular lateral
C. chistul paradentar
D. chistul rezidual
E. chistul parodontal lateral
R: A, B, D

319. Diagnosticul diferenţial al chistului rezidual după extracţia dentară se poate face cu:
A. keratochistul odontogen primordial
B. chistul parodontal lateral
C. chistul osos traumatic
D. chistul osos anevrismal
E. chistul folicular
R: A, C, D

320. Ameloblastomul intraosos solid se localizeaza cel mai frecvent la mandibula in zona:
A. incisivilor
B. caninilor
C. premolarilor
D. molarului 3
E. ramului mandibular
R: D, E

321. Pe imaginea radiografica in cazul ameloblastomului intraosos solid se observa:
A. radiopacitati multiple inconjurate de o radiotransparenta liniara
B. radiotransparenţă multiloculară, cu margini neregulate
C. radioopacitate bine delimitata
D. prezenta unui dinte inclus intraosos
E. resorbţia radiculară a dinţilor adiacenţi tumorii
R: B, D, E

322. Rata de recidivă in cazul ameloblastomului intraosos solid este de:
A. 20-30% după chiuretaj
B. 50-90% după chiuretaj
C. 15-20% după rezecţie osoasă marginală
D. 50-60% după rezecţie osoasă marginală
E. 70-90% după rezecţie osoasă marginală
R: B, C

323. Aspectul radiologic al ameloblastomului intraosos solid este de:
A. „fagure de miere"
B. „ coaja de portocala”
C. „baloane de săpun"
D. „pernă cu ace"
E. „ foi de ceapa”
R: A, C

324. In evolutia sa ameloblastomul unichistic este asociat cu:
A. deformarea corticalei osoase
B. absenta durerii in teritoriul nervului alveolar inferior
C. fenomene de parestezie in teritoriul nervului alveolar inferior
D. absenta fenomenelor de parestezie in teritoriul nervului alveolar inferior
E. anestezie in teritoriul nervului alveolar inferior
R: A, B, D

325. Care din urmatoarele afirmatii nu sunt adevarate in cazul ameloblastomul unichistic:
A. reprezintă aproximativ 10-15% din totalul ameloblastoamelor
B. apare mai ales la pacienţi varstnici
C. se localizează în marea majoritate a cazurilor la mandibulă in zona posterioara
D. se localizează în marea majoritate a cazurilor la maxilar in zona caninului
E. riscul de recidivă este de 40-50%
R: B,D, E

326. Clinic ameloblastomul periferic prezinta:
A. o formaţiuni tumorale gingivala sesila sau pediculata
B. mucoasa acoperitoare aparent intactă
C. dimensiune de 4- 5 cm
D. sangerare la palpare
E. durere la palpare
R: A, B

ORTODONȚIE

1. Sindromul progenie:
A. este anomalia de clasa a III-a
B. reprezintă un dezechilibru complex între maxilar şi mandibulă,
C. poate avea compensare dento-alveolară

D. poate avea compensare a ţesuturilor moi
E. nici un raspunscorrect
R: A, B, C, D

2. Compresiunea de maxilar este:
A. perturbare complexă a dezvoltării aparatului dento-maxilar,
B. centrată pe insuficienta dezvoltare transversală a maxilarului,
C. una dintre anomaliile dento-maxilare frecvent întâlnite în practica ortodontică,
D. una dintre anomaliile dento-maxilare rar întâlnite în practica ortodontică,
E. în cazurile grave semnele sale sedeceleazadin perioada dentiţiei temporare
R: A, B, C, E

3. Maxilarul superior este conectat cu celelalte oase faciale şi cu baza craniului printr-o serie de suturi fibroase de tip armonic:
A. maxilofrontală,
B. maxilonazală,
C. pterigomaxilară
D. pterigonazală,
E. zigomatomaxilară.
R: A, B, C, E

4. Compresiunea de maxilar este:
A. frecvent însoţita în tabloul clinic de respiraţia orală
B. frecvent însoţita în tabloul clinic de respiraţia nazală
C. consecutiva insuficientei dezvoltării transversale maxilare
D. consecutiva insuficientei dezvoltări sagitale maxilare
E. consecutiva insuficientei dezvoltări verticale maxilare
R: A, C

5. Forme grave de compresiune de maxilar se întâlnesc în sindroame genetice caracterizate de malformaţiicranio-faciale importante:
A. microsomiahemifacială,
B. sindromul Goldenhar,
C. sindromul Pierre Robin,
D. sindromul Crouzon
E. nici o varianta corecta
R: A, B, C, D

6. Afecţiunile sistemice care interfera cu metabolismul osospot reduce considerabil activitatea osteoformatoarela nivelul suturilor maxilare, afectând dezvoltarea transversala a maxilarului, iar acestea sunt:
A. hipertiroidism,
B. hipofosfatemii,
C. mucopolizaharidoze,
D. mucolipidoze
E. hipotiroidism.

R: A, B, C, D

7. Alte denumiri folosite pentru dintii supranumerari:
A. Hiperdontie;
B. Pleiodontie;
C. Pleodontie;
D. Poliodontie;
E. Hipodontie;
R: A, B, C, D

8*. Dinte anastrofic semnifica:
A. un dinte situat în interiorul altui dinte;
B. dinte situat lângă molari;
C. dinte situat distal de molari;
D. dinte orientat cu coroana spre baza maxilarului şi rădăcina spre planul de ocluzie;
E. dinte situat lângă linia mediană;
R: D

9. Dintii supranumerari:
A. se intalnesc doar in dentitia permanenta;
B. apar mai frecvent la sexul feminin;
C. apar pe ambele maxilare;
D. apar cu predilectie la nivelul maxilarului superior;
E. apar cu predilectie la nivelul maxilarului inferior;
R: C, D

10. Dinţiiprelacteali:
A. sunt structuri keratinizate ce pot fi uşor îndepărtate;
B. au rădăcină;
C. se exfoliază, în general, in cursul primelor săptămâni de viaţă;
D. se pot confunda cu dinţii de lapte prezenţi pe arcadă la naştere, prin erupţie precoce;
E. nu au radaciana;
R: A, C, E

11*. Teoria proliferarii anormale şi întârziate a unor resturi epiteliale paradentare:
A. îşi are izvorul în convingerea că toate celulele epiteliale care îşi au originea în lama dentară au aceleaşicalităţi biologice;
B. resturile epiteliale provin din gubernaeulumdentis;
C. resturile epiteliale provin din pediculul ce leagă mugurele dentar de lama dentară (perlele lui Serres)
D. resturile epiteliale provin din teaca epitelială a lui Hertwig;
E. toate raspunsurile sunt corecte.
R: E

12. De obicei dinţii supranumerari rămân incluşi, atenţia poate fi atrasă de unele semne clinice particulare, cum ar fi:

A. existenţa unei diastemeinterincisive fără o cauză evidentă;
B. prezenţadistopiilor izolate;
C. existenţa unor apaltizari la nivelul crestei alveolare;
D. incluzia incisivului central permanent;
E. toate raspunsurile sunt corecte.
R: A, B, D

13. Dinţi neonatali:
A. aceste organe dentare sunt ataşate la gingie nu posedă rădăcini;
B. apar dupa primul an de viata;
C. se întâlnesc rar şi sunt localizaţi mai frecvent la nivelul grupului incisiv superior;
D. acestor dinţi li s-a evidenţiat un ţesut epitelial pulpar foarte bogat vascularizat, acoperit de un strat extrem de fin de smalţ;
E. amintesc de dinţiipeştilorşi reptilelor.
R: A, E.

14. Meziodensul:
A. apare doar la maxilarul superior;
B. poate erupe pe arcada;
C. poate rămâne inclus;
D. poate provoca incluzia incisivilor centrali permanenţi
E. poate provoca malpoziţii ale incisivilor inferiori.
R: A, B, C, D

15. Meziodensul:
A. erupţia sa doar precedeerupţiei incisivului central permanent superior;
B. estepluricuspidatşiuniradicular;
C. coroana are, de obicei, o formă conică;
D. este frecvent element unic, mai rar dublu, foarte rar triplu sau cvadruplu;
E. faţă de dinţii normali, se comportă ca un element străin.
R: C, D, E

16. Erupţia dinţilorpermanenţi, determină o serie de tulburări, cum ar fi:
A. spatieri dentare;
B. inghesuiri dentare;
C. deplasareaşirotaţiadinţilor din seria normală;
D. resorbţii radiculare ale dinţilor din seria normală
E. tulburări fizionomice.
R: B, C, D, E

17. Extracţia dinţilor supranumerari este contraindicată atunci când:
A. dintele supranumerar de formă şi dimensiune similară dinţilorpermanenţi este complet integrat în cadrul arcadei dentare;
B. se asociază cu microdenţiadinţilor din seria normală, situaţie în care prezenţadinţilor supranumerari ameliorează neconcordanţa dintre volumul redus al sistemului dentar şi osul alveolar normal dezvoltat;

C. dintele supranumerar este situat în vecinătatea unui dinte din seria normală complet sanatos, care poate fi păstrat pe arcadă.
D. dinţii supranumerari incluşi au o poziţie nefavorabilă pentru evoluţia ulterioară pe arcadă;
E. nu pot fi folosiţi în locul unui dinte din seria normală predispus cariei şicomplicaţiilor ei.
R: A, B

18. Pentru a defini minusul numeric în raport cu formula dentară normală,literatura de specialitate utilizează termeni multipli:
A. agenezie;
B. hiperdontie;
C. poliodontie;
D. oligodonţie;
E. pleiodontie.
R: A, D

19*. In ceea ce priveşte dintele cel mai frecvent interesat de anodonţie, rezultatele studiilor statistice plasează pe locul al doilea:
A. molarii de minte superiori;
B. molarii de minte inferior;
C. incisivul lateral superior;
D. al doilea premolar inferior;
E. incisivul central inferior, în timp.
R: C

20. Printre factorii generali incriminaţi în geneza anodonţiilor sunt bolile infecta-contagioase ale mamei în timpul sarcinii:
A. scarlatina;
B. rubeola;
C. parotiditaurliana;
D. viroze;
E. nici un raspuns nu este corect.
R: A, B, C, D

21. Factorii generali incriminaţi în geneza anodonţiilor ar putea fi:
A. lipsa consumul de alcool sau de tutun în timpul sarcinii;
B. traumatisme intrauterine (hipertonia uterină);
C. actulnaşteriifaracomplicaţii (forceps, stări de hipoxie sau anoxie etc);
D. factori iatrogeni (radiaţii, medicamente etc);
E. bolile sistemice în care nu este afectat stratul ectodermal sau mezodermul;
R: A, C

22. Intre factorii locali cu potenţial etiologic, în cazul anodonţiilor, se regăsesc;
A. extracţiile brutale ale dinţilorpermanenti;
B. extractiile brutale ale dintilor temporari;
C. intervenţiile chirurgicale (în cazul despicăturilor labio-maxilo-palatine);

D. traumatismele ce pot determina distrucţia sau enucleerea germenilor dentari permanehţi' formaţi;
E. toateraspunsurile sunt corecte.
R: B, C, D

23*. Anodontia redusa intereseaza:
A. molarii de 6 ani;
B. molarii de 12 ani;
C. incisivii laterali inferiori;
D. incisivii centrali inferiori;
E. incisivii centrali superiori.
R: D

24. Anodonţia de incisiv lateral superior poate fi:
A. simetrică cu sau fără persistenţa predecesorilor temporari;
B. asimetrica cu sau fără persistenţa corespondentului temporar;
C. simetrica cu incisivul lateral omolog normai sau nanic;
D. asimetrica cu incisivul lateral omolog normai sau nanic;
E. nici un raspuns nu este corect.
R: A, B, D

25. Anodonţia de premolar 2:
A. mai frecventa decât anodonţia de incisiv lateral superior;
B. mai rara decatanodontia de incisiv lateral superior;
C. depistarea sa precoce poate scăpa unui examen clinic superficial;
D. anodonţia de premolar 2 poate fi doar asimetrică cu sau fără persistenţa predecesorului temporar;
E. anodontia de premolar 2 poate fi doar simetrica cu spaţiuparţial sau total închis ori cu spaţiu păstrat;
R: B, C

26*. In anodonţiile de premolar 2, predecesorul temporar, respectiv al doilea molar temporar, poate persista pe arcadă până la vârsta de:
A. 25-30 de ani;
B. 35-40 de ani;
C. 45-50 de ani;
D. 55-60 de ani;
E. 20 de ani.
R: C

27*. In anodonţiile reduse, anamneza şi examenul clinic conduc către diagnosticul de anodonţie prin următoarele elemente:
A. absenţadinţilorpermanenţi Ia o vârstă la care ar fi trebuit să erupă;
B. persistenţadinţilor temporari mult peste termenul de permutare dentară;
C. tulburări în procesul de erupţie al dinţilorpermanenţiexistenţi (întârziere, malpoziţii);

D. dismorfoze ale dinţilorpermanenţiexistenţi (modificări de volum şi formă, sub aspectul dinţilor conici, nanici etc)
E. toateraspunsurile sunt corecte.
R: E

28. Ortopantomograma asigură posibilitatea cuprinderii pe acelaşi film a imaginii de ansamblu a ambelor arcade,oferind:
A. structuraşi rapoartele tuturor elementelor aparatului dento-maxilar între ele.;
B. aprecierea poziţieiintraosoase;
C. tulburările de dezvoltare cantitative, de ritm, de poziţie, de direcţieşi de rotaţie ale elementelor aparatului dento-maxilar;
D. gradul de dezvoltare al dinţilor;
E. evaluareacreşteriişi dezvoltării oaselor maxilare.
R: B, D

29. Teleradiografia furnizează date despre:
A. aprecierea poziţieiintraosoase, dimensiunii, conformaţieişi anatomiei dinţilor;
B. evaluarea numărului dinţilor temporari şipermanenţi;
C. analizarea deplasărilor dentare dirijate ortodontic;
D. structuraşi rapoartele tuturor elementelor aparatului dento-maxilar între ele;
E. modificările de poziţie, rotaţieşi înclinare ale maxilarelor.
R: D, E

30*. Teleradiografia cea mai utilizata in cazul anodontiei este:
A. axiala;
B. frontala;
C. profil;
D. toateraspunsurile sunt corecte;
E. nici un raspuns nu este corect.
R: B

31. Decizia terapeutică in cazul anodontiilor este dependenta:
A. de momentul depistării anomaliei în relaţie directă cu vârsta pacientului;
B. de localizarea acesteia;
C. de contextul general oro-dentar;
D. de potenţialul biologic al pacientului;
E. de anugulatiadintilor.
R: A, B, C, D

32. Obiectivele tratamentului ortodontic în anodonţia totală trebuie să vizeze:
A. stimularea dezvoltării osoase necesară soluţiilorimplanto-protetice;
B. obţinerea unei dimensiuni verticale a etajului mijlociu;
C. obtinerea unui profil concav;
D. asigurarea cadrului necesar pentru desfăşurarea normală a funcţiilor aparatului dento- maxilar;
E. scadereaeficienţei masticatorii.
R: A, D

33. Incluzia dentară:
A. este încadrată în clasificarea germana în clasa 1;
B. în clasificarea şcolii franceze se regăseşte în grupa anomaliilor dentare;
C. şcoala americana o introduce în grupa dizarmoniilor sistemului dentar;
D. în clasificarea românească se întâlneşte în grupa anomaliilor dentare izolate;
E. esteincadrata in clasificarea americana in clasa 1.
R: D, E

34*. Incluzia dentara:
A. apare mai frecvent la barbati;
B. apare mai frecvent la femei;
C. apare doar in dentitia permanenta;
D. apare doar in dentitia temporara;
E. apare doar in cazul dintilor supranumerari.
R: B

35*. Incluzia dentare in dentitia permanenta intereseaza in ordinea descrescatoare a frecventei:
A. molarul de minte, incisivul central superior, caninul superior si premolarul 2 inferior;
B. caninul superior, molarul de minte, premolarul 2 inferior si incisivul central superior;
C. premolarul 2 inferior, caninul superior, molarul de minte si incisivul central superior;
D. molarul de minte, caninul superior, premolarul 2 inferior şi incisivul central superior;
E. incisivul central superior, premolarul 2 inferior, caninul superior si molarul de minte.
R: D

36*. Transmigratia dentara se adreseza:
A. caninului inferior temporar;
B. caninului inferior permanent;
C. caninului superior temporar;
D. caninului superior permanent;
E. caninilorpermanenti.
R: B

37. Deficitul de spatiu incriminat in aparitiaincluzieidetare are mai multe explicatii:
a. dezvoltarea insuficienta a maxilarelor;
b. microdontia;
c. reducerea filogenetica;
d. macrodontia;
e. migrareamezialala a dintilor laterali.
R: A, C, D, E

38. Obstacole in calea eruptieidintilorpermanenti:
A. chist folicular;
B. odontom;
C. adamantinom;
D. melanom;

E. adenocarcinom;
R: A, B, C

39. Caracteristici particulare ale dintelui inclus:
A. radacina dreapta;
B. curbura radiculara;
C. coroana globuloasa;
D. distoinclinatii accentuate;
E. pozitie complet verticala.
R: B, C

40. Factori generali implicati in aparitiaincluzilor dentare:
A. gigantism hipofizar;
B. hipertiroidism;
C. rahitism;
D. avitaminoza A.
E. boalaPaget.
R: C, E

41. Factori generali implocati in aparitiaincluzilor dentare:
A. disostozacleidocraniana;
B. raze X;
C. osteoscleroza procesului alveolar după traumatisme;
D. interpozitia unor obiecte;
E. fibromucoasa densa si dura.
R: A, B

42. După gradul de severitate (apreciat pe ortopantomogramăşi reprezentat de distanţa în mm până la planul de ocluzie), incluzia dentară poate fi:
A. incluzie dentară uşoară/joasă - distanţă mai mică de 10 mm;
B. incluzie dentară medie - distanţă între 10 şi 12 mm;
C. incluzie dentară severă/înaltă ~ distanţă mai mare de 12 mm;
D. incluzie dentară uşoară/joasă - distanţă mai mică de 12 mm;
E. incluzie dentară medie - distanţă între 12 şi 15 mm.
R: D, E

43.In funcţie de unghiul pe care îi face axul caninului cu linia mediană, incluzia de canin poate fi:
A. incluzie de canin gradul 2 - unghiul axului caninului cu linia mediană este 12-20°;
B. incluzie de canin gradul 1 - unghiul axului caninului cu linia mediană este 0-12°;
C. incluzie de canin gradul 3 - unghiul axului caninului cu linia mediană este mai mare de 20;
D. incluzie de canin gradul 3 - unghiul axului caninului cu linia mediană este mai mare de 30;
E. incluzie de canin gradul 1 - unghiul axului caninului cu linia mediană este 0-15°.
R: D, E

44.Raportat la poziţiaantero-posterioară a apexului caninului inclus, se disting trei tipuri de incluzie de canin, respectiv:
A. incluzie de canin gradul 1 ~ apexul caninului este situat deasupra regiunii în care se afla în mod normal poziţia caninului;
B. incluzie de canin gradul 1 - apexul caninului este situat deasupra regiunii primului premolar;
C. incluzie de canin gradul 2 - apexul caninului este situat deasupra regiunii primului premolar;
D. incluzie de canin gradul 3 - apexul caninului este situat deasupra regiunii celui de-al doilea premolar;
E. incluzie de canin gradul 3 - apexul caninului este situat deasupra regiunii celui de-al doilea premolar.
R: A, C, E

45. Poziţia coroanei caninului inclus, în plan vertical, în raport cu incisivul lateral, se clasifică în patru grupe:
A. incluzie de canin gradul 1 - coroana caninului inclus se află deasupra nivelului joncţiuniismalţ- cement a incisivului lateral;
B. incluzie de canin gradul 2 - coroana caninului inclus se află deasupra nivelului joncţiuniismalţ-cement, dar la mai puţin de jumătate din înălţimea rădăcinii incisivului lateral;
C. incluzie de canin gradul 3 - coroana caninului inclus se află deasupra nivelului joncţiuniismalţ-cement, la mai mult de jumătate din înălţimea rădăcinii incisivului lateral;
D. incluzie de canin gradul 4 - coroana caninului inclus se află deasupra nivelului joncţiuniismalţ-cement, la mai mult de jumătate din înălţimea rădăcinii incisivului lateral;
E. incluzie de canin gradul 3 - coroana caninului inclus se află deasupra nivelului joncţiuniismalţ-cement, dar la mai puţin de jumătate din înălţimea rădăcinii incisivului lateral.
R: B, C

46. Din perspectiva gradului de suprapunere a caninului inclus peste rădăcina incisivului lateral, se disting urmatoarele grade ale incluziei de canin:
A. incluzie de canin gradul 1 - caninul inclus nu se suprapune peste rădăcina incisivului lateral;
B. incluzie de canin gradul 2 - caninul inclus se suprapune peste mai puţin de jumătate din lăţimea rădăcinii incisivului lateral;
C. incluzie de canin gradul 2 - caninul inclus se suprapune peste mai mult de jumătate din lăţimea rădăcinii Incisivului lateral, dar nu o acoperă în totalitate;
D. incluzie de canin gradul 3 - caninul inclus se suprapune peste mai mult de jumătate din lăţimea rădăcinii Incisivului lateral, dar nu o acoperă în totalitate;
E. incluzie de canin gradul 3 - caninul inclus se suprapune complet peste lăţimea rădăcinii incisivului lateral;
R: A, B, D

47. In funcţie de direcţia axului dintelui indus, Winter (1926) clasifică incluziile dentare în:
A. incluzie dentară verticală - axul dintelui inclus este vertical;
B. incluzie dentară orizontală - coroana dintelui inclus este situată între rădăcinile dinţilorerupţi iar rădăcina acestuia este orientată spre distal;
C. incluzie dentară oblică spre mezial (coroana dintelui inclus este orientată spre mezial) sau spredistal (coroana dintelui inclus este orientată spre distal);
D. incluzie dentară vestibulară (dintele inclus este orientat vestibular);

E. incluzie dentară vestibulo-orală (dintele inclus este orientat cu radacina spre vestibular şi cu coroana spre oral, poziţie denumită şi „a cheval");
R: A, B, C, D

48. In raport cu aspectul morfologic al dinţilorincluşi, Gănuţă (1998) diferenţiază următoarele tipuri de incluzii dentare:
A. incluzie dentară cu inclinatiecorono-radiculara;
B. incluzie dentară cu anomalii de formă ale coroanei;
C. incluzie dentară cu angulaţiecorono-radiculară;
D. incluzie dentară cu anchiloză dentară;
E. incluzie dentara cu anomalii de forma ale radacinii.
R: B, C, D, E

49. Urmatoarele afirmatii sunt adevarate:
A. incluzie dentară ectopică - dinţii se găsesc Ia locul în care, în mod normal, evoluează germenul dentar;
B. heterotopia dentară defineştesituaţia unui dinte ce se formează în altă parte decât la locul său normal (marginea bazilară,fosele nazale etc.);
C. heterotopia dentara definiestesituatia unui dinte ce se formeaza in locul dinteleui vecin;
D. incluzie dentară osoasă - intervenţia chirurgicală pentru dintele inclus interesază doar fibromucoasă;
E. incluzie dentară submucoasă - intervenţia chirurgicală pentru dintele inclus interesază doar fibromucoasa;
R: B, E

50. O serie de semne obiective se evidenţiază la examenul clinic intraoral ce pot sugera prezenţa unui dinte indus, după cum urmează:
A. lipsa de pe arcadă a dintelui permanent, deşi termenul Iui de erupţie nu este depăşit;
B. existenţa unui spaţiu de edentaţie, în anumite situaţii clinice;
C. prezenţa unei deformări vestibuläre sau orale, de consistenţă dură;
D. mentinerea pe poziţie a dinţilor vecini;
E. dureri cu caracter nevralgiform, fără o cauză precizată.
Raspuns: B, C, E

51. Poziţia caninilor incluşi în funcţie de unghiul intern dintre axul caninului şi linia interincisivă, evaluate pe ortopantomograma clasifica caninii incluşi în trei sectoare:
A. sectorul 1 - cuspidul caninului inclus este plasat între linia interincisivăşi incisivul central;
B. sectorul 1 - cuspidul caninului inclus este plasat pe linia interincisivă;
C. sectorul 2 - cuspidul caninului inclus este plasat între axul incisivului central şi axul incisivului lateral;
D. sectorul 2 - cuspidul caninului inclus este plasat deasupra axul incisivului central;
E. sectorul 3 - cuspidul caninului inclus este plasat deasupra incisivului lateral.
R: A, C

52*. Examenul radiologic care ofera cele mai multe date despre dintele inclus este:
A. Ortopantomograma;

B. Teleradiografia de profil;
C. Teleradiografia frontala;
D. tomografie computerizata axiala;
E. tomografie computerizata tridimensionala.
R: E

53. In cazul incluziei de canin se impune o menţiune specială ce vizează caninul însuşi, cu precădere cel superior, deşi este cel mai implicat dinte în patologia ortodontică, caninul:
A. se extrage deoarece nu este un dinte cu un rol morfo-funcţionai important;
B. nu este dintele cel mai puternic si cel mai robust.
C. este considerat un stâlp al ocluziei datorită poziţiei sale strategice în zona de curbura;
D. nu asigura ghidajul în mişcările de lateralitate;
E. are un rol cu totul special în echilibrul şi armonia interarcadică.
R: C, E

54. Reincluzia dentară reprezintă:
A. tendinţa de reîntoarcere sau reîntoarcerea progresivă în profunzimea osului a unui dinte care a erupt atingând planul de ocluzie;
B. rămânerea unui dinte complet format în interiorul osului maxilar sau submucos mult peste vârsta sa normală de erupţi;
C. lipsa unui dinte sau a mai multor dinţi mergând până la lipsa totală a acestora din cauza neformării mugurilor dentari;
D. o anomalie de erupţie;
E. o anomalie de pozitie;
R: A, D

55. Reincluzia dentară:
A. se regăseşte la ambele dentiţii, predominant însă la cea temporară;
B. se regăseşte la ambele dentiţii, predominant însă la cea permanenta;
C. cel mai frecvent, se întâlneşte la molarul al II-lea temporar, mai ales inferior;
D. cel mai frecvent, se întâlneşte la molarul al II-lea permanent, mai ales inferior;
E. cel mai frecvent, se întâlneşte la molarul al II-lea temporar, mai ales superior;
R: A, C

56. Reincluzia dentară parţială:
A. reprezintasituaţia în care o parte din coroana dintelui aflat în procesul de reincluzie este vizibilă;
B. dintelereinclus se afla în supra poziţie, aşa încât suprafaţa sa ocluzalădepaseste planul de
C. dintelereinclus se afla în infra poziţie, aşa încât între suprafaţa sa ocluzalăşi planul de ocluzie există un spaţiu variabil;
D. reprezintaabsenţa dintelui de pe arcadă fără ca acesta să fi fost extras;
E. de cele mai multe ori, spaţiul său este redus prin înclinarea dinţilor vecini, doar rareori acest spaţiu se păstrează.
R: A, C

57. După gradul de infraocluzie al dintelui reinclus se pot deosebi trei forme clinice:

A. forma clinică uşoară (dintele reinclus este sub planul de ocluzie cu 2-3 mm);
B. forma clinică uşoară (dintele reinclus este sub planul de ocluzie cu 1-2 mm);
C. forma clinică medie (dintele reinclus se află sub planul de ocluzie cu până la un sfert din coroană);
D. forma clinică medie (dintele reinclus se află sub planul de ocluzie cu până la jumatate din coroană);
E. forma clinică severă (dintele reinclus se află sub planul de ocluzie cu umatate din înălţimea coroanei sale).
R: B, D

58. In cazul reincluziei dentare parţiale, diagnosticul diferenţial se face cu:
A. oprirea temporară a potenţialului eruptiv al dintelui din alte cauze (obicei vicios);
B. incluzia dentara;
C. anodontia;
D. intruzia posttraumatică parţială (prin informaţiile anamnestice);
E. extractia.
R: A, D

59*. Diagnosticul diferenţial al reincluziei dentare totale se face cu:
A. intruzia posttraumatica;
B. extractia;
C. incluzia dentara;
D. anodontia;
E. toateraspunsurile sunt corecte.
R: E

60. Printre consecinţelereincluziei dentare se numără:
A. denivelarea planului de ocluzie ca urmare a infrapoziţiei dintelui reinclus;
B. modificări de ocluzie cauzate de înclinarea dinţilor vecini;
C. modificări de ocluzie cauzate de migrările dinţilorantagonisti;
D. ectopia sussesionalului permanent(mai frecvent);
E. incluziasuccesionalului permanent (mai rar);ectopia acestuia (mai rar);
R: A, B, C

61. Reincluzia dentară prezintă patru modalităţi de tratament:
A. reconstituirea contactelor aproximaleşiocluzale ale dintelui în cauză;
B. luxarea dintelui anchilozat pentru distrugerea punţii osoase anchilotice, permiţând dintelui reluarea erupţiei;
C. extracţiaşi replantarea dintelui anchilotic cât mai precoce;
D. expectativă;
E. nici un raspuns nu este corect.
R: A, B, C, D

62. In tratamentul reincluziei dentare trebuie avute în vedere:
A. dintele în cauză (temporar sau permanent);
B. gradulreincluziei (parţială sau totală);

C. momentulapariţiei (precoce sau tardiv);
D. anamneza;
E. curba von Spee.
R: A, B, C

63. Ectopia dentară este încadrată:
A. de şcoala americana în grupa anomaliilor dentare;
B. de şcoala franceza în grupa anomaliilor dentare;
C. de şcoala germana în grupa anomaliilor dentare;
D. de şcoala românească în grupa anomaliilor dentare;
E. de şcoala americană, ca anomalie singulară, în clasa I Angie.
R: B, C, D, E

64. Reducerea/absenţaspaţiului necesar erupţieişi alinierii dentare (cauza cea mai frecventă a ectopiei dentare) poate fi determinată de:
A. microdontie;
B. macrodonţia absolută;
C. macrodontia relativă;
D. dezvoltarea insuficientă a maxilarului in plan vertical;
E. meziopoziţia generalizată (MPG) ca urmare a cariilor precoce în zona de sprijin;
R: B, C, E

65. Ectopia dentară determina:
A. modificarea formei arcadei uni sau bilateral;
B. asimetria arcadei dentare;
C. determină tulburări fizionomice;
D. ectopia dentară în zona laterala induce tulburări fizionomice prin deformarea buzei;
E. ectopiile vestibulare dau aspect de edentaţie.
R: A, B, C

66. Relaţia dintre molarul de 6 ani şi baza craniului se stabileste cu exactitate pe:
A. ortopantomograma;
B. teleradiografie frontala;
C. teleradiografia axiala;
D. teleradiografia de profil;
E. teleradiografia laterala.
R: D, E

67.Tratamenul preventiv al ectopiei dentare:
A. trebuie să depisteze şi să înlăture obstacolele propriu-zise;
B. să prevină apariţiameziopoziţiei generalizate prin tratamentul cariilor de la nivelul zonei de sprijin;
C. include metoda „ghidării erupţiei" sau a „erupţiei ghidate" (Boboc, 1971);
D. include metoda extracţiei „dirijate", „de pilotaj", de „dirijare a erupţiei"(Hotz, 1940);
E. toateraspunsurile sunt corecte.
R: A, B, C

68.Extracţia dirijată se desfăşoară pe parcursul a 4-6 ani sau chiar mai mult, în patru etape, după cum urmează;
A. etapa I - extracţia incisivului lateral temporar pentru a asigura spaţiu necesar alinierii incisivului central permanent (în jurul vârstei de 4 ani);
B. etapa II - extracţia caninului temporar pentru a permite alinierea incisivului lateral permanent (în jurul vârstei de 10 ani);
C. etapa III - extracţia primului molar temporar pentru a grăbi evoluţia primului premolar (în jurul vârstei de 9 ani);
D. etapa IV - extracţia primului premolar pentru a da posibilitatea caninului permanent să erupă în spaţiul rezultat prin extracţie (în jurul vârstei de 10-11 ani).
E. etapa IV - extracţia primului premolar pentru a da posibilitatea caninului permanent să erupă în spaţiul rezultat prin extracţie (în jurul vârstei de 12-13 ani).
R: C, D

69.Plecând de la metoda lui Hotz, Houston (1975) reduce etapele extracţiei de dirijare a erupţieidinţilor frontali permanenţi, respectiv:
A. etapa I - extracţia celor 4 canini temporari pentru a crea condiţii favorabile alinierii incisivilor permanenţi (în jurul vârstei de 10 ani);
B. etapa I - extracţia celor 4 canini temporari pentru a crea condiţii favorabile alinierii incisivilor permanenţi (în jurul vârstei de 8 ani);
C. etapa II - extracţia primului molar temporar pentru a grăbi erupţia primului premolar (în jurul vârstei de 9 ani);
D. etapa II - extracţia primului molar temporar pentru a grăbi erupţia primului premolar (în jurul vârstei de 7 ani);
E. etapa III - extracţia primului premolar în momentul erupţiei caninilor permanenţi pentru a le asigura acestora spaţiul necesar alinerii (în jurul vârstei de 10-11 ani).
R: B, C, E

70.In cazul ectopiei dentare când deficitul de spaţiu este mare, de regulă, se recurge la extracţia unui dinte permanent ţinându-se astfel seama de:
A. starea de sănătate a dintelui ales, preferându-se întotdeauna un dinte compromis odontal, chiar dacă este situat Ia distanţă de dintele ectopic (ex: molarul de 6 ani);
B. axul dintelui ectopic;
C. axuldinţilorrestanţi astfel încât să asigure o deplasare cât mai mică a apexurilor dinţilor;
D. valoareadento-parodontală a dinţilor, context în care extracţiile vizează, mai ales, molarul de 6 ani, primul premolar si premolarul secund;
E. eventualele anomalii dento-alveolare asociate;
R: A, B, C, E

71. Transpoziţia dentară:
A. este o anomalie rară;
B. se întâlneşte, se pare, doar în dentiţia permanentă;
C. se intalneste, se pare, doar in dentitia temporara;
D. înproporţie mai mare la genul feminin;
E. in proportie mai mare la genul masculin.

R: A, B, D

72. Dintele cel mai interesat în fenomenul transpoziţiei este caninul care:
A. maxilar îşi poate schimba locul fie cu primul premolar, fie cu al doilea premolar;
B. la maxilar îşi poate schimba locul fie cu primul premolar, fie cu incisivul lateral;
C. la mandibulă, îşi schimbă, locul doar cu primul premolar;
D. la mandibulă, îşi schimbă, locul doar cu incisivul lateral;
E. la mandibula, majoritatea transpoziţiilor sunt bilaterale.
R: B, D

73. Pentru producerea transpoziţiei dentare concură mai mulţi factori, cum ar fi:
A. poziţiaintramucoasa a germenilor dentari;
B. pierderea precoce a caninului de lapte;
C. rahitismul;
D. formareainiţială a mugurilor dentari în poziţie inversată;
E. factorul genetic.
R: B, D, E

74. Diastema:
A. este o anomalie de pozitie;
B. este o anomalie de eruptie;
C. este caracterizata prin existenta unui spatiu intre dintii de pe aceeiasihemiarcada;
D. primara sau falsa;
E. primara sau adevarata;
R: A, B, E

75. După Dewey (citat de Boboc, 1971), la pacienţii cu diastemă, clinic putem întâlni trei tipuri de fren al buzei superioare:
A. fren lat - care generează o diastemă cu laturi divergente;
B. fren lat cu inserţie înaltă - care va induce o diastemă divergenta ocluzai;
C. frenîat cu inserţie joasă - care va determina o diastemă convergenta spre planul ocluzal;
D. frenul labial lat şi, de obicei, jos inserat poate fi însoţit de o fibromucoasă abundentă;
E. fren lat - care generează o diastemă cu laturi paralele;
R: D, E

76. In situaţiile în care se asociază şiprodenţia grupului incisiv sau rotaţia incisivilor, pentru a obţine o dimensiune reală a diastemei trebuie realizată o corecţie astfel:
A. prodenţia de 0-5°- se scade 0,3mm din valoarea iniţială a diastemei;
B. prodenţia de 5-10° - se scade o,5 mm;
C. prodenţia 10-15° - se scade 1,5 mm;
D. prodenţia de peste 20° - se scad 2 mm;
E. rotaţia de peste 45° - se scad 2mm.
R: C, D, E

77. Pentru diastema adevărată, diagnosticul diferenţial se face cu o serie de entităţi clinice, cum ar fi:

A. diastemele fiziologice - ce apar în condiţiile unei dezvoltări patologice în dentiţia temporară începând cu vârsta de 4-5 ani.
B. diastema tranzitorie de erupţie - este spaţiul care poate apărea odată cu erupţia incisivilor centrali superiori, spaţiu care dispare pe măsură ce erup incisivii laterali şi caninii;
C. spaţierile din compresiunea de maxilar, forma cu retrodentieşispaţiere;
D. spaţierile din dizarmonia dento-alveolară cu spaţiere cauzate de microdonţia, absolută sau relativă;
E. spaţierileinterdentare ca urmare a unor factori disfuncţionali (macroglosia cât şideglutiţia infantilă);
R: B, D, E

78. Tratamentul diastemei are ca obiective principale:
A. îndepărtarea cauzei care a determinat anomalia;
B. închiderea ortodontică a spaţiului existent, fara a fi urmata de contenţia;
C. extracţia dintelui supranumerar;
D. frenectomie, daca este cazul;
E. utilizarea doar a aparatelor mobilizabile.
R: A, C, D

79.Compresia de maxilar:
A. este de aproximativ 50%;
B. este de aproximativ 30%;
C. este de peste 30% în rândul pacienţilor ortodontici;
D. este de peste 50% în rândul pacienţilor ortodontici;
E. este de peste 60% în rândul pacienţilor ortodontici.
R: B, D

80. Formele grave de compresiune de maxilar se întâlnesc în:
A. macrosomiahemifacială;
B. sindromulGoldenhar;
C. sindromul Pierre Robin;
D. sindromulTreacherCoîlins;
E. sindromulDown.
R: B, C, D

81. Factori constituţionali, ce pot facilita apariţia compresiunii de maxilar:
A. tiparul de dezvoltare generală şi facială mezomorf;
B. dolicocefalic;
C. tendinţă de dezvoltare maxilară excesivă în plan transversal şi vertical;
D. prognatism mandibular funcţional;
E. terenul osos elastopat.
R: B, E

82. Urmatoarele afirmatii sunt corecte:
A. asigurarea unei alimentaţii artificiale a sugarului;

B. plasarea limbii în contact cu bolta palatină în zona suturii incisivo-canine reprezintă un stimul pentru dezvoltarea armonioasă a maxilarului;
C. lipsaalimentaţiei la sân a sugarului stimulează prima mezializare fiziologică a mandibulei;
D. consistenţa alimentelor să fie dura si bogata în fibre alimentare;
E. consistenţa alimentelor să fie moale.
R: B, D

83. Modificări specifice ale maxilarelor în rahitism, decelabile din primele luni de viaţă:
A. în zona anterioară aspectul de semicerc simetric al maxilarului superior;
B. în zona anterioară forma de V a maxilarului superior;
C. maxilarul este simetric;
D. îngustarea maxilarului creste spre zona molară;
E. posibil instalarea ocluziei inverse unilaterale;
R: B, E

84. Modificări specifice ale maxilarelor în rahitism, decelabile din primele luni de viaţă:
A. maxilarul este alungit şi îngustat;
B. bolta palatină are adâncime mare;
C. versantele alveolare laterale sunt verticale;
D. narinele sunt supradezvoltate;
E. aplatizarea zonei anterioare mandibulare.
R: A, B, C, E

85. Respiraţia orala cronică poate sa fie cauzată de:
A. vegetaţii adenoide;
B. rinite acute;
C. hipotrofia cornetelor nazale (mai ales a celor infeioare);
D. amigdale hipertrofice;
E. alergii.
R: A, D, E

86. Respiratorii orali prezinta urmatoarele caracteristici:
A. creştereanarinară este deficitara;
B. buza superioară este hipertona;
C. bascularearadiculo-lingual㠹 a incisivilor superiori;
D. retroalveolodenţia superioară;
E. mandibula coboară şi este favorizat prognatismul mandibular.
R: A, C

87. In compresia de maxilar cu prodenţie:
A. muşchiul buccinator este în tensiune;
B. muşchii orbiculari sunt hipotoni;
C. hipotonía musculaturii limbii;
D. hipertonia musculaturii limbii;
E. muşchiulmentalis este adesea hipoton.
R: A, B, D

88. Tratamentul ortodontic profilactic al compresiunii de maxilar urmareste:
A. desfăşurarea pe mai multi ani de viaţă (6-12 ani);
B. asigurarea unei alimentaţii exclusiv naturale în primele şase luni;
C. profilaxia rahitismului prin aport nutriţional corespunzător;
D. alternareapoziţiilorextremităţii cefalice în perioadele de somn al copilului;
E. monitorizarea ortodontică periodică, la un interval de şase luni, dupavarsta de 2 ani.
R: B, C, D

89. Vârsta optimă pentru iniţierea tratamentului ortodontic interceptiv in tratamentul compresiunii de maxilar este:
A. limita minimă variind între 4-5 ani şi 9 ani;
B. limita minimă variind între 2-3 ani şi 7 ani;
C. limita maximă fiind reprezentată de perioada prepubertară (8-9 ani la fete)
D. limita maximă fiind reprezentată de perioada prepubertară (10-11 ani la fete);
E. limita maximă fiind reprezentată de perioada prepubertară (10-11 ani la băieţi);
R: A, D

90. Reeducarea funcţiei de deglutiţie se realizează într-o succesiune de etape ce vizează:
A. exerciţii de creştere a motilităţii linguale;
B. supraveghereadeglutiţiei de hrană lichidă;
C. supravegherea deglutiţiei de hrană solida;
D. inconstientizarea modului corect de deglutitie;
E. repetarea modului corect de deglutiţie.
R: A, B, C, E

91. Ocluzia adâncă acoperită:
A. este o anomalie dento-maxilară cu etiologie monocauzala;
B. se caracterizează prin supraacoperire frontală accentuată;
C. se caracterizeaza prin retrodenţia tuturor incisivilor superiori sau doar a incisivilor laterali;
D. prezinta risc crescut de recidivă;
E. se manifestă în doar dentiţia permanentă.
R: B, D

92. La examenul facial al ocluziei adanc acoperite se remarcă câteva elemente importante cum ar fi:
A. etajul inferior al feţeimicşorat (exprimă deficitul de dezvoltare verticală);
B. buza superioară proemină (procheilie superioară);
C. buza inferioară răsfrântă;
D. şanţulmentoniersters;
E. unghiul mandibular marit;
R: A, B, C

93. La examenul intraoral al ocluziei adanc acoperite arcada maxilara:
A. este alungita;
B. are formă de V;

C. bolta palatină este lărgită;
D. proalveolie superioară (întregul os alveolar este situat anterior în raport cu baza maxilarului);
E. incisivii laterali sunt frecvent în vestibulopoziţie.
R: C, D, E

94. La examenul intraoral al ocluziei adanc acoperite arcada maxilara prezinta:
A. incisivii centrali şi laterali prezintă suprafeţe de abraziune pe faţapalatinală;
B. diverse grade de înghesuire dentară, de la formele uşoare, spre cele grave;
C. baza coronara este bine dezvoltată, mai mare decât baza apicala;
D. denivelarea planului ocluzal prin suprapoziţia zonelor laterale în raport cu grupul frontal;
E. bolta palatina ingusta.
R: A, B, D

95. La examenul intraoral al ocluziei adanc acoperite arcada mandibulara:
A. poate prezenta retrodenţia grupului frontal sau înghesuire;
B. curba Spee este aplatizata;
C. incisivii pot prezenta suprafeţe de abraziune pe faţa vestibulară;
D. incisivii pot prezenta suprafeţe de abraziune pe faţa linguala;
E. planul de ocluzie este denivelat prin existenţa unei suprapoziţii a dinţilor din regiunea incisivă;
R: A, C, E

96. Examenul funcţional al ocluziei adanc acoperite:
A. funcţia fizionomică este afectată prin surâsul gingival;
B. funcţia fizionomică este afectată prin prodentia incisivilor superiori;
C. funcţia fonetica - pacienţii prezintă adesea o voce închisă;
D. funcţiamasticatorie - masticaţia este de tip tocător şi o activitate crescută a muşchilorcoboratori ai mandibulei;
E. funcţia de deglutiţie ~ deglutiţia este palatală cu implicaţii în accentuarea versantului anterior al bolţii palatine, factor care agravează anomalia;
R: A, C, E

97. In ocluzia adanc acoperita, articulaţiatemporo-mandibulară prezintă modificări particulare de conformaţie privind partea temporală a acesteia, respectiv:
A. cavitate glenoidă joasa;
B. tuberculul articular cu pantă foarte abruptă;
C. un condil mai îngust şi scurt;
D. oconformaţie mai gracilă a ramurii ascendente;
E. un condil mai ingust si alungit;
R: A, B, D, E

98. Pe ortopantomogramă semnele unei rotaţii anterioare a mandibulei sunt;
A. unghi mandibular micşorat;
B. unghi mandibular marit;
C. condil înalt cu dezvoltare predominant anterioară;
D. curbapreangularăștearsă;

E. curbapreangulară accentuata.
R: A, C, D

99. Pe teieradiografia de profil in ocluzia adanc acoperita se decelează semnele unei creşteri faciale de tip anterior caracterizată prin:
A. unghiul FMA este micşorat (<22°)(hipodivergent) ;
B. unghiul FMA este micşorat (<22°)(hiperdivergent) ;
C. înălţimea facială anterioară (AHF) reprezentată de distanţa N-Gn este redusă;
D. unghiul SNB marit (valori normale 80°± 2°);
E. unghiul SNB micşorat (valori normale 80°± 2°);
R: A, C, E

100. Ocluzia adâncă acoperită adevărata caracterizată prin:
A. spaţiu redus de inocluzie fiziologică; ~ etaj inferior al feţeiuşormicşorat;
B.etajul inferior al feţei mult micşorat;
C. deep-bite scheletic diminuat;
D. „deep-bite" (ocluzie adâncă) scheletic accentuat;
E. supraalveolodenţie frontală şiinfraalveolodenţie laterală;
R: B, D, E

101. Ocluzia adâncă acoperită falsă caracterizată prin:
A. spaţiu de inocluzie fiziologică mare;
B. spaţiu redus de inocluzie fiziologică;
C. etaj inferior al feţeiuşormicşorat;
D. deep-bite scheletic diminuat;
E. excesul de dezvoltare verticală frontală (supraalveolodenţie superioară).
R: B, C, D, E

102. Tratamentul curativ al ocluziei adanc acoperite are ca obiective terapeutice urmatoarele:
A. obţinereaspaţiului necesar alinierii dentare;
B. alinierea grupului frontal prin modificarea axelor incisivilor;
C. reducereasupraacoperirii frontale; ~ corectarea relaţiei de distalizare;
D. retropulsia mandibulei astfel încât marginea incizală a dinţilor inferiori să vină în contact cu faţapaiatinală a antagoniştilor;
E. nivelarea planului de ocluzie (egresiuneadinţilor frontali/ingresiunea dinţilor laterali);
R: A, B, C

103. Ocluzie deschisă scheletică sau adevărată se caracterizeaza prin:
A. tipar facial hiperdivergent (creştereaînălţimii faciale anterioare şimicşorareaînălţimii faciale posterioare);
B. tipar cranio-facial situat în limite normale (nu există alterarea bazeior osoase);
C. mandibula prezintă un ram ascendent scurt;
D. un unghi mandibular cu valori scazute;
E. rotaţie mandibulara de tip posterioar.
R: A, C, E

104. Ocluzie deschisă dentară sau falsă se caracterizeaza prin:
A. infrapoziţiaşivestibulo-înclinarea dinţilor anteriori;
B. tiparcranio-facial situat în limite normale;
C. mărirea etajului inferior al fetei;
D. incompetenţă labială;
E. deglutitie infantila.
R: A, B, E

105. Semnele radiologice pentru ocluzia deschisă gravă, Examenul radiologie evidenţiază, pe lângă informaţiile uzuale despre dinţi (morfologie, poziţie, grad de dezvoltare, relaţiadinţilor cu structurile osoase învecinate, gradul de rizaliză a dinţilor temporari etc) şi elemente specifice anomaliei, cum ar fi:
A. infrapoziţia incisivilor;
B. infrapozitia molarilor;
C. oblicitatea accentuată a ramului orizontal al mandibulei;
D. crestereaînălţimii verticale a ramului ascendent mandibular;
E. rotaţia posterioară a mandibulei.
R: A, C, E

PEDODONȚIE

1. Erupţia dentară se desfăşoară în trei etape principale, iar mecanismele deplasării dinţilor sunt diferite ceea ce presupune influenţa unor factori ce ghidează şi controlează aceste mişcări:
A. etapa preeruptivă (intraosaasă) -corespunde perioadei de dezvoltare a germenului dentar, creşterea volumului coroanei dentare determinând un proces de resorbţie în masa alveolară din jur însoţită de o migrare transversală a dintelui
B. etapa eruptivă (prefuncţională) - această etapă cuprinde totalitatea mişcărilor parcurse de dinte de la locul de formare intraosoasă până la o anumită poziţie de unde, ulterior, dintele îşi începe mişcările predominant axiale din momentul în care coroana este complet mineralizată iar formarea rădăcinii este doar începută
C. etapa preeruptivă (intraosaasă) - La sfârşitul acestei perioade rădăcina dentară este formată aproximativ 1/3 până la o 1/2 din lungimea ei
D. etapa eruptivă (prefuncţională) - începe în momentul formării rădăcinii dentare şi se încheie odată cu articularea dintelui respectiv cu dinţii vecini şi antagonişti
E. etapa posteruptivă (postocluzală, funcţională) - începe din momentul în care dintele a atins planul de ocluzie şi a intrat în funcţie şi va continua până la încetarea existenţei sale pe arcadă
R: A, C, D, E

2. Variaţiile normale ale erupţiei dinţilor temporari sunt determinate de factori diferiţi cum sunt:
A. greutatea la naştere
B. vârsta mamei şi numărul de naşteri
C. rahitismul
D. unele anomalii cromozomiale
E. febrele eruptive
R: A, B

3. Cronologia erupţiei dinţilor temporari prezintă următoarele reguli:
A. dinţii temporari erup normal în intervalul 6-30 luni;
B. la fete primul grup de dinţi erupe mai repede decât la băieți;
C. cronologia erupţiei dinţilor temporari este influenţată în special de factori de mediu decât de cei genetici
D. erupţia dinţilor temporari se desfăşoară în 3 etape, etapa I - incisivii între 6-12 luni; etapa a II-a - primii molari între 12-18 luni şi caninii între 18-24 luni; etapa a III-a - molarii secunzi între 24-30 luni.
E. dinţii temporari erup după regula 6/4, adică la fiecare 6 luni erup încă 4 dinţi
R: A, D, E

4. Erupţia dinţilor permanenţi respectă câteva reguli:
A. primul dinte care erupe este primul molar inferior;
B. după erupţia primului molar inferior, dinţii permanenţi erup în ordinea poziţiei lor pe arcadă;
C. erupţia dinţilor permanenţi se desfăşoară în două etape principale, respectiv etapa l (incisivii şi primii molari permanenţi) şi etapa a II-a cea a molarilor de minte;
D. segmentul cel mai perturbat, ca ordine şi cronologie a erupţiei, este cel al molarilor şi premolarilor;
E. în cadrul aceluiaşi grup dentar, erup întâi dinţii superiori, şi apoi cei inferiori, cu excepţia premolarilor mandibulari (în special primii premolari) care erup înaintea celor maxilari;
R: A, B, E

5. Pericoronarita congestivă:
A. marchează un grad mai avansat de inflamaţie
B. afectează, în special, zona caninilor
C. semnele locale sunt mult mai evidente
D. congestia gingivala este lipsită de durere
E. starea generală poate fi alterată, cu febră şi adenopatie submandibulară
R: A, C, E

6. Tulburările de poziţie sunt reprezentate de:
A. malpoziţii dentare de tipul ectopiilor, incluziilor, rotaţiilor care, de obicei, interesează ultimii dinţi din grup (caninul superior, premolarul 2 inferior, molarul 3);
B. transpoziţii dentare, respectiv schimbarea locului pe arcadă între doi dinţi vecini, dintele cel mai interesat fiind caninul superior care îşi schimbă locul fie cu incisivul lateral (cel mai frecvent)
C. heterotopia, situaţia în care dintele se formează şi este la mare distanţă de locul lui obişnuit pe arcadă (de exemplu, caninul superior situat infraorbitar, molarul de minte inferior în ramura ascendentă)
D. rotaţii dentare, respectiv schimbarea locului pe arcadă între doi dinţi vecini, dintele cel mai interesat fiind caninul superior care îşi schimbă locul fie cu primul premolar (cel mai frecvent), fie cu incisivul lateral
E. ectopia, situaţia în care dintele se formează şi este la mare distanţă de locul lui obişnuit pe arcadă (de exemplu, caninul superior situat infraorbitar, molarul de minte inferior în ramura ascendentă)
R: A, C

7. Prevenţia primară, măsurile de prevenţie specifice care vizează:
A. Sigilările dentare
B. Periajul dentar
C. Extensia preventivă pentru prevenirea apariţiei leziunilor carioase secundare;
D. Monitorizarea anomaliilor de dezvoltare dentare;
E. Ortodonţia interceptivă, inclusiv intercepţia obiceiurilor vicioase
R: A, C

8. Tehnica Fones de periaj:
A. perii periuţei formează un unghi drept cu suprafeţele dentare
B. mânerul este paralel cu planul de ocluzie. Pacientul realizează periajul prin mişcări rotative cu o rază cât mai mare posibil
C. arcadele fiind în contact,
D. această tehnică este recomandată în stadiul de dentaţie temporară sau în prima etapă a dentiţiei mixte
E. tehnica asigură şi protecţia caninului, ţinând cont că acest dinte este situat la zona de curbură a arcadei
R: A, B, C, D

9. Cea mai utilizată clasificare a gradelor de fluoroză este clasificarea lui Dean:
A. Fluoroză incertă -transluciditatea smalţului nemodificată;
B. Fluoroză foarte uşoară -zone opace, cretoase alb/galbene sau alb-hârtie, neregulate, care acoperă aprox. 10-25% din suprafaţă (1/3 din suprafaţa vestibulară), la nivelul marginilor incizale ale incisivilor, vârfurile cuspidiene ale caninilor, premolarilor; molarii pot prezenta un lizereu albicios de 1-2mm;
C. Fluoroză uşoară -pete alb cretoase, extinse pe toate suprafaţele; opacifiere < 5O% din suprafaţa totală a smalţului;
D. Fluoroză severă -smalţ albicios, afectare marcată în raport cu stadiul III; coloraţie maronie, eroziuni, moderată supuse atriţiei; uzură marcată, pierderi de substanţă;
E. Fluoroză severă leziunile cuprind toate suprafeţele şi este afectată forma generală a dintelui (morfologia); cavităţi izolate sau confluente; coloraţie maronie extinsă cu aspect tigrat
R: B, C

10. Sigilarea şanţurilor şi fosetelor, contraindicaţii:
A. în cazul cariilor incipiente ale dinţilor nou erupţi
B. prevenirea apariţiei cariilor din şanţuri şi fosete
C. oprirea în evoluţie a cariilor incipiente necavitare din şanţuri şi fosete (s-a demonstrat capacitatea răşinilor de a opri progresia leziunilor carioase, chiar şi în dentină)
D. dinţi temporari aflaţi în erupţie, când nu poate fi asigurată o izolare adecvate
E. dinţi permanenţi aflaţi în erupţie, când nu poate fi asigurată o izolare adecvate
R: D, E

11. Dintele temporar prezintă trei stadii evolutive, fiecare cu o serie de particularităţi:
A. Stadiul l - dinte temporar tânăr: este perioada de creştere şi dezvoltare, până la edificarea rădăcinii

B. Stadiul l - dinte temporar tânăr: rădăcina continuă să se formeze posteruptiv, încă 1-2 ani de la momentul erupţiei în cavitatea bucală
C. Stadiul lI - dinte temporar matur: canalicule dentinare largi
D. Stadiul lI - dinte temporar matur: rădăcina se scurtează, orificiul apical se lărgeşte, mărind comunicarea pulpo-parodontală
E. Stadiul III - dinte temporar cu rădăcina în resorbţie: pulpa dentară este voluminoasă, bine vascularizată, iar coarnele pulpare sunt situate superficial
R: A, B, C

12. Clasificarea cariei dentare în funcţie de evoluţie:
A. Caria acută, evoluţie rapidă spre profunzime, astfel că pulpa nu reuşeşte să depună în acelaşi ritm dentina de reacţie
B. Caria cronică apare frecvent pe suprafeţele proximale ale dinţilor
C. Caria cronică deschidere mai mare în suprafaţă a cariei şi extindere mai redusă în profunzitne, elemente care favorizează autocurăţirea şi încetinirea proceselor chimice distructive
D. Caria cronică la origine, această carie a fost o carie acută, dar datorită extracţiei dintelui vecin şi apariţia condiţiiior de curăţire şi autocurăţire, leziunea odontală s-a oprit în evoluţie
E. Caria oprită în evoluţie suprafaţa de smalţ este dură, brună, rugoasă, asemanătoare cu caria cronică
R: A, C, E

13. Clasificarea pulpitelor dinţilor temporari după evoluţie:
A. ireversibile
B. simptomatice
C. asimptomatice
D. cu camera pulpară deschisă
E. cu camera pulpară închisă
R: A, B, C

14. Diagnosticul diferenţial al cariei simple a dinţilor temporari se realizează cu:
A. displaziile dentare (pentru caria cronică şi caria acută simplă superficială/incipientă)
B. cariile complicate cu pulpite cronice cu camera pulpară deschisă sau închisă, care pot avea o simptomatologie dureroasă absentă
C. cariile complicate cu necroză şi gangrenă pulpară (când camera pulpară poate fi închisă sau aparent închisă, cu un proces carios aparent nepenetrant)
D. sindromul de sept;
E. pericoronarita;
R: A, B, C

15. Coafajul direct are ca obiectiv menţinerea vitalităţii pulpare şi asigurarea funcţionalităţii dinteli, avand indicații:
A. deschidere accidentală de dimensiune redusă, în timpul preparării cavităţii, în prezența contaminării cu salivă;
B. pacient necooperant;
C. carie profundă cronică cu simptomatologie limitată
D. pacient cooperant;

E. carie profundă acută cu simptomatologie limitată
R: D, E

16. Variațiile patologice ale erupției dinților temporari sunt condiționate de factori etiologici excepționali, dintre care enumerăm:
A. rahitismul este însoțit de întârzieri mari în erupția dinților temporari
B. luesul congenital este însoțit de întârzieri mari în erupția dinților temporari
C. rubeola prenatală este însoțit de întârzieri mari în erupția dinților temporari
D. deficiențele nutritive sunt însoțite de întârzieri mari în erupția dinților temporari
E. diferențele rasiale pot determina întârzieri mari în erupția dinților temporari
R: A, B, C

17. Factorii generali implicați în variațiile patologice ale erupției dinților permanenți sunt:
A. activitatea glandelor endocrine influențează ritmul și viteza de erupție dentară
B. bolile genetice, de exemplu sindromuL Down, sindromul Turner influențează ritmul și viteza de erupție dentară
C. deficiențele nutriționale șî metabolice, în mod special rahitismul, pot să întârzie erupția dentară
D. sexul exercită o influență incontestabilă asupra erupției
E. diferențele rasiale pot influența erupția dinților permanenți
R: A, B, C

18. Factorii generali implicați în variațiile patologice ale erupției dinților permanenți sunt:
A. angioamele feței atrag după sine o accelerare a erupției dinților în zonele interesate
B. traumatismele dento-alveoiare urmate de anchiloza dento-alveolară pot să întârzie erupția dinților succesori
C. obstacolele locale pot întârzia erupția unuia sau a mai multor dinți permanenți
D. factorii sodo-economici pot influența erupția unuia sau a mai multor dinți permanenți
E. efectul climei poat influența erupția unuia sau a mai multor dinți permanenți
R: A, B. C

19. Dinții natali și neonatal:
A. dinții natali sunt dinții prezenți în cavitatea bucală în momentul nașterii
B. dinții neonatali sunt dinții care erup în prima lună de viață
C. dinții natali sunt dinții care erup în prima lună de viață
D. dinții neonatali sunt dinții prezenți în cavitatea bucală în momentul nașterii
E. dinții neonatali sunt dinții care erup în primele trei luni de viață
R: A, B

20*. Caninii temporari erup astfel:
A. după erupția incisivilor laterali temporari
B. după erupția molarilor primi temporari
C. după erupția molarilor secunzi temporari
D. după erupția incisivilor centrali temporari
E. după erupția premolarilor primi temporari
R: B

21*. Molarii primi temporari erup astfel:
A. după erupția incisivilor laterali temporari
B. după erupția incisivilor centrali temporari
C. după erupția caninilor temporari
D. după erupția molarilor secunzi temporari
E. după erupția premolarilor primi temporari
R: A

22. Erupția dinților permanenți respectă câteva reguli:
A. primul dinte care erupe este primul molar inferior
B. primul dinte care erupe este incisivul central inferior
C. la fete, dinții erup mai repede decât la băieți
D. segmentul cel mai perturbat, ca ordine și cronologie a erupției, este cel al caninilor și premolarilor
E. primul dinte care erupe este incisivul central superior
R: A, C, D

23. Erupția dinților permanenți respectă următoarele reguli:
A. după erupția primului molar inferior, dinții permanenți erup în ordinea poziției lor pe arcadă
B. cronologia erupției dinților permanenți este influențată într-o mai mare măsura de factorii de mediu
C. premolarul secundar va prelungi distal arcada dentară permanentă
D. dinții erup simetric la mici diferențe dreapta-stânga
E. în cadrul aceluiași grup dentar, erup întâi dinții inferiori și apoi cei superiori, cu excepția premolarilor maxilari (în special primii premolari) care erup înaintea celor mandibular
R: A, B, D, E

24*. Ordinea erupției dinților permanenți în sectorul Pm-C este ușor diferită ia fete față de băieți:
A. fete: maxilar Pm1-C-Pm2; mandibulă C-Pm1-Pm2; băieți: maxilar Pm1-Pm2-C; mandibulăa Pml-C-Pm2
B. fete: maxilar Pm1- Pm2-C; mandibulă C-Pm1-Pm2; băieți: maxilar Pm1- C-Pm2; mandibulă Pml-C-Pm2
C. fete: maxilar Pm1-C-Pm2; mandibulă C-Pm1-Pm2; băieți: maxilar Pm1-Pm2-C; mandibulă C-Pml-Pm2
D. fete: maxilar Pm1-C-Pm2; mandibulă Pm1-C-Pm2; băieți: maxilar Pm1-Pm2-C; mandibulăa Pml-C-Pm2
E. fete: maxilar Pm1-C-Pm2; mandibulă C-Pm1-Pm2; băieți: maxilar C-Pm1-Pm2; mandibulăa Pml-C-Pm2
R: A

25. Dinții cei mai afectați de către hematomul de erupție sunt:
A. primul molar permanent
B. molarul II temporar
C. caninul temporar
D. caninul permanent

E. molarul prim temporar
R: A, B, C, D

26. Chisturile dentigere sau de erupție se caracterizează prin:
A. dinții mai frecvent interesați sunt dinții incluși
B. dinții mai frecvent interesați sunt cei încă în formare și dezvoltare
C. dinții mai frecvent interesați sunt molarul 3, caninii permanenți
D. este frecvent asîmptomatic șl se poate asocia cu întârzieri în erupția dinților
E. tratamentul chirurgical este întotdeauna obligatoriu
R: A, B, C, D

27. Sechestrul de erupție se caracterizează prin:
A. sunt mai frecvent afectați molarii permanenți
B. sunt mai frecvent afectați molarii II temporari
C. sunt mai frecvent afectați molarii primi temporari
D. frecvent este asimptomatic
E. sunt mai frecvent afectați caninii permanenți
R: A, B, D

28. Gingivostomatita întâlnită cu ocazia erupție dentare poate evolua de la forma cea mai simplă, de gingivită eritematoasă spre:
A. poate evolua spre gingivita pultacee
B. poate evolua spre gingivita ulceroasă
C. poate evolua spre gingivita ulcero-necrotică
D. poate evolua spre gingivita herpetică
E. poate evolua spre gingivita hidantoinică
R: A, B, C

29. Măsurile specifice prevenției secundare din cadrul profilaxia cariei dentare în perioada de creștere sunt:
A. tratamentul prompt al cariilor incipiente prin restaurări preventive cu rășini
B. ortodonția interceptivâ, inclusiv intercepția obiceiurilor vicioase
C. monitorizarea anomaliilor de dezvoltare dentare
D. extensia preventivă pentru prevenirea apariției leziunilor carioase secundare
E. înlocuirea structurilor dentare pierdute prin lucrări protetice
R: A, B, C, D

30. Obiectivele evaluării riscului carios sunt următoarele:
A. Detectarea pacienților cu risc carios mare, mai susceptibili la apariția leziunilor carioase
B. Stabilirea unor metode preventiv-terapeutice specifice
C. Alegerea unor metode de tratament specifice
D. Stabilirea intervalului de reevaluare a pacientului
E. Fluorizarea sistemului public de apă potabilă
R: A, B, C, D

31. Recomandări generale în ce privește periajul dentar:

A. Periajul dentar trebuie realizat de Ia erupția primului dinte
B. Periajul dentar se realizează de doua ori pe zi, după micul dejun și înainte de culcare
C. Durata unui periaj corect este de 3-5 minute
D. Utilizarea unei periuțe dentare cu peri moi, cu un cap mic și un mâner mare, adecvat pentru copiii mai mici, care se schimbă la un Interval de 3 luni
E. Utilizarea unei periuțe dentare cu peri de duritate medie, cu un cap mic și un mâner mare, adecvat pentru copiii mai mici, care se schimbă la un Interval de 6 luni
R: A, B, C, D

32. În ce privește igiena nutrițională sunt adevărate următoarele afirmații:
A. se recomandă controlul aportului de alimente bogate în zaharoză
B. se evită în special alimentele moi și lipicioase,
C. se preferă alimentele mai dure, care nu rămân atașate de suprafețele dentare
D. se recomandă și reducerea consumului de alimente de tip fast-food
E. se recomandă și reducerea consumului de carne
R: A, B, C, D

33*. În ce privește utilizarea clorhexidinei sunt adevărate următoarele afirmații:
A. lactobacilii sunt foarte sensibili la acțiunea dorhexidinei
B. streptococul mutans nu este sensibil la acțiunea dorhexidinei
C. clorhexidina are o toxicitate crescută
D. nu modifică culoarea dinților
E. are gustul oarecum amar, care poate fi neplăcut pentru copii
R: E

34*. În ce privește administrarea tabletelor de fluor sunt adevărate următoarele afirmații:
A. trebuie să urmeze o schemă de dozare ajustată la vârstă și conținutul de fluor din apa potabilă.
B. tabletele de fluor se recomandă din trimestrul al II-lea de sarcină până la vârsta de 10 ani a copilului
C. Tabletele de fluor se recomandă din primul trimestru de sarcină până la vârsta de 10 ani a copilului
D. Tabletele de fluor se recomandă din trimestrul al IlI-lea de sarcină până la vârsta de 14 ani a copilului
E. Tabletele de fluor se recomandă din trimestrul al IlI-lea de sarcină până la vârsta de 18 ani a copilului
R: A

35. În ce privește tehnica sigilării şanţurilor şi fosetelor sunt adevărate următoarele afirmații:
A. Izolarea dintelui cu ajutorul digâi
B. Curățarea suprafeței dentare prin penaj cu pastă de dinți fără fluor și glicerina
C. Curățarea suprafeței dentare prin penaj cu pastă de dinți cu fluor și glicerina
D. Gravajul acid al smalțului
E. Aplicarea sigilantului
R: A, B, D, E

36. În ce privește lacurile cu fluor sunt adevărate următoarele afirmații:

A. conțin concentrații mari de fluor
B. aderă la suprafețele dentare timp de câteva zile
C. sunt ușor de aplicat
D. se recomandă utilizarea trimestrială, adică de patru ori pe an
E. se recomandă utilizarea acestora de două ori pe an
R: A, B, C, E

37. În ce privește gelurile cu fluor sunt adevărate următoarele afirmații:
A. Cele mai multe dintre ele sunt ușor acide
B. Sunt aplicate cu ajutorul unor gutiere
C. Din cauza riscului de înghițire, acestea nu trebuie utilizate la copiii de vârstă preșcolară
D. Gelurile cu fluor sunt indicate la copiii cu risc carios ridicat și la cei cu hipersalivație
E. Gelurile cu fluor sunt indicate la copiii cu risc carios ridicat și la cei cu hiposalivație
R: A, B, C, E

38. În ce privește restaurarea preventivă sunt adevărate următoarele afirmații:
A. Materialul de obturație utilizat poate fi *cimentul glassionomer*
B. Materialul de obturație utilizat poate fi *un compomer*
C. Materialul de obturație utilizat pot fi rășinile compozite
D. Materialul de obturație utilizat poate fi amalgamul
E. Materialul de obturație utilizat poate fi cimentul policarboxilat
R: A, B, C

39. Particularități de prevenție pentru grupa de vârstă 0-1 ani, sunt adevărate următoarele afirmații:
A. leziunile carioase prezente la acest grup de vârstă este de carie precoce a copilăriei
B. progresia cariei este extrem de rapidă ce duce în scurt timp la afectare pulpară dacă nu se instaurează un tratamentul adecvat
C. principala problemă ce poate apărea la această grupă de vârstă este cooperarea copilului.
D. leziunile carioase prezente la acest grup de vârstă este de carie evolutivă situată intr cei 2 molari temporari
E. un factor etiologic important este alimentarea cu biberonul în timpul nopții
R: A, B, C, E

40. Particularități de prevenție pentru grupa de vârstă 3-6 ani, sunt adevărate următoarele afirmații:
A. leziunile carioase active la nivelul incisivilor temporari sunt mai puțin frecvente
B. în jurul vârstei de 5 ani, dinții, cu cea mai mare experiență carioasă sunt molarii primii temporari
C. în jurul vârstei de 5 ani, dinții, cu cea mai mare experiență carioasă sunt molarii secunzi temporari
D. cele mai frecvent afectate suprafețe fiind suprafețele oduzale
E. cele mai frecvent afectate suprafețe fiind suprafețele proximale
R: A, C, D, E

41. Particularități de prevenție pentru grupa de vârstă 6-12 ani, sunt adevărate următoarele

afirmații:
A. particularitatea specifică acestei grupe de vârstă este erupția molarilor permanenți
B. particularitatea specifică acestei grupe de vârstă este erupția premolarilor
C. o atenție cu totul deosebită trebuie acordată în jurul vârstei de 6 ani asupra erupției molarului prim permanent
D. o atenție deosebită trebuie acordată suprafeței meziale a molarilor secunzi temporari
E. cea mai frecventă localizare a leziunilor incipiente Ia această grupă de vârstă este la nivelul șanțurilor și fosetelor molarilor și premolarilor
R: A, B, C, E

42*. Particularități de prevenție pentru grupa de vârstă 12-19 ani, sunt adevărate următoarele afirmații:
A. La vârsta de 12 ani, aproximativ 80% dintre leziunile carioase tratate sau netratate implică suprafețele ocluzate ale molarilor și premolarilor
B. La vârsta de 13 ani, aproximativ 60% dintre leziunile carioase tratate sau netratate implică suprafețele ocluzate ale molarilor și premolarilor
C. La vârsta de 13 ani, aproximativ 80% dintre leziunile carioase tratate sau netratate implică suprafețele ocluzate ale molarilor și premolarilor
D. La vârsta de 14 ani, aproximativ 70% dintre leziunile carioase tratate sau netratate implică suprafețele ocluzate ale molarilor și premolarilor
E. La vârsta de 13 ani, aproximativ 90% dintre leziunile carioase tratate sau netratate implică suprafețele ocluzate ale molarilor și premolarilor
R: C

43. Consecințele particularităților morfologice și structurale ale dinților temporari în relație cu leziunile odontale sunt:
A. evoluția rapidă a cariei dentare
B. expunerea la deschiderea accidentală a camerei pulpare
C. capacitate reparatorie diminuată a pulpei dentare
D. capacitate reparatorie crescută a pulpei dentare
E. parodonțiul marginal are o zonă papilară bine reprezentată
R: A, B, C, E

44. În funcție de țesuturile afectate, caria dinților temporari se clasifică astfel:
A. caria superficială, interesează smalțul până la limita amelo-dentinară
B. profundă, procesul carios interesează și dentina
C. caria simplă, este caria care a afectat smalțul dentar și într-o anumită proporție dentina, dar nu a determinat apariția simptomatologiei pulpare
D. caria complicată, este caria care a afectat smalțul și extensiv dentina, cu apariția simptomatologiei pulpare
E. caria superficială, interesează smalțul și dentina
R: C, D

45. Clasificarea morfologică și topografică a cariei dinților temporari:
A. Clasa I - suprafața ocluzală a molarilor temporari
B. Clasa II - suprafețele proximale ale premolarilor și molarilor

C. Clasa III - suprafețele proximale ale incisivilor și caninilor, cu interesarea unghiului incizal;
D. Clasa III - suprafețele proximale ale incisivilor și caninilor, fără interesarea unghiului incizal
E. Clasa V - localizare în treimea cervicală a coroanelor dentare
R: A, D, E

46. Caria oprită în evoluție a dinților temporari se caracterizează prin:
A. apare frecvent pe suprafețele ocluzale ale dinților
B. apare frecvent pe suprafețele proximale ale dinților
C. procesele de remineralizare le înlocuiesc pe cele de demineralizare
D. deschidere mai mare în suprafață a cariei și extindere mai redusă în profunzime
E. în 1-2 luni această carie poate deveni penetrantă
R: B, C

47. Caria circulară a dinților temporari se caracterizează prin:
A. apare la nivelul Incisivilor superiori, molarilor primi superiori, molarilor, incisivilor și caninilor inferiori
B. apare la nivelul Incisivilor superiori, molarilor primi superiori, molarilor și caninilor inferiori, iar incisivii inferiori sunt mai rar afectați;
C. debutează ca o pigmentație la nivelul coletului, pe fața vestibulară și se extinde circular, mai mult în suprafață decât în profunzime
D. factorul favorizant al apariției acestei leziuni este consumul băuturilor îndulcite în timpul somnului
E. progresie accelerată a leziunilor până la fracturarea dinților
R: B, C, D, E

48. Caria complicată a dinților temporari se poate clasifica astfel:
A. pulpita - afectarea inflamatorie a țesuturilor pulpare
B. necroza pulpară - mortificarea aseptică a țesuturilor pulpare
C. gangrena pulpară - mortificarea septică a țesuturilor
D. necroza pulpară - mortificarea septică a țesuturilor pulpare
E. gangrena pulpară - mortificarea aseptică a țesuturilor
R: A, B, C

49. Pulpita acută a dinților temporari poate fi:
A. purulentă
B. seroasă
C. polipoasă
D. granulomatoasă
E. totală
R: A, B, E

50*. Simptomatologia subiectivă a cariei simple a dinților temporari se caracterizează prin:
A. simptomele dureroase sunt șterse
B. simptomele dureroase sunt constante
C. simptomele dureroase sunt accentuate
D. simptomele dureroase au un tipar clasic

E. sensibilitatea se accentuează odată cu involuția organului puîpar
R: A

51. În cazul cariei simple a dinților temporari la inspecție se observă:
A. pierderea transluciditățiI smalțului
B. prezența unei pete albe cretoase
C. poate să apară sensibilitate la contactul cu agenți termici și chimici
D. soluții de continuitate cu lipsă de substanță
E. colorații brun-negricioase la nivelul unor fisuri/fosete
R: A, B, D, E

52. În cazul cariei simple a dinților temporari la paiparea cu sonda dentară se observă:
A. fisură sau discontinuitate în stratul de smalț
B. sonda va "agăța" și retenționa în discontinuitățile create de caria dentară
C. dacă caria este acută, țesuturile dentinare vor fi mai dure, dar rugoase
D. dacă caria este cronică, pătrunde cu ușurință în țesuturile subminate
E. la palpare, cu o linguriță Black se poate îndepărta din dentina ramolită de pe fundul cavității
R: A, B, E

53. În cazul cariei simple a dinților temporari la percuția cu mânerul sondei se observă:
A. copilul nu oferă informații precise la percuția dinților temporari
B. în cazul cariei simple a dinților temporari, percuția este negativă
C. percuția axială pozitivă va indica o patologie periapicală
D. poate să apară sensibilitate la ingestia dulciurilor
E. pacientul relatează sensibilitate la contactul cu agenți termici și chimici
R: A, B, C

54. În cazul cariei simple a dinților temporari, examenul radiologie va evidenția:
A. leziunile carioase proximale
B. relația cu sinusurile maxilare
C. relația cu canalul mandibular
D. profunzimea proceselor carioase și proximitatea camerei pulpare
E. gradul de rizaliză a dintelui temporari
R: A, D, E

55. Conduita terapeutică în cazul cariei simple a dinților temporari depinde de:
A. particularitățile morfo-structurale ale dinților temporari
B. particularitățile comportamentale ale pacientului
C. vârsta cronologică și vârsta dentară a pacientului
D. leziunile odontale localizate la nivelul grupului frontal se vor trata până ia vârsta de 6 ani
E. leziunile odontale localizate la nivelul zonei de sprijin, până la vârste de 10-11 ani
R: A, B, C, E

56. În pregătirea cavităților, pentru tratamentul cariei simple a dinților temporari, există câteva particularități pentru fiecare tip de cavitate Black, astfel pentru clasa I avem:
A. toate fosetele și fisurile se vor include în conturul cavității

B. se pot realiza două cavități ocluzale dacă creasta oblică de smalț este suficient de rezistentă
C. niciodată nu se realizează două cavități ocluzale, indiferent de rezistența crestei oblice de smalț
D. niciodată nu se vor include toate fosetele și fisurile în conturul cavității pentru a reduce pierderile de subsatanță dură dentară
E. se pot realiza două cavități ocluzale indiferent dacă creasta oblică de smalț este suficient de rezistentă
R: A, B

57. În pregătirea cavităților, pentru tratamentul cariei simple a dinților temporari, există câteva particularități pentru fiecare tip de cavitate Black, astfel pentru clasa III și IV avem:
A. presupun realizarea unor casete simple
B. retențille palatinale sunt ușor de realizat
C. pentru cariile superficiale care interesează incisivii temporari se recomandă șlefuirea suprafeței proximale urinată de fluorizare
D. datorită dimensiunii coroanelor dinților temporari, în majoritatea situațiilor se va realiza doar deschiderea, curățarea cavității și netezirea marginilor
E. pentru caninii temporari, se recomandă realizarea unei retenții pe suprafața orală sau aplicarea unei coroane pedodontice preformate
R: A, C, D, E

58. În pregătirea cavităților, pentru tratamentul cariei simple a dinților temporari, există câteva particularități pentru fiecare tip de cavitate Black, astfel pentru clasa V avem:
A. profunzimea cavității să nu depășească 1-1,5mm
B. profunzimea cavității să nu depășească 2-2,5mm
C. presupune includerea tuturor zonelor decalcifiate
D. profunzimea cavității să nu depășească 1,5-2mm
E. apropierea de gingie se asociază cu dificultăți de izolare și aplicare a materialului de obturație
R: C, D, E

59*. Tratamentul cariei simple superficiale a dinților temporari presupune:
A. îndepărtarea procesului carios se va realiza cu freze de turbină, diamantate
B. îndepărtarea procesului carios se va realiza cu freze de piesă cot la turație redusă pentru a nu provoca durere
C. pentru toaleta cavității se vor utiliza apa oxigenată
D. materialele de tip compozit sunt preferate în cazul restaurării dinților temporari
E. pentru izolarea cavității vom folosi în mod obligatoriu sistemul de digă
R: A

60. Tratamentul cariei simple profunde a dinților temporari presupune:
A. in tratatamentul plăgii dentinare pot fi folosite cimenturila FOZ (oxifosfat de zinc)
B. in tratatamentul plăgii dentinare poate fi folosit mineral trioxid agregat (MTA)
C. pentru reconstituirea morfologiei coronare se pot utiliza incrustațiile
D. pentru reconstituirea morfologiei coronare se pot utiliza coroanele pedodontice prefabricate
E. in tratatamentul plăgii dentinare poate fi folosit cimentul pe bază de zinc-oxid-eugenat (ZOE)
R: B, C, D, E

61. Cauzele cele mai frecvente ale apariției cariei complicate a dinților temporari sunt:
A. dimensiunea mare a camerei puîpare;
B. situarea profundă a coarnelor pulpare;
C. podeaua mai subțire a camerei puîpare;
D. neglijarea tratamentului cariei simple;
E. folosirea substanțelor iritante pentru spălarea cavității;
R: A, C, D, E

62. Pulpita acută seroasă in cazul dinților temporari, simptomatologia obiectivă:
A. cavitate carioasă de diferite profunzimi
B. depozite bogate de dentină moale
C. la deschiderea unui corn pulpar apare o picătură de puroi, iar pacientul ne relatează accentuarea durerii
D. pulpa astfel descoperită este sensibilă la atingere
E. în cazul pulpitelor seroase totale, durerea nu mai poate fi ameliorată cu antialgice uzuale, este continuă sî de mare intensitate, fiind prezentă și sensibilitatea la percuția în ax
R: A, B, D, E

63. Pulpita acută purulentă in cazul dinților temporari, simptomatologia subiectivă:
A. durerea este spontană si are un caracter pulsatil
B. durerea este de durată mai lungă, difuză
C. durerea se accentuează sau este declanșată mai ales pe timpul nopții (datorită căldurii de la pernă)
D. durerea este ameliorată de lichidele reci menținute în cavitatea bucală
E. în pulpita purulentă totală apare sensibilitatea și durerea la percuția în ax
R: A, B, C, D

64. Pulpita cronică cu camera pulpară închisă in cazul dinților temporari, simptomatologie:
A. disconfort dureros inconstant
B. durerea apare în timpul masticației
C. obturații extinse în cavități profunde
D. obturațîi vechi, cu carie secundară
E. cavitate carioasă profundă cu camera pulpară deschisă
R: A, B, C, D

65. Pulpita cronică cu camera pulpară deschisă – forma granulomatoasă (polipoasă) in cazul dinților temporari, simptomatologia obiectivă :
A. cavitate carioasă profundă cu camera pulpară deschisă
B. polipul format din țesut de granuîație, lax, bine vascularizat, roșu, detașabil, ce sângerează la atingere
C. în zonele superficiale, polipul este insensibil la palpare datorită absenței terminațiilor nervoase de la acest nivel
D. polipul pulpar va putea fi confundat cu un polip gingival și de aceea se va identifica baza sa de implantare, pentru un diagnostic correct
E. în zonele superficiale, polipul este sensibil la palpare datorită prezenței terminațiilor nervoase

de la acest nivel
R: A, B, C, D

66. Obiectivele tratamentului pentru pulpitele dinților temporari sunt:
A. combaterea durerii
B. tratamentul leziunii pulpare
C. refacerea morfo-funcțională a dintelui temporar indiferent de stadiul său evolutiv
D. desfășurarea normală a procesului de rizaliză a dintelui temporar
E. menținerea pe arcadă a dintelui temporar până la înlocuirea sa fiziologică
R: A, B, D, E

67. Indicațiile de tratament conservativ ale unui dinte temporar cu afecțiune pulpară sunt:
A. existența unei carii profunde, cu pierderea peretelui proximali si ocluzal
B. evidențierea radiologică a cariei dentare, extinsă la mai mult de jumătate din distanța smalț - pulpă
C. prezența semnelor clinice de necroză pulpară sau gangrena
D. indicații medicale (hemofilie, diabet, tulburări de hemostază)
E. anxietate legată de extracție
R: B, C, D, E

68. Coafajul indirect, indicații in cazul dinților temporari:
A. dinții temporari aflați în stadiul 2, 3
B. carie profundă acută cu simptomatologie limitată
C. hiperemie pulpară
D. pulpită seroasă parțială
E. traumatisme dentare fără deschiderea camerei puîpare
R: B, C, D, E

69. Indicațiile de extracție ale unui dinte temporar cu afecțiune pulpară sunt:
A. risc medical (cardiac, imunologic, tratament oncologic, grefe)
B. policarii cu extracții multiple
C. dentație mixtă cu înghesuiri
D. existența unei carii profunde, cu pierderea peretelui proximal
E. carie penetrantă în planșeu
R: A, B, C, E

70. Pulpotomia vitală in cazul dinților temporari, este o manoperă care constă în:
A. îndepărtarea pulpei coronare ce se presupune a fi alterată
B. eliminarea în întregime a țesutului inflamat și infectat
C. menținerea vitalității pulpei radiculare
D. îndepărtarea partială pulpei coronare ce se presupune a fi alterată
E. eliminarea în parte a țesutului inflamat și infectat
R: A, B, C

71. Pulpectomia vitală in cazul dinților temporari, indicații:
A. pulpite totale ale dinților temporari aflați în stadiul 2 evolutiv

B. evoluție nefavorabilă a pulpotomiei
C. dinte temporar cu carie profundă, simptomatică
D. dinte temporar cu carie profundă, cu deschiderea accidentală a camerei puîpare
E. hiperemie pulpară
R: A, B

72. Pulpotomia devitală in cazul dinților temporari, tehinică:
A. se va aplica la nivelul deschiderii camerei puîpare un preparat medicamentos care are rol de a desensibiliza țesutul pulpar
B. aceste preparate conțin în compoziția lor paraformaldehidă și un anestezic
C. se recomandă aplicarea unei cantități foarte mici din acest preparat
D. cavitatea coronară se va obtura cu un material care să asigure o etanșeitate adecvată
E. timpul de acțiune al preparatului, pentru a desensibiliza pulpa dentară este de 21 de zile
R: A, B, C, D

73. Pulpectomia devitală in cazul dinților temporari, indicații:
A. dinți temporari cu afectare pulpară, cu rădăcina neresorbită, sau resorbție < 2/3;
B. pacient non-compliant
C. afecțiuni generale
D. resorbție radiculară importantă
E. pacient cooperant
R: A, B, C

74. Alegerea metodei de tratament in cazul gangrenei dinților temporari depinde de:
A. forma clinică
B. gradul de distracție coronară
C. gradul de rezorbție radiculară
D. gradul de interesare a osului alveolar
E. grupa sanguină a copilului
R: A, B, C, D

75. Tratamentul cariei simple la dintii permanenti imaturi, obiective:
A. păstrarea vitalității pulpare în vederea continuării șî definitivării proceselor de apexogeneză șî maturogeneză;
B. conservarea cât mai mare a structurilor dure dentare sănătoase;
C. oprirea evoluției procesului carios;
D. prevenirea apariției complicațiilor locale și la distanță
E. permiterea eruptiei molarilor de minte
R: A, B, C, D

76. Prepararea cavităților de clasa I ultraconservatoare la dintii permanenti imaturi, indicații:
A. Leziuni ale suprafețelor accidentate suspecte de a ascunde carii dentinare
B. Carii cavitare ocluzale minime în smalț
C. Parienți cu risc mediu/mare la carie
D. Carii ocluzale în smalț și dentină cu extindere mică sau medie în suprafață
E. Marmorații ocluzale suspecte de a ascunde carii în dentină

R: A, B, C

77. Cavitățile de clasa a IV-a clasică modificată la dintii permanenti imaturi descriere:
A. distrucțiile coronare mari necesită uneori aplicarea unor mijloace suplimentare de retenție pentru materialul de obturație
B. știfturile/puțurile parapulpare aplicate în axul lung al dintelui (în dentina de sub JSD) prezintă risc crescut de deschidere a camerei puipare
C. Se recomandă ca aceste tipuri de tratamente să fie temporarizate până după ce dintele ajunge în stadiul de dinte permanent matur
D. știfturile/puțurile parapulpare aplicate în axul lung al dintelui pot fi utilizate fara nici un risc
E. aceste tipuri de tratamente pot fi aplicate si în stadiul de dinte permanent imatur fara riscul deschiderii camerei pulpare
R: A, B, C

78. Tratamentul medicamentos al plăgii dentinare la dintii permanenti imaturi obiective:
A. protecția fizică (termică, electrică),
B. protecția chimică (deshidratare, față de acizii din materialele folosite),
C. protecția mecanică,
D. protecția biologică (față de invazia bacteriană și de toxinele acestora);
E. efect antimicotic
R: A, B, C. D

79. Etiologia cariei complicate la dintii permanenti imaturi:
A. Carie
B. Traumatism
C. latrogenie
D. Forțe ortodontice
E. Boli sistemice
R: A, B, C. D

80. Pulpitele reversibile la dintii permanenti imaturi, examen subiectiv:
A. dureri provocate de agenți fizici (rece) și chimici (dulce), de intensitate variabilă de la mică la mare
B. durerea este de scurtă durată
C. durerile sunt inconstante, strict localizate la dintele respectiv, cu caracter lancinant
D. Modificări de culoare ale dintelui (alb-cretos, brun) localizate în șanțuri și fosete sau în dreptul crestei marginale
E. Lipsa de substanță dentară cu prezența unei cantități de dentină alterată de aspect umed (alb-gălbuie)
R: A, B, C

81. Pulpita acută seroasă totală la dintii permanenti imaturi, examen subiectiv:
A. dureri spontane, intense, exacerbate de rece și parțial calmate la cald
B. durerile durează până la o noapte întreagă, sunt iradiate în hemicraniu, nu cedează la antialgicele obișnuite
C. percuția în ax pozitivă

D. după exereza dentineI alterate camera pulpară este deschisă (clinic și Rx);
E. palparea cu sonda provoacă o durere puternică și sângerate roșu-deschis, în cantitate mică,
R: A, B, C

82. Pulpita purulentă parțială la dintii permanenti imaturi, examen subiectiv:
A. dureri spontane, mai ales noaptea, provocate de cald
B. durerile sunt inițial în crize scurte, apoi crizele devin din ce în ce mai lungi (câteva ore)
C. durerile sunt exacerbată la caid și la creșterea fluxului sanguin în extremitatea cefalîcă
D. durerile au caracter pulsatil, sincron cu pulsul
E. după exereza dentinei alterate, camera pulpară este deschisă (clinic și Rx); eliminarea puroiului produce exacerbarea durerii (decompresie) și ulterior scăderea durerii;
R: A, B, C, D

83. Gangrena pulpară simplă la dintii permanenti imaturi, simptomatologie:
A. camera pulpară este deschisă
B. pulpa are culoare gri, consistență moale, miros fetid și nu prezintă sensibilitate și sângerare la palparea cu sonda
C. Percuție în ax pozitivă
D. Teste de vitalitate: negative;
E. Forajul explorator: relevă lipsa de sensibilitate și de sângerare la intrarea în camera pulpară
R: A, B, D, E

84. Parodontita apicală acută la dintii permanenti imaturi, simptomatologie:
A. Dureri de intensitate mare, spontane, exacerbate de masticație, iradiate;
B. Senzație de egresiune a dintelui;
C. Mobilitate crescută;
D. Pulpă mortificată, gri, consistență moale, fetidă, fără sensibilitate și sângerare la palpare;
E. Percuție în ax: negativă
R: A, B, C, D

85. Coafajul pulpar direct la dintii permanenti imaturi indicații:
A. dinti permanenti imaturi cu carii simple profunde cu deschidere accidentală a camerei pulpare (iatrogenă)
B. dinti permanenti imaturi vitali cu pulpită reversibilă în stadiu de debut (1-2 pusee dureroase)
C. dinti permanenti imaturi cu deschidere traumatică punctiformă (< 1mm), în traumatisme dentare recente (1-6 ore), fără traumatisme parodontale asociate și la care există posibilitatea închiderii etanșe
D. dinti permanenti imaturi cu deschidere traumatică punctiformă (< 2mm), în traumatisme dentare recente (1-6 ore), fără traumatisme parodontale asociate și la care există posibilitatea închiderii etanșe
E. dinti permanenti imaturi cu deschidere traumatică punctiformă (< 5mm), în traumatisme dentare recente (1-6 ore), fără traumatisme parodontale asociate și la care există posibilitatea închiderii etanșe
R: A, B, C

86. Apexificarea cu MTA in cazul dintilor permanenti imaturi, avantaje:

A. inducerea unei bariere apicale
B. bariera apicală se obține mult mai repede comparativ cu hidroxidul de calciu
C. presupune 2 ședințe de tratament
D. bariera apicală oferă suport pentru obturația de canat
E. este o metodă complexă și costisitoare.
R: A, B, C, D

87. Apexificarea cu hidroxid de calciu in cazul dintilor permanenti imaturi, avantaje:
A. induce formarea unei bariere apicale dure
B. bariera apicală oferă suport pentru obturația definitivă de canal
C. este o metodă relativ simplă și ieftină,
D. presupune numeroase reintervenții pe canal pentru înlocuirea pastei de Ca(OH)2 ori de câte ori s-a resorbit
E. presupune 2 ședințe de tratament
R: A, B, C

88. Apexificarea, obiectivele tratamentuluI:
A. amendarea simptomatologiei
B. utilizarea dintelui în masticație
C. închiderea apexului evaluată radiologic
D. prevenirea apariției unor complicații periapicale
E. inițierea resorbției radiculare resorbției radiculare
R: A, B, C, D

89. Pulpotomia vitală parțială la dintii permanenti imaturi, succesul este marcat de:
A. absența simptomatologiei;
B. evidențierea apariția unei bariere de dentină de reparație-sub hidroxidul de calciu
C. pe Rx, continuarea creșterii rădăcinii și închiderea apexului (apexogeneza);
D. clinic și Rx; lipsa patologiei periapicale / interradiculare
E. pecutia in ax pozitiva, semn al pastrarii vitalitatii pulpei radiculare
R: A, B, C, D

90. Pulpotomia vitală totală la dintii permanenti imaturi indicații:
A. dintii permanenti imaturi cu pulpită reversibilă
B. dintii permanenti imaturi cu eșec după coafaje
C. dintii permanenti imaturi vitali cu deschidere accidentală (iatrogenă) a camerei pulpare >2mm
D. dintii permanenti imaturi vitali cu traumatisme ce au deschidere a camerei pulpare >2mm sau veche de 6-10 ore sau mai mult, cu pulpită reversibilă
E. dintii permanenti imaturi cu semne de afectare interradicuîară
R: A, B, C, D

91. Clasificarea traumatismelor dento-parodontale ale dinților temporari, traumatisme la nivelul țesuturilor dure sunt:
A. Fracturi coronare necomplicate care implică doar smalțul sau smalțul și dentina
B. Fracturi coronare complicate cu deschiderea camerei pulpare
C. Fracturi radiculare

D. Luxațiile
E. Avulsia
R: A, B, C

92. Clasificarea traumatismelor dento-parodontale ale dinților temporari, traumatisme la nivelul țesuturilor de susținere sunt:
A. Fracturi radiculare
B. Fracturi corono-radiculare
C. Fracturi dento-alveolare
D. Contuzia
E. Subluxația
R: D, E

93. Fracturile dento-alveolare ale dinților temporari, atitudinea terapeutică constă în:
A. repoziționarea dinților împreună cu fragmentul alveolar, sub anestezie loco-regională generală, urmată de sutură
B. imobilizare timp de 6 săptămâni cu șină de compozit
C. control periodic la 2 săptămâni, 3 luni, 6 luni și 1 an, până la exfoliere
D. dinții foarte mobili se vor îndepărta prin secționarea coroanei la nivelul rebordului alveolar și sutura fragmentului osos vestibular
E. imobilizare timp de 8 săptămâni cu șină de compozit
R: A, D

94. Avuisia traumatic a dinților temporari, atitudinea terapeutică constă în:
A. se recomandă reimplantarea
B. nu se recomandă reimplantarea
C. dintele avulsionat sa pastreaza in ser fiziologic
D. dintele avulsionat se pastreaza in lapte
E. restaurarea esteticii în zona frontală se poate face cu un dispozitiv mobil sau fix tip menținător de spațiu
R: B, E

95. Complicațiile traumatismelor dinților temporari sunt următoarele:
A. Hiperemia pulpară care poate să fie reversibilă sau ireversibilă
B. Hemoragia pulpară ce determină colorația coroanei instantaneu după traumatism
C. Metamorfoza calcică cu apariția unui aspect gălbui al coroanei fără a afecta rizaliza
D. Necroza pulpară ce determină un aspect gri-cenușiu al coroanei la 6-8 săptămâni de la traumatism
E. Anchiloza dentară, consecința fuziunii dintre rădăcină și os ce conduce la infrapoziție
R: A, C, E

96. Examenul clinic al pacientului copil cu traumatism, examenul endo-bucal, la inspecție se va urmări:
A. prezența leziunilor intraoraîe la nivelul mucoasei orale și a gingiei
B. deplasări dentare patologice (singulare sau în bloc)
C. modificări ale ocluziei

D. prezența, gradul și tipul mobilității dentare (orizontală și verticală)
E. apariția sensibilității sau durerii
R: A, B, C

97. Examenul radiologic al pacientului copil cu traumatism este esențial în diagnosticul corect al traumatismelor pentru că evidențiază:
A. localizarea traumatismului
B. traiectul fracturii radicuîare (transversal, oblic, longitudinal sau mixt)
C. simetria sau asimetria facială
D. precizează numărul șî mărimea fragmentelor dentare
E. aspectul zonei periapicale
R: A, B, D, E

98. În cazul traumatismelor la pacientul copil ce apar consecutiv unor accidente grave este absolut necesară identificarea unor posibile leziuni mai grave ce se pot asocia cu traumatismele dento-parodontale și care necesită investigații suplimentare, astfel:
A. echimoza din spatele urechii, în regiunea mastoidă, poate indica fractură de bază de craniu
B. echimoza de la nivelul bărbiei poate indica o fractură mandibulară
C. echimoza din zona suborbitară asociată cu o hemoragie conjunctîvală poate indica o fractură zigomatică
D. sângerarea din meatul auditiv extern poate fi asociată cu o fractură condiliană;
E. hematomul sublingual poate indica o fractură mandibulară la nivelul gonionului
R: A, B, C, D

99. În cazul dinților permanenți tineri cu fracturi coronare complicate si cu deschiderea camerei pulpare atitudinea terapeutică depinde de mai mulți factori dintre care cel mai importanți sunt:
A. mărimea expunerii pulpare
B. timpul scurs de la traumatism
C. gradul dezvoltării radicuiare
D. posibilitatea restaurării coronare
E. gradul de colaborare cu pacientul
R: A, B, C, D

100. Atitudinea potrivită a apartinatorilor sau profesorilor în cazul dintelui permanent tânăr avulsionat, de care va depinde succesul replantării presupune:
A. se recomandă păstrarea calmului copilului
B. nu i se va permite copilului să consume alimente sau băuturi
C. dintele avulsionat se va manevra doar de coroană
D. dacă este posibil, dintele se va spăla cu lapte sau soluție salină șî apoi se va replanta imediat în alveolă fiind susținut prin mușcare pe o batistă curată
E. dacă nu este posibilă replantarea, dintele va fi depozitat într-o soluție salină Hanks sau în apa plata care are avantajul că este disponibil, sterii șî prezintă osmoîaritate bună pentru păstrarea vitalității celulelor ligamentare
R: A, B, C, D

ODONTOLOGIE

1. Contractia de polimerizare a rasinilor compozite depinde de:
A. Ponderea matricei organice : cu cat aceasta este mai mare, cu atat valoarea contractiei creste
B. Compozitia matricei organice : cu cat ponderea de monomerii de dilutie este mai mare, cu atat valoarea contractiei creste
C. Agentii de cuplare : prin crearea unui mediu hidrofob care reduce absorbtia de apa
D. Ponderea si tipul umpluturii anorganice
E. Viteza reactiei de polimerizare: cu cat este mai mare, cu atat valoarea contractiei creste
R: A, B, E

2. Rezistenta la uzura sau calitatea luciului initial si persistenta in timp a rasinilor compozite depinde de:
A. Tipul de monomeri
B. Tipul de sistem de initiere
C. Dimensiunea particulelor anorganice: rezistenta la uzura creste daca particulele sunt foarte mici
D. Cantitatea particulelor anorganice: cu cat ponderea umpluturii anorganice este mai mare, cu atat rezistenta la compresiune , tractiune cresc
E. Rezistenta la compresiune si alte proprietati mecanice , tipul particulelor anorganice – cu cat mai multe cu atat mai bine
R: C, D, E

3. Estetica si modificarile cromatice ale rasinilor compozite depind de:
A. Ponderea si tipul umpluturii anorganice (asigura transluciditatea)
B. Momentul de desfasurare a polimerizarii – pe masura ce reactia de polimerizare se desfasoara, transluciditatea creste
C. Tipul de monomeri
D. Agentii de cuplare prin crearea unui mediu hidrofob care reduce absorbtia de apa
E. Ponderea matricei organice cu cat este mai mare, cu atat modificarile pot fi mai importante
R: A, D, E

4. Adancimea de polimerizare si transluciditatea ale rasinilor compozite depind de:
A. Tipul de monomeri
B. Fizionomie buna
C. Tipul de sistem de initiere
D. Solubilitate redusa
E. Bune izolatoare termic
R: A, C

5. Modalitatile de reducere a contractiei de polimerizare a rasinilor compozite sunt reprezentate de:
A. Modificarea formulei chimice a compozitelor
B. Aplicarea stratificata oblica
C. Instrumentar si tehnici de fotopolimerizare adaptate
D. Au contractie de polimerizare mare

E. Nu au aderenta intrinseca
R: A, B, C

6. Ormocerii au proprietati imbunatatite fata de compozitele clasice:
A. Proprietati mecanice foarte bune
B. Expansiune termica asemanatoare structurilor dentare
C. Fizionomie foarte buna
D. Solubilitate redusa
E. Bune izolatoare termic
R: A, B, C

7. Dezavantajele de baza ale variantelor clasice CIS:
A. Rezistenta mecanica si duritate mai scazute decat cele ale rasinilor compozite
B. Solubilitate crescuta
C. Fizionomie redusa (transluciditatea scazuta)
D. Sensibilitate postoperatorie
E. Fizionomie foarte buna
R: A, B, C, D

8. Avantajele cimenturilor cu ionomeri de sticla modificate cu rasini (CIMR):
A. Sensibilitate postoperatorie : CIS>CIMR
B. Contractie de priza compensata de absorbtia rapida de apa
C. Coeficient de expansiune termica similar cu cel al dentinei
D. Bune izolatoare termic
E. Elasticitate mai buna decat CIS, fiind potrivite pentru restaurarea zonelor cervicale si utilizarea frecventa ca lineri
R: B, C, D, E

9. Dezavantajele cimenturilor cu ionomeri de sticla modificate cu rasini (CIMR):
A. Coeficient de expansiune termica similar cu cel al dentinei
B. Solubilitate crescuta : CIMR>RDC
C. Fizionomie crescuta fata de CIS dar incomparabila cu cea a altor materiale cu rasini: RDC>COMP>CIMR>CIS
D. Sensibilitate postoperatorie: CIS>CIMR
E. Bune izolatoare termic
R: B, C, D

10. Giomerii au uramatoarele proprietatii principale:
A. Au proprietati mecanice foarte bune si variabile
B. Fizionomie foarte buna
C. Eliberare de flour
D. Prezinta variante fluide si vascoase
E. Tipul de sistem de initiere
R: A, B, C, D

11. Materiale autopolimerizabile cu rezistenta mecanica scazuta:

A. Acestea sunt produse pe baza de silicati de calciu care sigileaza foarte bine plaga
B. Pot fi aplicate in straturi mai groase
C. Acestea sunt produse pe baza de hidroxid de calciu care sigileaza slab plaga dentinara
D. Trebuie aplicate in strat foarte subtire
E. Cost scazut sit imp de priza redus
R: C, D, E

12. Materiale autopolimerizabile cu rezistenta mecanica crescuta:
A. Acestea sunt produse pe baza de silicati de calciu care sigileaza foarte bine plaga dentinara
B. Pot fi aplicate in straturi mai groase
C. Cost crescut si timp de priza crescut
D. Trebuie aplicate in strat foarte subtire
E. Cost scazut si timp de priza redus
R: A, B, C

13. Materialele fotopolimerizabile:
A. Aceste produse prezinta capacitate de sigilare a plagii dentinare crescuta
B. Au efecte biologice reduse fata de omoloagele lor autopolimerizabile
C. Cost crescut si timp de priza crescut
D. Pot fi aplicate in straturi mai groase
E. Au efecte biologice crescute
R: A, B

14. Rolurile smaltului:
A. Prin grosimea sa, are rol in neutralizarea partiala a presiunilor masticatorii alaturi de dispozitivul de sustinere al dintelui in alveola
B. Protejeaza, prin grosimea si structura sa, tesutul pulpar de excitatiile fizice, chimice si electrice din cavitatea bucala
C. Prin forma sa neregulata are un rol activ in procesele functionale, favorizand triturarea, apucarea, taierea alimentelor si formarea bolului alimentar
D. O structura dura formata din tesuturi dure cu grade diferite de mineralizare
E. O structura moale, reprezentata de pulpa dentara
R: A, B, C,

15. Modificarile smaltului in raport cu varsta:
A. De origine traumatica – pierderi mai mult sau mai putin importante de smalt cu aspect clinice diferite manifestate prin uzura dentara de natura fizica
B. De origine chimica – uzura determinate de substante chimice cu ph acid provenite din alimentatie, expunerii profesionale
C. Compozitia chimica
D. Culoarea dentine subiacente
E. De natura carioasa ca urmare a fermentatiilor acide la pacientii cu igiena orala defectuoasa
R: A, B, E

16. Duritatea dentinei se caracterizeaza prin cateva aspecte specifice:
A. Duritatea sa este intre 5-8 grade pe scara Mohs, apropiata de cea a diamantului

B. Cea mai mare duritate se gaseste la nivelul suprafetelor ocluzale ale molarilor si premolarilor
C. Aparitia unei suprafete ce are aspect mai mat in raport cu smaltul care este lucios
D. O coloratie mai galbena fata de culoarea alb – galbuie, mai deschisa a smaltului
E. De cele mai multe ori, in timpul instrumentarii, in momentul depasirii smaltului si patrunderii in dentina apare durerea
R: C, D, E

17. Traumatismele dentare sunt reprezentate de:
A. Fisura coronara (la nivelul smaltului, fara pierdere de substanta dura dentara)
B. Fractura coronara nepenetranta sau necomplicata (fara deschiderea camerei pulpare)
C. Fractura coronara penetranta sau complicata (cu deschiderea camerei pulpare)
D. Exogene (extrinseci)
E. Endogene (intrinseci)
R: A, B, C

18. Discromiile cu etiologie necarioase pot fi:
A. Exogene (extrinseci)
B. Endogen (intrinseci)
C. Fisura coronara
D. Fractura coronara nepenetranta
E. Fracura coronara penetranta
R: A, B

19. Discromiile aparute inainte de formarea dintelui pot fi:
A. Localizate, generate de caria simpla necavitara
B. Localizate, generate de caria simpla cavitara
C. Generalizate, generate de caria complicata
D. Pete alb-cretoase din distrofii stabile
E. Suprafete galben, maro, alte culori din distrofii evolutive
R: D, E

20. Discromiile aparute dupa formarea dintelui sunt:
A. Fiziologice - discromii generate de depuneri de dentina secundara (de senescenta)
B. Patologice – discromii generate de depuneri de dentina tertiara (ca raspuns de aparare la caria simpla)
C. Localizate, generate de caria simpla necavitara
D. Localizate, generate de caria simpla cavitara
E. Generalizate, generate de caria complicata
R: A, B

21. Triada a lui Keyes:
A. Gazda, reprezentata de calitatea structurilor dure dentare si cantitatea si calitatea salivei
B. Bacteriile acidogene care vor coloniza suprafata dentara
C. Dieta alimentara, substratul alimentar fermentabil
D. De formare a matricei organice a smaltului
E. De mineralizare a matricei organice a smaltului

R: A, B, C

22. Structura smaltului poate fi influentata pe parcursul a trei etape:
A. Dieta alimentara, substratul alimentar fermentabil
B. Bacteriile acidogene care vor coloniza suprafata dentara
C. De formare a matricei organice a smaltului
D. De mineralizare a matricei organice a smaltului
E. De maturare preeruptiva a smaltului
R: C, D, E

23. Lichidul bucal este constituit din:
A. Modificari biochimice ale substantei organice
B. Saliva care reprezinta constituentul major al lichidului bucal
C. Lichide care provin din transudatul din mucoasa bucala
D. Mucus nazo-faringian
E. Regurgitat din lichidul gastric
R: B, C, D, E

24. Secretia salivara poate fi diferentiata in:
A. Indepartarea mecanica prin spalare a alimentelor aderente pe suprafata coronara a dintilor
B. Secretia stimulata, care este cantitatea de saliva secretata pe o perioada de timp
C. Secretia salivara de repaus, prezenta intre mese si timpul noptii
D. Diluarea si dispersarea actiunii enzimelor din mediul salivar, indiferent de natura lor
E. Impiedica concentrarea florei microbiene numai pe anumite suprafete dentare
R: B, C

25. Exista diferente semnificative intre perioada de activitate masticatorie fata de cea de repaus:
A. Ritmul secretiei salivare stimulate este de 1-3 ml pe minut
B. Ritmul pentru secretia salivara de repaus este de 0,2- 0,3 ml pe minut
C. Ritmul secretie salivare stimulate este de 3-5 ml pe minut
D. Ritmul pentru secretia salivara de repaus este de 0,4- 0,6 ml pe minut
E. Ritmul secretiei salivare stimulate- o secretia salivara sub 0,7 ml pe minut este considerate hiposialie
R: A, B, E

26. Rolul fluxului salivar:
A. Indepartarea mecanica prin spalare a alimentelor aderente pe suprafata coronara a dintilor
B. Diluarea si dispersarea actiunii enzimelor din mediul salivar, indiferent de natura lor
C. Influienteaza concentratia initiala a glucidelor in cavitatea bucala si eliminarea acizilor din biofilmul bacterian
D. Impiedica concentrarea florei microbiene numai pe anumite suprafete dentare
E. Se pastreza constant cat timp glandele salivare functioneaza normal
R: A, B, C, D

27. Vascozitatea salivei, dupa provenienta sa, in comparatie cu apa este:
A. De 1,5 pentru saliva glandei parotide, cea mai importanta cantitativ

B. De 3,4 pentru saliva glandei submaxilare
C. De 13,4 pentru saliva glandei sublinguale
D. De 3 pentru saliva glandei parotide, cea mai importanta cantitativ
E. De 5,4 pentru saliva glandei submaxilare
R: A, B, C

28. Timpul de clearance are urmatoarele caracteristici:
A. Tipul de alimentatie
B. Intensitatea secretiei salivare
C. Este invers proportional cu intensitatea secretiei salivare
D. Se pastreaza constant cat timp glandele salivare funtioneaza normal
E. Are variatii topografice din cauza stagnarii salivei in anumite zone de pe suprafata unor dinti
R: C, D, E

29. Ph-ul salivar are variatii zilnice destul de mari in functie de anumiti factori:
A. Regleaza ph-ul prin sistemele sale tampon
B. Mentine echilibrul ecologic al cavitatii bucale
C. Faza de activitate sau repaus a secretiei salivare
D. Intensitatea secretiei salivare
E. Tipul de alimentatie
R: C, D, E

30. Exista 3 tipuri de sisteme tampon:
A. Faza de activitate sau repaus a secretiei salivare
B. Sistemul tampon al bicarbonatilor
C. Sistemul tampon al fosfatilor
D. Sistemul tampon al proteinelor si glicoproteinelor
E. Intensitatea secretiei salivare
R: B, C, D

31. Capacitatea tampon a salivei depinde de o serie de factori:
A. Valoarea initiala a ph-ului bucal si variatiile sale
B. Reologia bucala – proprietatea lichidului bucal de a curge pe suprafata
C. Ritmul secretiei salivare – o secretie salivara puternica diminua aciditatea orala
D. Metabolismul filmului salivar – in sistemele tampon are loc o pierdere de CO_2 si CO_3 ce necesita refacere permanenta
E. Inhibarea aderentei microorganismelor
R: A, B, C, D

32. Saliva are o serie de proprietati antimicrobiene capabile sa actioneze prin mai multe mecanisme:
A. Inhibarea metabolismului microorganismelor
B. Inhibarea aderentei microoraganismelor
C. Uneori suprimarea unor microorganism
D. Intensitatea secretiei salivare
E. Faza de activitate sau repaus a secretiei salivare

R: A, B, C

33. Functiile sallivei:
A. Scurteaza timpul de clearance al alimentelor fermentabile
B. Regleaza ph-ul prin sistemele sale tampon
C. Mentine echilibrul ecologic al cavitatii bucale
D. Rol de diluare (clearance)
E. Rol in digestie, cu formarea bolului alimentar cu ajutorul amilazei salivare
R: B, C, D, E

34. Rolul cariopreventiv al lichidului bucal:
A. Scurteaza timpul de clearance al alimentelor fermentabile
B. Inhiba metabolismul bacteriilor si are efect bactericid
C. Previne colonizarea smaltului cu microorganism cariogene
D. Inhiba adeziunea microbiana
E. Ajuta la remineralizarea proceselor carioase incipiente necavitare prin formarea de fosfati de calciu
R: B, C, D, E

35. Scurtarea timpului de clearance este dependent de:
A. O secretie abundenta de saliva, de aceea la sfarsitul meselor se recomanda consumul unor alimente dure
B. Utilizarea de alimente detergente – consumul de legume, fructi crude dupa mese
C. Utilizarea gumei de mestecat fara zahar care stimuleaza secretia salivara
D. Realizarea periajului dentar imediat dupa mesele principale
E. Textura si gustul alimentelor
R: A, B, C, D

36. Prelungirea timpului de clearance este favorizat de:
A. Utilizarea gumei de mestecat fara zahar care stimuleaza secretia salivara
B. Realizarea periajului dentar imediat dupa mesele principale
C. Ritmul scazut de secretie salivara
D. Vascozitatea crescuta a salivei
E. Factorii de retentie alimentara
R: C, D, E

37. Formarea biofilmului bacterian depinde de:
A. Dieta alimentara
B. Cantitatea si calitatea salivei
C. Varsta pacientului
D. Igiena orala
E. Ritmul scazut de secretie salivara
R: A, B, C, D

38. Procesul de formare a biofilmului poate fi divizat in 3 etape:
A. Etapa de formare a unei pelicule care acopera dintele

B. Etapa de colonizare bacteriana initiala a acestei pelicule
C. Etapa de colonizare secundara sau de maturare a placii bacteriene
D. Inhiba metabolismul bacteriilor si are efect bactericid
E. Previne colonizarea smaltului cu microorganism cariogene
R: A, B, C

39. Primele microorganism vor adera la pelicula sub forma unui strat monocelular prin mai multe tipuri de mecanisme:
A. Receptori specifici de suprafata si enzime care formeaza asa numitele "situri biochimice" denumite adezine
B. Mecanism electrostatic care permite orientarea unor anioni de suprafata din membrana bacteriana
C. Mecanisme hidrofobe
D. Etapa de formare a unei pelicule care acopera dintele
E. Etapa de colonizare bacteriana initiala a acestei pelicule
R: A, B, C

40. Alti constituenti ai biofilmului matur sunt:
A. Celule epiteliale – in diferite stadii de integritate
B. Leucocite – cu grade diferite de vitalitate in functie de inflamatia gingivala sau parodontala prezenta
C. Eritrocite – mai ales in placa bacteriana aderenta de mucoasa gingivala ulcerate
D. Particule alimentare
E. Inhibarea aderentei microorganismelor
R: A, B, C, D

41. Pentru a avea rol cariogen un microorganism al placii bacteriene trebuie sa aiba urmatoarele caracteristici:
A .Sa determine aparitia unei cantitati cat mai mare de acizi in cavitatea bucala
B. Sa reziste mediului acid produs prin leziunea carioasa
C. Sa determine aparitia unei cantitati cat mai mici de acizi in cavitatea bucala
D. Cultura pura a acestui microorganism, sa fie capabila sa produca singura leziunea carioasa
E. Agentul cauzal sa fie absent de pe suprafetele dintilor care nu prezinta leziuni carioase
R: A, B, D, E

42. Capacitatea patogena a biofilmului bacterian este consecinta:
A. Concentrarii a unui numar imens de microorganisme
B. Continutul crescut in glucide si protein
C. Scaderea constanta si indelungata a ph-ului critic sub 5,5
D. Este impermeabila pentru substantele antimicrobiene din compozitia salivei
E. Clearance-ul bucal al hidratilor de carbon
R: A, B, C, D

43. Scaderea ph-ului sub valoarea de 5,5 depinde de:
A. Clearance-ul bucal al hidratilor de carbon
B. Productia de acizi organici

C. Varsta biofilmului
D. Continut crescut in glucide si protein
E. Concentratia scazuta de calciu si fosfati din saliva
R: A, B, C, E

44. Atitudinea terapeutica fata de caria simpla dentara are doua directii principale:
A. Profilaxie care presupune reducerea prevalentei si incidentei leziunilor carioase
B. Tratamentul leziunilor carioase care este dependent de gradul de evolutie si de extinderea procesului carios
C. Faza de tratament chirurgical
D. Faza de tratament medicamentos
E. Faza de tratament restaurator
R: A, B

45. Tratamentul conventional al cariei simple cuprinde 3 faze:
A. Faza de tratament chirurgical
B. Faza de tratament medicamentos
C. Faza de tratament restaurator
D. Profilaxia care presupune reducerea prevalentei si incidentei leziunilor carioase
E. Tratamentul leziunilor carioase care este dependet de gradul de evolutie si de extindere a procesului carios
R: A, B, C

46. Obiectivele prepararii cavitatilor sunt:
A. Tipul de restaurare morfofuntionala
B. Structurile odontale implicate
C. Indepartarea substantei dure dentare alterate ireversibil
D. Plasarea limitelor preparatiei cat mai conservator posibil astfel incat sa previna aparitia recidivei de carie
E. Conformarea si dimensionarea preparatiei
R: C, D, E

47. Factorii care conditioneaza efectuarea preparatiei sunt:
A. Tipul de restaurare morfofunctionala
B. Structurile odontale implicate
C. Structurile dento – maxilare corelate
D. Statusul general al pacientului
E. Conformarea si dimensionarea preparatiei
R: A, B, C, D

48. Pastrarea zonelor de dentina alterata se poate face numai in anumite conditii:
A. Pacientul sa fie tanar si clinic sanatos
B. Dintele respectiv sa nu aiba in antecedente simptomatologie caracteristica inflamatiei pulpare
C. Dintele respective poate sa aiba in antecedente simptomatologie caracteristica inflamatiei pulpare
D. Sa existe un acces direct care sa permita efectuarea cu usurinta a manoperelor terapeutice

E. Se va realiza tratamentul plagii dentinare prin coafaj indirect in doi timpi
R: A,B, D, E

49. Exereza dentinei alterate se face respectand anumite reguli:
A. Instrumentele care se folosesc la exereza dentinei alterate sa fie ascutite pentru a nu se exercita presiuni
B. Este de preferat sa se utilizeze instrumentele actionate manual bine ascutite
C. Daca se foloseste instrumentarul rotativ se vor utiliza freze sferice
D. In cavitatile profunde unde exista riscul deschiderii accidentale a camerei pulpare se face izolarea dintelui inainte de exereza dentinei alterate
E. In procesele carioase care au evoluat spre vestibular accesul este direct
R: A, B, C, D

50. In realizarea formei de contur pentru o cavitate conventionala trebuie respectate cateva principii de baza:
A. Conturul exterior nu trebuie realizat din din curbe line, unghiuri rotunjite si linii drepte
B. Nu se va indeparta in totalitate smaltul subminat
C. Amplasarea marginilor cavitatii se face in plin tesut sanatos
D. Conturul intern al cavitatii presupune realizarea spatiului necesar pentru materialul de restaurare
E. Se vor plasa marginile cavitatii astfel incat sa se evite zonele cariosuscetibile
R: C, D, E

51. La cavitatea de clasa l , forma de retentie se realizeaza printr-o anumita orientare a peretilor verticali ai cavitatii in raport cu peretele pulpar:
A. Retentia realizata de cavitatea orizontala sub forma de coada de randunica
B. Unghiul dintre peretele gingival si peretele parapulpar sau ascutit
C. Peretele pulpar trebuie sa fie plan sau in trepte
D. In cavitatile profunde se recomanda unghiuri interne mai rotunjite
E. Cu cat cavitatea este mai mare retentia este mai greu de obtinut
R: C, D, E

52. La cavitatea de clasa a II – a impotriva tendintei de dislocare sagitala a obturatiei se opun:
A. Retentia realizata de cavitatea orizontala sub forma de randunica
B. Intalnirea in unghiuri bine exprimate a peretilor oral si vestibular cu peretele parapulpar
C. Unghiul dintre peretele gingival si peretele parapulpar drept sau ascutit
D. Doua santuri realizate cu freza sferica in unghiurile de intalnire dintre peretele incisal cu cel parapulpar
E. Un sant de retentie realizat cu o freza roata in unghiul de intalnire intre pereti laterali ai cavitatii si cel parapulpar
R: A, B, C

53. Pentru asigurarea formei de rezistenta trebuie respectate anumite reguli generale:
A. Orientarea peretilor cavitatii trebuie facuta astfel incat acestia sa fie paraleli cu directia transmiterii fortelor
B. Nu se pastreaza portiuni de smalt, fara insertie pe dentina subiacenta sanatoasa

C. Extentensia marginilor cavitatii va avea in vedere pastrarea unor cuspizii si creste marginale sustinute de dentina sanatoasa
D. Se va asigura o grosime suficienta pentru materialul de restaurare
E. Se pastreaza portiuni de smalt, fara insertie pe dentina subiacenta sanatoasa
R: A, B, C, D

54. La finisarea marginilor de smalt trebuie sa tinem seama de:
A. Directia prismelor de smalt
B. Prismele de smalt sectionate de la nivelul marginilor externe sa nu fie sprijinite pe prismele subiacente
C. Localizarea marginilor preaparatiei
D. Materialul utilizat pentru restaurare
E. Prismele de smalt sectionate de la nivelul marginilor externe sa fie sprijinite pe prismele subiacente
R: A, C, D, E

55. Toaleta finala a cavitatii:
A. Se realizeaza spalarea cavitatii cu jet de apa pentru a indeparta resturile de tesuturi dure
B. Se izoleaza dintele
C. Se usuca cavitatea cu jet de aer si se trece la tratamentul plagii dentinare
D. Trebuie sa asigure o configuratie liniara , neteda , fara anfractuozitati a peretilor cavitatii
E. Aceasta etapa include bizotarea marginala
R: A, B, C

56. Lineri:
A. Sunt materiale care se aplica doar in strat subtire (0,2 – 1mm)
B. Protejeaza pasiv
C. Unii au si efect activ suplimentar
D. Sunt materiale care se aplica in strat gros (peste 1 mm)
E. Linerii cu efect active suplimentar sunt produsii pe baza de hidroxid de calciu si silicat de calciu
R: A, B, C, E

57. Bazele:
A. Protejeaza activ
B. Se aplica in strat mai gros decat linerii (peste 1mm)
C. Protejeaza pasiv
D. Unele au si efect activ simultan (materiale biologic activ cu silicati de calciu)
E. Se aplica in strat mai gros decat linerii (peste 2 mm)
R: B, C, D

58. Acidul demineralizant:
A. Este acidul ortofosforic – 35- 37 %
B. Etapa de aplicare a acestuia se numeste gravaj acid
C. Este acidul ortofosforic 37-39%
D. Daca se realizeaza atat pe smalt cat si pe dentina se numeste gravaj acid total

E. Daca se realizeaza doar la nivelul smaltului , se numeste gravaj acid selectiv
R: A, B, D, E

59. Adezivul:
A. Rolurile sale sunt la nivelul smaltului patrunderea in spatiile demineralizate
B. Adezivul este o combinatie de monomeri
C. Rolurile sale la nivelul dentinei patrunde in tubulii deschisi si spatiile demineralizate
D. Aplicarea se realizeaza pe smalt un numar variabil de straturi
E. Aplicarea se realizeaza prin pensulare pe dentina
R: A, B, C

60. Tehnica de aplicare a materialelor fluide prin contact tangential:
A. Presupune ca varful seringii sa vina in contact oblic cu peretele dentar pe care se aplica materialul
B. Utilizarea acestei tehnicii previne formarea de bule de aer la aplicarea stratificata sau in masa
C. Implica ca varful seringii sa se afle la distanta de peretele dentar
D. Aceasta tehnica are dezavantajul aparitiei de goluri la aplicarea stratificata sau in masa
E. Aparitia de goluri poate fi prevenita prin omogenizarea materialului aplicat folosind varful de injectare
R: A, B

61. Modificari de forma ale unui dinte de tip Dent in dente:
A. prezinta in interior o protuberanta rezultata din invaginarea dentinei
B. prezinta in interior o cavitate rezultata din invaginarea smaltului
C. anomalia apare, mai ales, la nivelul incisivilor laterali maxilari
D. anomalia apare, mai ales, la nivelul incisivilor centrali mandibulari
E. diagnostic se stabileste cu ajutorul examenului radiologic
R: B, C, E

62. In functie de dintele pe care se afla,cuspizii suplimentari sunt:
A. tuberculul lui Carabelli, pe fata orala a molarului de 6 ani maxilar
B. tuberculul lui Bolk, pe fata vestibulara a molarului de 12 ani mandibular
C. tubeculul lui Zukerkandel, pe fata vestibulara a molarului secund termporar
D. tuberculul sixtum,pe fata orala a molarului de 6 ani mandibular
E. cingulum, localizat pe fata orala a incisivilor
R: A, B, C, D

63. Amelogenezele imperfecte:
A. sunt cauzate de factori genetici
B. afecteaza dentina dintiilor
C. intererseaza doar dentitia temporara
D. intereseaza doar dentitia permanenta
E. intereseaza ambele dentitii,iar in majoritatea cazurilor la eruptie leziuniile nu exista, dar acestea evolueaza rapid posteruptiv pe toti dintii
R: A, E

64 Clasificarea leziunilor de uzura dupa severitate
A. usoare(sub 1 mm)
B. moderate(1-2 mm)
C. adanci (peste 2 mm)
D. severe (peste 4 mm)
E. extreme (expunerea camerei pulpare)
R: A, B, C

65.Discromiile cu etiologie necarioasa, pot fi:
A. Exogene
B. Numai exogene
C. Endogene
D. Numai endogene
E. Combinate
R: A, C, E

66. Anodontia :
A. poate fi partiala sau totala
B. Poate fi simetrica sau asimetrica
C. Poate fi reversibila sau ireversibila
D. Cu spatiu pastrat sau modificat(consecutiv migrarii dentare)
E. Cu sau fara persistenta corespondentului temporar
R: A, B, C, D

67. Etiologia leziunilor de uzura cervicala:
A. traumatisme reprezentare de :accidente rutiere, caderi accidentale,etc
B. trauma ocluzala
C. periaj agresiv
D. eroziune chimica
E. frecvent cauzele pot fi combinate,leziuniile avand un aspect mixt
R: B, C, D, E

68. Eroziunile acide de cauza endogena sunt intalnite in:
A. afectiuni digestive
B. afectiuni hepatice
C. Trisomia 21
D. Herpes congenital
E. Afectiuni neuro-psihice
R: A, E

69. Discromiile de origine necarioasa aparute inaintea formarea dintelui pot fi:
A. roz/rosiatic- transpare pulpa dintelui prin stratul subtire de smalt si dentina aproape inexistenta
B. Pete alb cretoase din distrofii stabile
C. Pete galben/maro/alte culori din distrofii evolutive
D. Dicromii verzui-icter
E. Depuneri de nicotina

R: B, C

70. Discromiile congenitale pot fi:
A. discromii verzui-icter neonatal, incompatibilitate RH maternofetala
B. Alb-albastrui : cardiopatia cianogena la copil
C. Coloratiile date de tratamentul cu tetraciclina
D. Negru mat
E. Negru lucios
R: A, B

71. Discromiile combinate (endogene+exogene):
A. pe suprafetele rugoase de smalt/ dentina, din diferite defecte de dezvoltare, se depun,treptat,depozite extrinseci
B. In cazul cariilor necavitare,aspectul initial este,intotdeauna, alb-cretos
C. Aspectul alb-credos este consecinta demineralizari
D. In urma remineralizarii smaltului pot ramane fragmente colorante “prizoniere”
E. O suprafata de smalt demineralizat cu aspect alb-cretos, nu se mai poate remineraliza
R: A, B, C, D

72. In cazul cariilor necavitare,aspectul initial alb-cretos poate dobandii noante maronii sau negricioase datorita:
A. bauturilor carbogazoase
B. Alimentelor colorate
C. Depunerilor de hidrocarburi
D. Produsii de metabolism ai bacteriilor acidogene
E. Depozite extrinseci ramase blocate in profunzimea zonei demineralizate
R: D, E

73. Discromiile dobandite pot fi determinate de:
A. substante medicamentoase administrate sistemic: ex. Tetracilcina
B. Substante/materiale ultilizate in tratamentele dentare: ex. Colaratiile blue-gri/cenusiu-negru in azul obturatiilor cu amalgam de argint
C. Discromiile prin degradarea hemoglobinei patrunsa in tubulii dentinari in cazul hemoragiilor pulpare/traumatismelor
D. Amelogeneza imperfecta
E. Dentinogenza imperfecta
R: A, B, C

74. Leziunile de abrazie:
A. sunt leziuni fiziologice
B. sunt leziuni patologice
C. sunt consecinta unei igiene orale insuficiente
D. sunt consecinta unei tehnici de periaj incorecte
E. leziunea de abrazie e localizara mai frecvent vestibular si mai rar oral
R: B, D, E

75. Obiceiuri vicioase care pot determina leziuni patologice la nivel incizal/ocluzal:
A. consumul de seminte
B. activitati profesionale;ex. tinerea acelor intre dinti
C. fumatul pipei
D. respiratia orala
E. consumul de lichide indulcite, la nou-nascuti, dupa eruptia primilor dinti, pe timpul noptii
R: A, B, C

76. Modificarile de structura ale smaltului pot fi:
A. hiperplazice
B. hipoplazice
C. hipomineralizari
D. hiperminaralizari
E. hiperfrofice
R: B, C

77. Sindromul de hipomineralizare molar-incisiv:
A. este extrem de rar intalnit
B. Frecvent
C. Etiologie complexa
D. Afecteaza dentita temporara
E. Afecteaza dentitia permanent
R: B, C, E

78. In sindromul de hipomineralizare molar-incisiv, dintii prezinta:
A. la eruptie: zone de smalt demineralizat, cu aspect alb-cretos lucios
B. in stadii mai avasate petele au suprafata rugoasa si devin galben-brune
C. zonele afectate sunt bine delimitate de cele sanatoase
D. grade diferite de dismorfie
C. multiple protuberante pe suprafata smaltului,distribuite neregulat
R: A, B, C

79. Leziuniile de uzura generate de contacte dento-dentare directe, au urmatoarele cauze:
A. localizate: interferente ocluzale sau contacte premature in dinamica mandibolare
B. Generalizate fiziologice: contacte dento-dentare
C. Generalizate patologice : bruxism
D. Obiceiuri vicioase
E. Reflux gastro-esofagian
R: A, B, C

80. Leziuniile din distrofiile dentare primare active pot fi:
A. modificari de forma
B. modificari de structura
C. Amelogeneza imperfecta
D. Dentionogeneza imperfecta
E. Odontodisplazia regionala

R: C, D, E

81. Dupa dinamica de evolutie avem urmatoarele forme de leziuni carioase:
A. leziuni cu evolutie rapida
B. leziuni cu evolutie lenta
C. leziuni oprite din evolutie
D. leziuni superficiale
E.leziuni profunde
R: A, B, C

82. Urmatoarele metode de detectie a leziunilor carioase sunt metode clinice indirecte:
A. metode exploratorii
B. transiluminarea
C. radiografie digitala
D. markeri coloranti
E. camera intraorala
R: B, C, D

83. Cariile proximale la nivelul dintilor frontali prezinta urmatoarele localizari:
A. leziune ocluzala
B. leziune la nivel de cuspid
C. leziune cu evolutie vestibulara
D. leziune cu evolutie spre unghiul incizal
E. leziune incipienta pe mijlocul fetei
R: C, D, E

84. Urmatoarele leziuni dentare nu sunt de natura carioasa:
A. pulpita simpla
B. gangrena pulpara
C. eroziune
D. abfractie
E. atritie
R: C, D, E

85. Clasificarea leziunilor de uzura dupa severitate:
A. usoara
B. moderata
C. severa
D. extrema
E. localizata
R: A, B, C, D

86. Fazele de tratament conventional al cariei simple sunt:
A. chirurgical
B. medicamentos
C. restaurator

D. naturist
E. paleativ
R: A, B, C

87. Clasificare cavitatilor in functie de dimensiunea leziunilor pot fi:
A. size 0 incipienta
B. size 1 minima
C. size 2 minima
D. size 3 medie
E. size 4 medie
R: A, C, D

88. Aspectele histopatologice ala cariei in dentina pe sectiune longitudinala dupa Newbrun sunt:
A. zona de dezintegrare totala
B. zona de invazie microbiana
C. zona de demineralizare
D. zona de dentina scleroasa
E. zona opaca
R: A, B, C, D

89. Leziunea carioasa la nicelul cementului poate avea urmatoarele forme de manisfestare:
A. de continuitate
B. localizata direct in cement
C. localizata superficial
D. localizata profund
E. discontinua
R: AB pag.35 vol1 compendiu rezidentiat

90. Urmatoarele sunt tipuri de sisteme tampon salivare:
a. al bicarbonatilor
b. al fosfatilor
c. al bifosfonatilor
d. al polizaharidelor
e. al proteinelor si glicoproteinelor
R: A, B, E

91. Urmatorii factori fac parte din asa numita triada a lui Keyes:
A.timpul
B.gazda
C.bacteriile
D.dieta
E.microorganisme
R: B, C, D

92. Saliva indeplineste o serie de functii, printre care:
A. regleaza ph ul

B. rol in digestie
C. bactericida
D. lungeste timpul de clearance
E. scurteaza timpul de clearance
R: A, B, E

93. Rata de formare a biofilmului si localizarea sa este rezultatul adeziunii bacteriene care depinde de:
A. dieta alimentara
B. igiena orala
C. prezenta unor afectiuni generale
D. varsta pacientului
E. sexul pacientului
E: A, B, C, D

94. Speciile bacteriene din biofilmul bacterian cu preferinta in mucoasa orala sunt:
A. actinomyces
B. fusobacterium
C. streptococul mitis
D. streptococul salivarius
E. streptococul sanguis
R: C, D, E

95. Alti constituenti ai biofilmului matur sunt:
A. celule epiteliale
B. protozoare
C. eritrocite
D. leucocite
E. celule tinere
R: A, B, C, D

96. Diagnosticul pozitiv de carie simpla se stabileste pe baza urmatoarelor semne clinice:
A. camera pulpara deschisa
B. percutia in ax si trasnversala pozitive
C. modificare de culoare
D. pierdere de substanta dura dentara
E. durere provocata care dispare odata cu excitantul
R: C, D, E

97. Care dintre urmatoarele coduri ICDAS sunt corecte:
A. 0-suprafata sanatoasa
B. 1-modificari distincte la nivelul smaltului
C. 1-prima modificare vizibila la nivelul smaltului
D. 5-leziune cavitara extinsa cu afectare vizibila a dentinei
E. 6-leziune cavitara extinsa cu afectare vizibila a dentinei
R: A, C, E

98. Discromiile cu etiologie necarioasa pot fi:
A. endogene
B. exogene
C. combinate
D. cariogene
E. simple
R: A, B, C

99. Compozitia chimica clasica ,de principiu,a rasinilor compozite este reprezentata de:
A. matrice organica si umplutura anorganica
B. agenti de cuplare
C. siteme de initiere
D. aditivi
E. coloranti
R: A, B, C, D

100. Avantajele principale ale utilizarii compozitelor sunt:
A. contractie de polimerizare mare
B. nu au aderenta intrinseca
C. solubilitate redusa
D. fizionomie buna\foarte buna
E. bune izolatoare termic
R: C, D, E

101. Monomerii de baza ai rasinilor compozite:
A. Au vascozitate mare
B. Contractie de polimerizare mare
C. Capacitate bună de umectare
D. Sunt toxici pentru țesutul pulpar si nu își modifica culoarea în timp
E. Au masa moleculara mica
R: A, C

102. Despre monomerii de diluție ai rasinilor compozite sunt adevărate urmatoarele afirmații, cu exceptia:
A. Au vascozitate mai mica decât cea a monomerilor de baza
B. Contractie de polimerizare mica
C. Capacitate bună de umectare
D. Contractie de polimerizare mare
E. Diluează monomerii de baza
R: B, C

103. Clasificarea umpluturii anorganice este:
A. Macroumplutura (particule de sticle ale metalelor grele și aluminoborosilicat de bariu
B. Microumplutura (particule de silicon coloidala)
C. Macroumplutura (particule de silicon coloidala)

D. Nanoumplutura (0.005-0.01)
E. Nanoumplutura (0.05-0.1)
R: A, B, D

104. Vascozitatea compozitelor depinde de:
A. Compoziția matricei organice, cu cât este mai mare cu atât vâscozitatea creste
B. Compoziția matricei organice, cu cât este mai mare cu atât vâscozitatea scade
C. Silanizarea particulelor umpluturii
D. Viteza reacției de polimerizare
E. Umplutura anorganica, cu cât este mai mare cu atât vâscozitatea creste
R: A, C, E

105. Avantajele utilizării compozitelor sunt:
A. Au contractie de polimerizare mare
B. Solubilitate redusa
C. Bune izolatoare termic
D. Necesita cavități minim invazive
E. Fizionomie scăzută
R: B, C, D

106. Dezavantajele utilizării compozitelor sunt:
A. Aplicarea presupune pregătirea structurilor dure cu sistem adeziv
B. Nu au aderenta intrinseca
C. Proprietati mecanice Bune
D. Au contractie de polimerizare mare
E. Fizionomie crescuta
R: A, B, D

107. Principalele categorii de materiale dentare utilizate frecvent în cadrul manoperelor de restaurare a leziunilor coronare carioase si necarioase sunt:
A. Materialele hibride
B. Amalgamul
C. Rasinile compozite
D. Materialele biologic active
E. CIMR
R: A, C, D, E

108. Clasificarea rasinilor compozite după tehnica de inserare/aplicare este:
A. Cervicala
B. Stratificata(în straturi de maxim 2 mm)
C. Prin injectare(pentru materiale fluide)
D. În masa(bulk)
E. Low- shrink
R: B, C, D

109. Compozitele fluide:

A. Au elasticitate mare
B. Contractie de polimerizare redusa
C. De elecție pentru restaurarea zonei ocluzale
D. Rezistenta mecanica mica
E. De elecție pentru restaurarea zonei cervicale
R: A, D, E

110. Compozite cu microumplutura:
A. Estetica deosebita
B. Rezistență mica la uzură
C. Absorb mai multa apa
D. Persistența lucrului suprafeței
E. Rezistenta mecanica crescuta
R: A, C, D

111. Nanocompozitele:
A. Proprietati mecanice slabe
B. Rezistenta la uzură redusa
C. Persistenta lucrului suprafeței
D. Estetica foarte bună
E. Adancime de polimerizare crescuta
R: C, D, E

112. Despre compozitele bulk-fill este adevărat, cu exceptia:
A. Se aplica în masa
B. Au transluciditate scăzută
C. Contractie de polimerizare crescuta
D. Contractie de polimerizare scăzută
E. Transluciditate crescuta
R: B, C

113. Ormocerii:
A. Proprietati mecanice foarte bune
B. Fizionomie foarte bună
C. Prezintă variante fluide si vâscoase
D. Se pot utiliza ca lineri
E. Expansiune termica diferita de cea a structurilor dure
R: A, B, C, D

114. Avantajele CIMR sunt:
A. Solubilitate mai mare decât CIS
B. Bune izolatoare termic
C. Rezistenta mecanica mai mare decât RDC
D. Elasticitate mai buna decât CIS
E. Coeficient de expansiune termica similar cu cel al dentinei
R: B, D, E

115. Materialele biologic active:
A. Au efecte antimicrobiene
B. Sunt neodentinogenetice
C. Se aplica în cavități medii
D. Pot fi pe baza de hidroxid de calciu
E. Au efecte sedative invariabile
R: A, B, D

116. Cimenturile ionomere de sticla:
A. Aplicarea lor necesita pregătirea structurilor dure cu ajutorul acidului poliacrilic 10%
B. Pot fi folosite în zone cu exigente fizionomice
C. Variantele moderne nu necesita conditionare
D. Contine acid poliacrilic
E. Contine sticla fluoro-alumino-silicatica
R: A, C, D, E

117. Adâncimea de polimerizare si transluciditatea depind de:
A. Ponderea umpluturii anorganice fără dimensiuni nanometrice cu cât este mai mare, cu atât adâncimea de polimerizare/transluciditate cresc
B. Tipul de monomeri
C. Dimensiunea umpluturii anorganice: cu cât particulele sunt mai mici cu atât adâncimea de polimerizare/transluciditatea cresc
D. Tipul de sistem de inițiere
E. Momentul de desfășurare a polimerizarii: pe masura ce reacția de polimerizare se desfășoară, transluciditatea scade
R: B, C, D

118. Compomerii:
A. Prima componenta este sticla fluoro-alumino-silicat
B. A doua componenta este matrice organica polimerica
C. Ca mecanism de întărire folosește reacția acid-baza
D. Nu necesita conditionare acida
E. Are ca mecanism de întărire polimerizare
R: A, C, E

119. Pentru o cavitate de clasa a V- a in zona frontală este necesar un material:
A. Cu elasticitate scăzută
B. Rezistent la uzură
C. Fizionomie foarte bună
D. Cu elasticitate crescuta
E. Cu macroumplutura
R: B, C, D

120. Compozitele cu contractie de polimerizare mica (low-shrink)
A. Contractie de polimerizare redusa

B. Proprietati mecanice scăzute
C. Marea majoritate necesita adeziv dedicat
D. Aplicare stratificata
E. Contractie de polimerizare crescuta
R: A, D

121. Prismele de smalt dau smaltului de suprafata un aspect:
A. mat
B. lucios
C. opac
D. lipsit de luciu
E. transparent
R: A, C, D

122. Leziunea initiala a smaltului e descrisa ca:
A. o leziune de suprafata
B. o leziune superficiala
C. acoperita de un strat superficial de smalt sanatos
D. o leziune profunda
E. o leziune medie
R: A, C

123. Examenul microscopic pune in evidenta o serie de modificari structurale:
A. micsorarea spatiilor interprismatice
B. aparitia unor forme atipice de cristale de hidroxiapatita
C. marirea spatiilor interprismatice
D. dizolvarea si recristalizare
E. aparitia unor forme atipice de fluoroapatita
R: B, C

124. La nivelul santurilor si fosetelor leziunea carioasa este:
A. usor de diagnosticat
B. superficial
C. apare ca o coloratie gri
D. greu de diagnosticat
E. apare o coloratie galbuie
R: B, C, D

125. Fosetele pot fi:
A. atipice (mai putin de 10%) cu un aspect bulbar la baza si un gat ingust spre periferie
B. tipice, cu un aspect bulbar la gat si ingust la baza
C. aspect frecvent de foseta in forma de V deschis
D. plina cu biofilm bacterian saprofit
E. aspect de V inchis
R: A, C

126. Zona intunecata:
A. se gaseste superficial de zona translucida
B.este prezenta in 85-90% din cazuri la dintii permanenti
C. este prezenta in 80% din cazuri la dintii temporari
D. se gaseste profund de zona translucida
E. este prezenta in 10-15% din cazuri la dintii temporari
R: A, B, E

127. Zona translucida:
A.este zona cea mai superficiala a leziunii
B.este prezenta la dintii temporari (1 caz din 4)
C. este cea mai veche
D.este prezenta la dintii temporari (1 caz din 2)
E. este cea mai recenta
R: B, C

128. Corpul leziunii:
A. este denumit si zona de profunzime
B. se situeaza intre zona intunecata si cea de suprafata
C.este o zona difuza
D. este stratul cel mai intins din dentina cariata
E. este o zona bine delimitate
R: B, C

129. Pe microradiografie se observa:
A. o alternare de zone radiotransparente cu zone radioopace
B. striile lui Retzius sunt slab marcate
C. o dizolvare preferențiala a zonelor centrale ale prismelor de smalt
D. striile lui Retzius bine marcate
E. doar zone radioopace
R: A, C, D

130. Zona de suprafata:
A.este o zona interna
B. descrisa ptr prima data in 1970
C. descrisa ptr prima data in 1968
D. este o zona externa
E. este o zona mediana
R: C, D

131. Zona de suprafata:
A. relativ afectata
B.este cel mai bine vazuta la lumina polarizata
C. grosime de 30-40 um
D. smaltul prezinta o porozitate de 10% in aceasta zona
E. nu se vede la lumina polarizata

R: B, C

132. La nivelul fosetelor ocluzale:
A. procesul carios poate incepe in cea mai adanca zona a unei fosete
B. risc scazut de carie: cele de aspect bulbar
C. risc crescut de carie: cele de aspect in V deschis
D. risc crescut de carie: cele de aspect bulbar
E. risc crescut de carie: cele de aspect bulbar
R: A, D, E

133. Aspectul histopatologic al cariei in dentina:
A. pot fi observate abia din stadiul avansat al leziunii
B. dupa invazia bacteriana
C. inainte de invazia bacteriana
D. aparitia unei zone hipermineralizate
E. aparitia unei zone hipomineralizate
R: C, D

134. Demineralizarea si remineralizarea dentinei:
A. nu depaseste aria ce corespunde limitelor externe ale leziunii initiale din smalt
B. se extinde dincolo de prismele de smalt afectate de carie
C. nu se extinde dincolo de prismele de smalt afectate de carie
D. la inceput, la jonctiunea smalt dentina leziunea se extinde central
E. depaseste aria ce corespunde limitelor externe ale leziunii initiale din smalt
R: A, C

135. Evolutia procesului carios in dentina:
A. are forma triunghiulara
B. are forma de V deschis
C. invazia bacteriana a dentinei se produce prin prismele de smalt
D. are forma triunghiulara cu baza mare spre jonctiunea amelo dentinara si varful spre tesutul pulpar
E. are forma de V inchis
R: A, D

136. Dupa Newbrun 1989, pe o sectiune longitudinala se pot observa 4 zone:
A. o zona de integrare partiala
B. o zona de dezintegrare totala
C. o zona de demineralizare
D. doua zone de demineralizare
E. o zona de dezintegrare partiala
R: B, C

137. Dupa Newbrun 1989, pe o sectiune longitudinala se pot observa 4 zone:
A. o zonă de invazie bacteriana
B. o zona de dentina scleroasa

C. o zona de dentina seroasa
D. o zona de integrare partiala
E. o zona de dezintegrare totala
R: A, B

138. Lundeen si Roberson 1995, descriu 5 zone:
A. dentina translucida
B. dentina opaca
C. dentina scleroasa (transparenta)
D. dentina aparent normala
E. dentina afectata
R: B, C, D

139. Lundeen si Roberson 1995, descriu 5 zone, cu exceptia:
A. dentina afectata si infectata
B. dentina opaca
C. dentina seroasa
D. dentina aparent normal
E. dentina scleroasa
R: A, C

140. Leziunea cementara initiala: la microscopul electronic in prima faza de evolutie se observa:
A. invazie bacteriana
B. invazie microbiana
C. distructie progresiva a cementului
D. distructie localizata a cristalelor de hidroxiapatita
E. distructia regresiva a cementului
R: B, C

141. *Tesuturile care deriva din ectoderm:
A. epiteliul gingival
B. dentina
C. tesutul pulpar
D. cementul
E. spatiul periodontal
R: A

142. *Grosimea smaltului la nivelul cuspizilor premolarilor:
A. 2,5-3mm
B. 2,3-2,5mm
C. 2mm
D. 1,5-2mm
E. 0,2 mm
R: B

143. *Grosimea dentinei in dreptul marginilor incizale variaza intre:

A. 3-7 mm
B. 3-5mm
C. 3-4mm
D. 1-3mm
E. 2-3mm
R: B

144. *Dentina contine subtanta minerala in valoare de:
A. 62%
B. 65%
C. 67%
D. 63,3%
E. 70%
R: C

145. *Prin procesul de remineralizare a suprafetei dentare se vor produce:
A. Marirea spatiilor interprismatice
B. Aparitia unor forme atipice de cristale de hidroxiapatita
C. Modificari ale structurii organice a smaltului si cresterea permeabilitatii sale
D. Posibilitatea ionilor de calciu, fosfati, natriu, flour, din saliva de a patrunde in profunzimea smaltului.
E. Dizolvari si recristalizari
R: E

146. *Dupa stadiul de demineralizare al tesuturilor dure dentare:
A. Leziuni necavitare la care demineralizarea este reversibila
B. Procese carioase cu santuri si fosete
C. Procese carioase localizate pe suprafete netede
D. Leziuni carioase cu evolutie rapida
E. Leziuni carioase cu evolutie lenta
R: A

147. *Dupa localizarea leziunilor carioase:
A. Leziuni necavitare la care demineralizarea este reversibila
B. Leziuni carioase superficiale
C. Procese carioase pe suprafete cu santuri si fosete
D. Leziuni carioase cu evolutie rapida
E. Leziuni carioase cu evolutie lenta
R: C

148. *Dupa dinamica de evolutie:
A. Procese carioase pe suprafete cu santuri si fosete
B. Leziuni carioase stationare, oprite din evolutie
C. Leziuni cavitare
D. Leziuni carioase superficiale
E. Leziuni carioase de adancime medie

R: B

149. *Dupa profunzimea leziunilor carioase:
A. Leziuni cavitare
B. Procese carioase pe suprafete cu santuri si fosete
C. Leziuni carioase cu evolutie rapida
D. Leziuni carioase superficiale
E. Leziuni carioase stationare, oprite din evolutie.
R: D

150. *Metoda clinica directa de detectie a leziunilor dentare este:
A. Examenul radiologic
B. Metode electrice de detective
C. Markerii coloranti
D. Tehici ultrasonice
E. Metoda vizuala
R: E

151. *Metoda clinica indirecta de detectie a leziunilor dentare este:
A. Examenul radiologic
B. Metoda vizuala
C. Semnul firului de matase
D. Starea gingiei
E. Metoda vizuala cu camera intraorala
R: A

152. *Metoda exploratorie de detectie a leziunilor dentare este:
A. Transiluminarea- diafanoscopia Foti, Difoti
B. Fluorescenta QLF
C. Metode electrice de detectie
D. Metoda vizual-tactila
E. Metode profilactice- detartaj, periaj professional, prophyjet
R: E

153. *Cariile localizate pe fetele proximale ale molarilor si premolarilor se clasifica in raport cu localizarea fata de aria de contact in:
A. Leziune incipienta pe mijlocul fetei proximale
B. Leziune care intrerupe creasta marginala
C. Leziune cu evolutie vestibulara
D. Carie localizata deasupra ariei de contact
E. Leziune cu evolutie spre unghiul incisal
R: D

154. *Cariile proximale la nivelul dintilor frontali pot prezenta urmatoarea localizare:
A. Leziune incipienta pe mijlocul fetei proximale
B. Carie localizata deasupra ariei de contact

C. Carie localizata la nivelul ariei de contact
D. Carie localizata sub aria de contact
E. Leziune carioasa care submineaza creasta marginala
R: A

155. *Diagnosticul pozitiv de carie simpla se stabileste pe baza urmatorului semn clinic:
A. Leziuni dentare necariose cu pierdere de substanta
B. Hiperestezia dentinara: durerea are caracteristici diferite
C. Durere provocata care dispare odata cu excitantul
D. Gangrena pulpara: testele de sensibilitate sunt negative
E. Pulpitele cornice inchise: diagnosticul diferential se face prin foraj exploratory
R: C

156. *Diagnosticul diferential se realizeaza cu alte afectiuni dentare de cauza carioasa sau necarioasa. Unul dintre acestea este:
A. Modificare de culoare
B. Pierdere de substanta dura dentara
C. Leziuni dentare necarioase cu sau fara pierdere de substanta
D. Camera pulpara inchisa
E. Teste sensibillitate pulpara positive
R: C

157. *Semnul clinic subiectiv in caria secundara marginala este:
A. Dinte cu obturatie coronara
B. Dureri provocate de excitanti fizici (rece) sau chimici (dulce), dureri ce dispar dupa indepartarea excitantului.
C. Coloratie alb-cretoasa a smaltului marginal restaurarii
D. Prezenta la palpare cu sonda in profunzime a dentine necrotice
E. Probe de sensibilitate pulpara positive
R: B

158. *Semnul clinic obiectiv in caria secundara marginala:
A. Dureri provocate de excitanti fizici sau chimici, dureri ce dispar dupa indepartarea excitantului
B. Modificari de culoare a obturatiei vizibila in special la dintii frontali
C. Coloratie alb-cretoasa sau brun-cafenie a smaltului marginal restaurarii
D. Retentia de resturi alimentare la marginea restaurarii
E. Dureri de masticatie in zona laterala datorate fracturii sau dislocarii restaurarii sau unor fisuri in smalt
R: C

159. * Codul ICDAS 0 de detectare a leziunilor carioase in functie de severitatea leziunii este:
A. Prima modificare vizibila la nivelul smaltului
B. Suprafata sanatoasa
C. Modificari distincte vizibile la nivelul smaltului
D. Distructie localizata la nivelul smaltului

E. Modificari de culoare provenite de la nivel dentinar
R: B

160. *Codul ICDAS 1 de detectare a leziunilor carioase in functie de severitatea leziunii este:
A. Suprafata sanatoasa
B. Modificari distincte vizibile la nivelul smaltului
C. Prima modificare vizibila la nivelul smaltului
D. Distructie localizata la nivelul smaltului
E. Modificare de culoare provenite de la nivel dentinar
R: C

161. *Codul ICDAS 4 de detectare a leziunilor carioase in functie de severitatea leziunii este:
A. Modificare de culoare provenite de la nivel dentinar
B. Distructie localizata la nivelul smaltului
C. Modificari distincte vizibile la nivelul smaltului
D. Leziune cavitara simpla cu afectare vizibila a dentine
E. Leziune cavitara extinsa, cu afectarea vizibila a dentine
R: A

162. *Leziunile primare pot fi:
A. Caria de biberon
B. Caria rampanta
C. Sindromul Dubreuil Chambardel
D. Cicatriciale sau stabile
E. Leziuni carioase superficiale
R: D

163. *Modificarea de forma dens in dente prezinta:
A. Prezinta in interior o cavitate rezultata din invaginarea smaltului.
B. Prezinta aspect modificat avand o protuberanta pe suprafata externa a dintelui.
C. Prezinta un sant longitudinal de sciziune cu adancime variabila, care determina aparitia a doua portiuni coronare separate partial sau complet si o portiune radiculara.
D. Este rezultatul unirii a doi dinti vecini la nivel coronar si radicular, numarul dintilor fiind redus cu 1
E. Prezinta la nivel coronar proeminente suplimentare din smalt cu diferite localizari.
R: A

164. *Modificarea de forma dens evaginatus prezinta:
A. Prezinta in interior o cavitate rezultata din invaginarea smaltului
B. Prezinta aspect modificat avand o protuberanta pe suprafata externa a dintelui.
C. Este rezultatul unirii a doi dinti vecini la nivel coronar si radicular, numarul dintilor fiind redus cu 1.
D. Prezinta la nivel coronar proeminente suplimentare din smalt cu diferite localizari.
E. Este o protuberanta in forma de ghiara, are un corn pulpar si este localizat la nivelul dintilor frontali.
R: B

165. *Modificarea de forma a dintelui geminat prezinta:
A. Prezinta angulare anormala
B. Are aspect clinic normal dar cu camera pulpara anormal de lunga
C. Prezinta in interior o cavitate rezultata din invaginarea smaltului.
D. Prezinta aspect modificat avand o protuberanta pe suprafata externa a dintelui.
E. Prezinta un sant longitudinal de sciziune cu adancime variabila.
R: E

166. *Modificarea de forma a dintelui fuzionat este:
A. Este rezultatul unirii a doi dinti vecini la nivel coronar si radicular, numarul dintilor fiind redus cu 1
B. Prezinta in interior o cavitate rezultata din invaginarea smaltului.
C. Prezinta aspect modificat avand o protuberanta pe suprafata externa.
D. Prezinta un sant longitudinal de sciziune cu adancime variabila.
E. Prezinta la nivel coronar proeminente suplimentare din smalt cu diferite localizari.
R: A

167. *Modificarea de forma a dintelui din taurodontism are:
A. Prezinta angulare anormala
B. Are aspect clinic normal dar cu camera pulpara anormal de lunga
C. Este rezultatul unirii a doi dinti vecini la nivel coronar si radicular
D. Prezinta un sant longitudinal de sciziune cu adancime variabila
E. Prezinta aspect modificat avand o protuberanta pe suprafata externa a dintelui
R: B

168. *Modificarea de forma a dintelui dilacerat:
A. Prezinta angulare anormala.
B. Prezinta in interior o cavitate rezultata din invaginarea smaltului
C. Prezinta aspect modificat avand o protuberanta pe suprafata externa a dintelui
D. Este rezultatul unirii a doi dinti vecini la nivel coronar si radicular
E. Are aspect clinic normal dar cu camera pulpara anormal de lunga
R: A

169. *Hipoplazice prezinta:
A. Modificari calitativa – mineralizare deficitara
B. Modificari cantitative – mai putina matrice organica
C. Moderata - cu expunerea dentine
D. Pata alba cretoasa din distrofii stabile
E. Suprafeta galbena din distrofii evolutive
R: B

170. *Hipomineralizari prezinta:
A. Modificari calitative – mineralizare deficitara
B. Modificari cantitative – mai putina matrice organica
C. Suprafata galbena din distrofii evolutive

D. Suprafata alba cretoasa din distrofii stabile
E. Moderata cu expunerea dentinei
R: A

171. *Leziunile de uzura dupa distributie pot fi:
A. Usoara (doar in smalt)
B. Localizata
C. Mecanica – patologica (prin trauma ocluzala) – abfractie
D. Chimica – patologica extrinseca – eroziune
E. Coronar generalizat
R: B

172. *Leziunile de uzura dupa severitate pot fi:
A. Generalizata
B. Coronar generalizata
C. Usoara (doar in smalt)
D. Mecanica – fiziologica (fara obiect interpus, cu contact dento-dentar direct)- atritie
E. Complexa – patologica (fara obiect interpus, cu contact dento- dentar direct) – bruxism
R: C

173. *Leziunile de uzura dupa etiologie pot fi:
A. Chimica – patologie extrinseca – eroziune
B. Generalizata
C. Moderata (cu expunerea dentine)
D. Cervical
E. Coronar generalizat
R: A

174. * Leziunile de uzura dupa localizare pot fi:
A. Localizata
B. Usoara(doar in smalt)
C. Incizal sau ocluzal
D. Mecanica – fiziologica (fara obiect interpus, cu contact dento-dentar direct) – atritie
E. Chimica – patologica extrinseca – eroziune
R: C

175. *Proprietatile fundamentale ale monomerilor de dilutie(EGDMA, TEGDMA) sunt:
A. Contractie de polimerizare mare
B. Au vascozitate mare
C. Contractie de polimerizare mica, datorita sctructurii voluminoase
D. Capacitate buna de umectare a tesuturilor dure dentare
E. Sunt toxici pentru testul pulpar si isi modifica culoarea in timp
R: A

176. *Avantajele principale ale utilizarii compozitelor:
A. Au contractie de polimerizare mare.

B. Nu au aderenta intrinseca (ca CIS).
C. Permit realizarea de cavitati cu sacrificiu minim de tesut dur si restaurarea tuturor tipurilor de cavitati.
D. Coeficient de expansiune termica liniara mult mai mare decat al tesuturilor dure dentare.
E. Aplicarea presupune pregatirea structurii dentare cu sistem adeziv a carui utilizare necesita etape multiple.
R: C

177. *Dezavantajele principale ale utilizarii compozitelor:
A. Nu au aderenta intrinseca (ca CIS).
B. Permit realizarea de cavitati cu sacrificiu minim de tesut dur si restaurarea tuturor tipurilor de cavitati.
C. Proprietati mecanice bune.
D. Fizionomie buna
E. Bune izolatoare termic.
R: A

178. *Clasificarea rasinilor compozite dupa dupa tehnica de inserare:
A. Contractia de polimerizare
B. Compozite cu contractie de polimerizare redusa
C. Compozite cu contractie de polimerizare ridicata
D. Stratificata- in straturi de maxim 2 mm
E. Compozite fluide au elasticitate mare, de eectie, pentru restaurarea zonei cervicale.
R: D

179. *Clasificarea rasinilor composite dupa unele proprietati fundamentale – contractia de polimerizare:
A. Compozite cu fluiditate scazuta (vascoasa) – compozite pasta.
B. Stratificata in straturi de maxim 2 mm
C. In masa (pentru materiale pasta sau fluide)
D. Prin injectare (pentru materiale fluide).
E. Prin condensare (compozite condensabile)
R: A

180. *Avantajele de baza ale variantelor clasice (CIS):
A. Rezistenta mecanica si duritate mai scazute decat ale rasinilor compozite
B. Solubilitate crescuta
C. Fizionomie redusa
D. Bune izolatoare termic
E. Sensibilitate postoperatorie
R: D

181. *Dezavantajele de baza ale variantelor clasice CIS :
A. Contractie de priza compensata de absorbtia rapida de apa
B. Coeficient de expansiune termica similar cu cel al dentine
C. Rezistenta mecanica si duritate mai scazute decat cele ale rasinilor compozite

D. Bune izolatoare termic
E. Elasticitate buna, fiind potrivite pentru restaurarea zonelor cervicale
R: C

182. *In cazul distrofiilor dentare primare stabile, cea mai frecventa anomalie de numar, care sa ilustreze situatia unui dinte supranumerar inclus este:
A. Canin superior inclus
B. molar de minte inferior inclus
C. meziodensul
D. dinte supranumerar inclus,forma atipica, localizat la nivelul maxilarului
E. dinte supranumerar inclus,forma atipica, localizat la nivelul mandibulei
R: C

183. *Fluoroza dentara este o tulburare a dezvoltarii smaltului datorate excesului de fluor in primii:
A. 2 ani de viata
B. 4 ani de viata
C. 6 ani de viata
D. 8 ani de viata
E. 12 ani de viata
R: D

184. *Uzura dentara de tipul atritie,etiologie:
A. mecanica-fiziologica: fara obiect interpus, cu contact dento-dentar direct
B. mecanica-patologica: fara obiect interpus, cu contact dento-dentar direct
C. mecanica-patologica: cu obiect interpus
D. chimica-patologica intrinseca
E. combinate
R: A

185. *Pentru a putea deosebi o coloratie extrinseca de una intrinseca:
A. pe suprafetele lucioase si netede,se zgarie suprafata pe care se regaseste pata
B. se realizeaza percutie in axul dintelui
C. se coloreaza dintele cu albastru de metilen
D. se foloseste indicatorul de carie
E. se pot folosi teste de vitalitate electrice
R: A

186. *Aspectul caracteristic leziunilor cuneiforme:
A. reniforma
B. conopidiforma
C. pana sau “wedge-shaped”
D. liniara
E. rectangulara
R: C

187.*Duritatea smaltului pe scara Mohs se afla intre:
A. 1-3
B. 3-5
C. 5-8
D. 8-10
E. 10-12
R: C

188.*Foita embrionara din care s a format smaltul este:
A. ectoderm
B. endoderm
C. mezoderm axial
D. mezoderm para axial
E. mesoderm lateral
R: A

189.*Din punct de vedere chimic, in dentina se gaseste subtanta minerala in proprtie de:
A. 67%
B. 51%
C. 72%
D. 85%
E. 90%
R: A

190*.Dupa localizarea pe suprafata dentara ce tip de cement gasim:
A. celular
B. acelular
C. primar
D. coronar
E. mezenchimal
R: D

191.*Valoarea ph ul critic ce determina demineralizarea smaltului este:
A. 4,5
B. 3,5
C. 5,5
D. 5
E. 7
R: C

192.*Despre compozitele cu macroumplutura sunt false următoarele afirmații, cu exceptia:
A. Nu se mai folosesc
B. Proprietăți mecanice foarte bune
C. Persistenta lucrului suprafeței
D. Rezistenta la uzură
E. Absorb mai multa apa

R: A

193. *Compozitele nanohibride se caracterizează prin:
A. Proprietati mecanice slabe
B. Rezistență la uzură scăzută
C. Transluciditate mare
D. Adâncime de polimerizare mica
E. Estetica redusa
R: C

194. *După consistenta compozitele pot fi:
A. Compozite low-shrink
B. Compozite flow
C. Nanocompozite
D. Compozite condensabile
E. Compozite fizionomie
R: B

195. *Microumplutura are:
A. Contractie de polimerizare mica
B. Rezistemta la uzură scăzută
C. Particule de sticle ale metalelor grele
D. Genereaza luciu persistent
E. Conține particule de aluminoborosilicat de bariu
R: D

196.*Urmatoarele afirmații legate de agenții de cuplare sunt adevărate, cu exceptia:
A. Sunt reprezentați de camforchinona
B. Sunt reprezentate de silani
C. Fac legătură între faza organica si cea anorganica
D. Genereaza rezistenta mecanica mare
E. Rol în obținerea unor proprietati fizico-mecanice adecvate ale rasinilor diacritice
R: A

197.* Leziunea carioasa situata la nivelul cementului poate avea doua forme de manifestare:
A. de continuitate
B. localizata spre dentina
C. localizata in colet
D. in vecinatatea unui proces carios situat la nivelul cementului
E. localizata spre apex
R: A

198. *Dentina opaca are 3 zone:
A. zona de integrare partiala
B. zona de dezintegrare partiala
C. zona de dezintegrare totala

D. zona de integrare totala
E. zona de integrare subtotala
R: C

199. *Dentina opaca are 3 zone:
A. zona de dezintegrare totala
B. zona de remineralizare
C. zona de infectie
D. zona de jonctiune smalt-dentina
E. zona de demineralizare
R: A

200. *Aspectul histopatologic al cariei in dentina:
A. dupa invazia bacteriana
B. inainte de invazia bacteriana
C. aparitia unei zone demineralizate
D. pot fi observate abia din stadiul avansat al leziunii
E. nu pot fi observate
R: B

ENDODONTIE

1. În cadrul anamnezei în endodonție, istoricul bolii cuprinde următoarele:
A .Informații despre debutul afecțiunii
B. Momentul și modul în care a debutat afecțiunea
C. Factorii ce nu agravează afecțiunea
D. Tratamentele efectuate (dentare sau medicamentoase)
E. Impactul pe care il are asupra sănătății orale.
R: A, B, D

2. În cadrul anamnezei în endodonție, motivul prezentării poate fi legat de:
A. Durere
B. Tumefacții
C. Tulburări de ordin estetic
D. Modificări de formă ale coroanei dentare
E. Afectarea funcției masticatorii
R: A, B, E

3. Despre frezajul explorator sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:
A. Este un test cu o valoare diagnostică ridicată, utilizat în special când există dubii în ceea ce privește sensibilitatea pulpară
B. Se utilizează atunci când nu poate fi identificat cu exactitate dintele
C. Poate fi folosit atunci când alte teste nu pot fi utilizate
D. Pentru testare se va realiza, cu o anestezie în prealabil, o cavitate de dimensiuni reduse la nivelul suprafeței ocluzale a dinților laterali
E. Vitalitatea pulpei se poate aprecia prin lipsa senzației dureroase

R: D, E

4. În vederea realizării unui tratament endodontic, radiografia retroalveolară ne poate da informații despre:
A. Numărul, forma și gradul de curbură al rădăcinilor
B. Numărul canalelor radiculare
C. Locația, lungimea, lățimea, calibrul și forma traseului canalelor radiculare
D. Evaluarea lungimii și a omogenității obturației de canal
E. Identificarea și localizarea instrumentelor endodontice nefracturate în canale
R: A, B, D

5. Clasificarea tipurilor de necroză include:
A. Necroză totală
B. Necroză parțială
C. Necroză simplă, când se extinde în spațiul periodontal
D. Necroză complicată, când interesează doar spațiul endodontic
E. Necroză parțială, când interesează doar spațiul endodontic
R: A, B

6. Tratamentul parodontitei apicale (hiperemice), consecutivă obturației de canal cu depășire implică următoarele:
A. Este o urgență, prioritatea o constituie evacuarea exudatului purulent
B. Dacă drenajul endodontic este posibil, incizia nu este necesară
C. Uneori foramenul apical nu comunică cu colecția purulentă
D. Antiinflamatoare
E. Antialgice
R: D, E

7. Diagnosticul diferențial din parodontita apicală acută seroasă se face cu:
A. Pulpita acută: teste de vitalitate negative
B. Abcesul apical acut (parodontita apicală acută purulentă): durere lancinantă, tumefacția circumscrisă și conturată
C. Nevralgia de trigemen
D. Foliculita dinților incluși
E. Nevralgia de accesor
R: C, D

8. Tehnica tratamentului de urgență în cazul abcesului acut apical (parodontita apicală acută purulentă) presupune:
A. Îndepărtarea țesuturilor alterate și crearea unei cavități de acces
B. În anumite cazuri, după îndepărtarea tavanului camerei pulpare, drenajul se realizează spontan
C. Dacă atât starea generală a pacientului și aspectul tumefacției o permit (tumefacție circumscrisă) și se pot realiza în această ședință tratamentul mecano-chimic complet precum și uscarea canalului radicular, se poate aplica o pastă de hidroxid de calciu și se aplică o obturație coronară definitivă

D. În cazul în care, după evacuarea conținutului camerei pulpare și irigarea acesteia, exsudatul purulent nu se evacuează spontan, se pătrunde cu un ac de diametru mic, dincolo de foramenul apical (1mm), manoperă urmată de evacuarea de puroi urmat de un exsudat hemoragic
E. Canalul radicular trebuie irigat cu clorhexidină, iar în cazul unei simptomatologii de intensitate mare, când nu se poate obține uscarea canalului, dintele rămâne deschis 24-48 de ore
R: A, B, D

9. Următoarele afirmații cu privire la parodontita apicală cronică fibroasă sunt adevărate, cu excepția:
A. Etiologie: substanțe chimice, suprainstrumentare, obturație de canal etanșă
B. Simptomatologie zgomotoasă
C. Diagnostic pozitiv: lărgirea spațiului periodontal apical în formă de "calotă"
D. Diagnostic diferențial: cu necroză complicată, pulpită cronică
E. Examen radiologic: radiotransparență periapicală bine delimitată, cu aspect de "calotă", în care se poate observa aspectul structural osos în totalitate păstrat
R: A, B, E

10. Diagnosticul pozitiv în cazul granulomului periapical se stabilește pe baza următoarelor semne:
A. Imaginea radiologică
B. Lipsa de sensibilitate la sondarea canalului
C. Lipsa de sensibilitate la testele de sensibilitate pulpară
D. Sensibilitate la sondarea canalului
E. Sensibilitate la testele de sensibilitate pulpară
R: A, B, C

11. Referitor la tratamentul chisturilor periradiculare se pot afirma următoarele, cu excepția:
A. Tratamentul constă într-un tratament endodontic conservativ
B. Dacă după realizarea tratamentului mecanic și a irigării canalului radicular nu se poate obține uscarea canalului este indicată o medicație intracanalară cu hidroxid de calciu și iodoform
C. Dacă după realizarea tratamentului mecanic și a irigării canalului radicular nu se poate obține uscarea canalului este indicată o medicație intracanalară cu hidroxid de calciu
D. Vindecarea afecțiunii este favorizată prin reducerea presiunii intrachistice obținută prin drenarea lichidului din cavitatea chistică
E. După obturarea canalelor radiculare, evoluția afecțiunii trebuie urmărită strict prin controale clinice
R: B, E

12. Următoarele afirmații sunt adevărate cu privire la abcesul apical cronic, cu excepția:
A. Este o leziune inflamatorie cronică localizată la nivelul țesuturilor periapicale asociată cu prezența unei fistule prin care nu se evacuează puroi în mod continuu sau discontinuu
B. Traiectul fistulei poate fi căptușit cu țesut epitelial sau granulomatos
C. Fistula este traseul de la abces, la suprafața mucozală sau tegument
D. Este rezultat al unui episod acut sau exacerbarea parodontitei apicale care se formează fără simptome

E. Atunci când nu este drenată secreția purulentă, orificiul fistulos se poate epiteliza pentru a se redeschide când se formează o presiune periapicală
R: A, E

13. Alegeți afirmațiile adevărate cu privire la parodontita apicală cronică acutizată:
A. În cazul parodontitei apicale se adaugă durerea la percuție și palpare, mobilitatea dintelui, tumefacție, teste de vitalitate pozitive, radiotransparență periapicală
B. Atunci când este interesat și parodonțiul apical se supraadaugă: absența sensibilității la percuția dintelui, tumefacție circumscrisă sau difuză
C. Diagnosticul diferențial se face cu patologia nevralgiformă
D. Diagnosticul pozitiv se pune strict pe baza examenului radiologic
E. Tratamentul este similar cu al parodontitelor simptomatice sau al abcesului alveolar acut
R: C, E

14. Afirmațiile false cu privire la diagnosticul diferențial radiologic al patologiei periapicale sunt, cu excepția:
A. La examenul radiologic se poate identifica spațiul periodontal lărgit și/sau radiotransparența periapicală de aspect și extindere variabilă
B. Procesele osteitice în stadiul final nu sunt întotdeauna decelabile radiologic
C. Timpul necesar până ce leziunea este identificabilă radiologic este de 1-2 săptămâni de la debut
D. Proiecția radiotransparenței pe radiografia retroalveolară este mult mai mică în dimensiune, decât reprezentarea reală a leziunii osoase propriu-zise
E. Timpul necesar până ce leziunea este identificabilă radiologic este de 3-4 săptămâni de la debut
R: A, D, E

15. Flexibilitateaintrumentelor de nichel titan esteinfluențată de următoarele, cu excepția:
A. Compoziţiamaterialului
B. Tratamentultermochimic
C. Geometriainstrumentului
D. Diametrulinstrumentului
E. Forma pe secțiunesagitalăainstrumentului
R: B, E

16. Alegețiafirmațiile false despreaceleflexofile:
A. Constituie o versiunemairigidăaacului Kerr
B. Prezintă o reducere a memorieielastice, cauzaprincipală a deplasăriiforamenului apical încazulpreparăriicanalelorcurbe
C. Pe secțiunetransversală au formărectangulară
D. Vârfulesterotunjit, activ
E. Sunt indicate întehnicaforțelor compensate
R: A, C, D

17. Printretehnicilemanualeintroduseşiutilizate anterior apariţieişidezvoltăriisistemelor rotative bazate pe instrumentarulrealizat din nichel titan, reprezentative sunt:

A. Tehnicaforțelor compensate
B. Telescopareaprogresivă (step down)
C. Telescoparearegresivă (step back)
D. Tehnicaconvențională
E. Pilireacircumferențială
R: A, C

18. Referitor la constricțiaapicală sunt adevărateurmătoareleenunțuri:
A. Reprezintă zona apicalăceamaiîngustă a canalului radicular
B. Reprezintălimitainstrumentăriișiobturăriicanalului radicular
C. Sigilareapoate fi celmaidificil de realizat la acestnivel
D. Contactuldintrematerialul de obturațieșiperețiicanalului se realizează pe ceamai mare suprafață
E. Distanțadintreconstricțiaapicalășiapexul anatomic al dinteluiesteconsiderată a fi de aproximativ 1 mm
R: A, B, E

19. Avantajele formei asimetrice a sistemului 2 Shape constau în următoarele, cu excepția:
A. Reducerea forțelor de fricțiune care acționează asupra instrumentului
B. Mai puțin spațiu între pereții canalului și suprafața instrumentului, asigurând eliminarea resturilor dentinare
C. Crește riscul de fractură al instrumentelor
D. Reduce riscul de fractură al instrumentelor
E. Creșterea forțelor de fricțiune care acționează asupra instrumentului
R: B, C, E

20. Alegeți afirmațiile false cu privire la protocolul de lucru în cazul sistemului 2 Shape:
A. Crearea cavității de acces și determinarea lungimii de lucru pe radiografia postoperatorie
B. Identificarea orificiilor canalelor radiculare
C. Lărgirea treimii apicale cu instrumentul One Flare
D. Verificarea permeabilității canalului cu ace de tip Kerr 10 și determinarea lungimii de lucru
E. Realizarea căii de alunecare cu un ac de tip Kerr 15, urmat de prelărgire cu One G
R: A, C, E

21. Următoarele afirmații sunt incorecte cu privire la utilizarea frezelor Gates Glidden:
A. Pot fi utilizate în ordine descrescătoare, de la 1 la 6, doar în porțiunea rectilinie a canalului
B. Se imprimă o mișcare de apăsare și retragere
C. Frezele Gates-Glidden pot fi înlocuite cu instrumente rotative de nichel-titan, cum ar fi instrumentul SX al sistemului ProTaper Universal sau One Flare
D. Instrumenele rotative de nichlet-titan prezintă o conicitate mică, sunt mai lungi
E. La îndepărtarea din canal, acestor instrumente li se poate imprima o mișcare de apăsare (pensulare) la nivelul peretelui opus curburii
R: A, B, D, E

22. Următoarele afirmații sunt false cu privire la spreadere:
A. Sunt instrumente manual utilizate pentru condensarea laterală a conurilor de gutapercă

B. Hand spreaderele sunt formate dintr-un mâner scurt similar instrumentarului manual de lărgire a canalelor radiculare și o parte activă conică, efilată și netedă
C. Instrumentele standardizate ISO respect seria de culori specific instrumentarului endodontic
D. Pot fi confecționate doar din oțel inoxidabil
E. Mișcarea realizată cu spreaderele este simplă, de presiune laterală.
R: B, D, E

23. Alegeți afirmațiile adevărate referitoare la determinarea lungimii de lucru prin metoda radiologică:
A. Se realizează prin plasarea unui ac în canal până la lungimea estimată sau cea determinată cu apex locatorul
B. Se realizează o ortopantomografie, pe care se apreciază poziția vârfului acului în raport cu apexul anatomic
C. Poziția constricției apicale se găsește la aproximativ 2 mm de apexul radicular
D. Vârful acului trebuie ajustat la 1 mm de apexul radiologic pentru o lungime de lucru corectă
E. Verificarea finală se poate face chiar și în momentul uscării canalului cu ajutorul unui con de gutapercă: umezirea vârfului conului îndepărtat din canal consecutive uscării canalului indică depășirea foramenului apical
R: A, D

24. Caracteristici ale cavității de acces pentru molarii mandibulari sunt următoarele, cu excepția:

A. Cavitatea de acces este situată mai înspre partea distală a feței ocluzale
B. Cavitatea de acces are formă de trapez cu baza mică situată mezial
C. Există două rădăcini (mezială și distală), putând exista trei canale radiculare, situate două mezial și unul distal, patru canale radiculare atunci când rădăcina distal prezintă două canale
D. Dacă există două canale distale, baza mică a conturului trapezului se vamări în funcție de distanța dintre cele două canale distale
E. Dacă există două canale distale, baza mare a conturului trapezului se va mări în funcție de distanța dintre cele două canale distale
R: A, B, E

25. Noile generații de instrumente endodontice sunt realizate din:
A. Aliaj de nichel-titan M-Wire, cu flexibilitate îmbunătățită și o creștere a rezistenței la oboseala ciclică
B. Aliaj de nichel-titan R-Phase, care a permis realizarea unor instrumente endodontice prin tăierea sârmei de Ni-Ti
C. CM-wire, realizat printr-un process chimic special
D. CM-wire, caracteristicile sale au permis realizarea unor instrumente extrem de rigide, cu memorie controlată CM
E. CM-wire, care prezintă rezistență superioară la oboseala ciclică, acționând la temperatura mediului oral în faza martensitică
R: A, E

26. Despre oboseala ciclică se pot afirma următoarele:

A. Reprezintă acumularea stresului în masa aliajului datorită utilizării prelungite a instrumentului într-un canal curb sau datorită mai multor utilizări repetate
B. Este influențată de suprafața de contact dintre lamelele tăietoare ale părții active și pereții canalului radicular
C. Este determinată de numărul de rotații pe care un instrument nu este capabil să il realizeze împotriva unor forțe opuse
D. Acest parametru depinde de gradul de curbură al canalului
E. Acest parametru depinde de raza curburii canalului și presiunea exercitată asupra instrumentului
R: A, D

27. Despre instrumentele utilizate pentru prepararea cavității de acces sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:
A. Trepanarea camerei pulpare se realizează cu freze diamantate cilindrice cu vârf ascuțit la viteză înaltă în smalț și convențională în dentină
B. Frezele diamantate sunt preferate față de cele din carbură de tungsten, creează suprafețe mai netede și vibrează mai puțin, fiind mai bine tolerate de către pacienți
C. Frezele diamantate sunt utilizate pentru lărgirea cavității de acces și penetrarea inițială în camera pulpară
D. Mișcările realizate cu frezele diamantate sunt de excavare
E. Dinții cu o coroană înaltă necesită utilizarea frezelor cu gât scurt
R: A, E

28. Caracteristicile etapei de preevazare sunt următoarele:
A. Este indicat ca atât acele, cât și freza să acționeze cu preponderență pe peretele radicular opus curburii rădăcinii
B. Pe peretele radicular opus curburii rădăcinii, grosimea peretului dentinar este mai mică, de acceea nu există riscul de perforație
C. În situația canalelor meziale ale molarilor maxilari și mandibulari, peretele pe care se acționează poartă întotdeauna numele canalului
D. În situația canalelor distale ale molarilor maxilari și mandibulari, peretele pe care se acționează poartă întotdeauna numele canalului
E. Scopul acestei mișcări de preevazare este de a lărgi canalul și de a reduce curbura treimii apicale
R: A, D

29. Alegeți afirmațiile adevărate referitoare la realizarea permeabilizării canalului radicular:
A. Constă în negocierea întregului canal până la foramenul apical și apoi depășirea acestuia cu 1-2 mm
B. Prin aceasta se confirm permeabilitatea canaluluișsi a foramenului
C. Se realizează după lărgirea treimii coronare a canalului și stabilirea unei lungimi estimative a acestuia pe o radiografie preoperatorie
D. Lungimea estimativă se obține prin măsurarea distanței dintre apexul radiologic al dintelui și un reper situat pe marginea incizală sau fața ocluzală a acestuia, din care se scade 1 mm
E. Constă în negocierea întregului canal până la foramenul apical și apoi depășirea acestuia cu 0,5-1 mm

R: B, C, D, E

30. Creareaaccesului la camera pulpărăimplicăurmătoarele:
A. Abordarea dintelui vecin la locul de elecție
B. Se utilizează freze de turbină și de piesă dreaptă
C. Se utilizează inserturi sonice sau ultrasonice
D. Abordarea dintelui la locul de elecție
E. Se utilizează doar freze de turbină
R: C, D

31. Următoarele enunțuri despre lungimea canalului radicular sunt false:
A. Lungimea canalului radicular se împarte în 3 regiuni sau treimi
B. Fiecare treime are o lățime cuprinsă între 3 și 5 mm în funcție de lungimea totală a canalului
C. Fiecare treime are o lungime cuprinsă între 3 și 5 mm în funcție de lungimea totală a canalului
D. Lungimea canalului radicular se împarteîn 2 regiuni sau jumătăți
E. Cele trei regiuni sau treimi sunt: coronară, medie și periapicală
R: B, D, E

32. Următoarele enunțuri sunt false cu privire la fazele în care se prezintă aliajul de nichel-titan:
A. La temperatură joasă se găsește în forma austenitică
B. La temperatură înaltă se găsește în forma martensitică
C. În forma de martensitică, aliajul este ductil și foarte elastic
D. În forma austenitică, aliajul este rezistent și stabil
E. Transformarea ireversibilă dintre austenite și martensit determină supraelasticitatea aliajului
R: A, B, E

33. Referitor la protocolul de lucru în cazul Sistemului Wave One Gold sunt false următoarele afirmații:
A. Alegerea instrumentului de preparare se face în funcție de dimensiunea inițială a canalului, înainte de verificarea permeabilității acestuia
B. Primul instrument utilizat pentru majoritatea canalelor este în general Primary
C. Instrumentul Primary a fost creat astfel încât să poată instrumenta circa 80% dintre canalele radiculare
D. În canalele subțiri, primul instrument care se allege este Wave One Gold Primary
E. Alegerea instrumentului de preparare se face în funcție de dimensiunea inițială a canalului, după verificarea permeabilității acestuia
R: A, D

34. Despre Sistemul Wave One Gold se pot afirma următoarele:
A. Forma secțiunii transversal este de paralelogram
B. Atunci când acționează în canalul radicular, două lamele tăietoare vin în contact cu pereții canalului
C. Vârfu linstrumentelor este semiactiv având o formă ogivală, conică rotunjită
D. Mișcarea instrumentului în canal este realizată printr-o rotație de 30 de grade în sens antiorar prin care instrumentul taie dentina
E. Mișcarea instrumentului în canal este realizată printr-o rotație de 150 de grade în sens orar, care dezangajează instrumental și împiedică blocarea sa în canal

R: A, C

35. În ceea ce privește instrumentarea canalului radicular (tratamentul mecanic) s-au dezvoltat mai multe tehnici diferite de instrumentare. Printre aceste tehnici se numără:
A. Reaming
B. Pilirea circumferențială
C. Telescoparea regresivă (step down)
D. Tehnica forțelor compensate (balanced force technique)
E. Telescoparea progresivă (step back, crown down)
R: A, B, D

36. Referitor la realizarea cavității de acces endodontic pentru dinții frontali sunt adevărate următoarele, cu excepția:
A. Punctul inițial de frezaj implică utilizarea unei freze cilindrice de turbină, pe fața orală, ușor incizal față de cingulum, în centrul dintelui
B. Pentru axa inițială de trepanare, freza va fi orientată paralel pe fața orală până la perforarea plafonului camerei pulpare sau la o profunzime de 1-2mm în dentină
C. Este necesară modificarea orientării frezei, aceasta devenind perpendiculară pe axul longitudinal al dintelui
D. După trepanarea tavanului, acesta este îndepărtat în întregime cu ajutorul unei freze sferice, cu gât lung, la piesă contraunghi, cu mișcări de retragere din interior spre exterior
E. După îndepărtarea tavanului, se pot pune în evidență 2 triunghiuri dentinare: unul incizal, situat vestibular și altul cervical, situat palatinal.
R: A, B, C

37. În cazul în care nu este menținută poziția și forma originală a foramenului apical, incidentele care pot apărea în cursul instrumentării canalelor sunt reprezentate de:
A. Deplasarea internă a foramenlui apical (transport extern)
B. Deplasarea externă a foramenului (transport intern)
C. În situația existenței unei curburi apicale a canalului radicular, un instrument introdus în canal neprecurbat în prealabil va apăsa pe fața externă a curburii și va fi deplasat de partea opusă a acesteia, ducând la crearea unui prag sau la o perforație
D. Deplasarea externă a foramenului se produce datorită memoriei elastice a instrumentelor care au tendința de a reveni la forma rectilinie inițială, putând duce la modificarea traiectului canalului
E. Deplasarea internă a foramenului apical este produsă prin acumularea de resturi dentinare în apropierea constricției apicale
R: D, E

38. Alegeți afirmațiile incorecte cu privire la instrumentarul endodontic rotativ convențional:
A. Frezele de tip Gates-Glidden sunt realizate din oțel inoxidabil și montate la turbină
B. Prezintă un gât lung și o parte activă scurtă, având 3 lame helicoidale, cu o lungime variabilă de la 2,5 la 4,5 mm
C. Mișcarea efectuată cu frezele de tip Gates-Glidden este activă, circumferențială, de periere a pereților canalului

D. Se utilizează în treimea medie a canalului radicular
E. Scopul utilizării acestor instrumente este realizarea unei preevazări care să permită un acces al instrumentelor endodontice direct, cât mai apropiat de linia dreaptă, spre treimea apicală
R: A, C, D

39. Alegeți afirmațiile false cu privire la cele două situații existente în cazul înaintării cu acul până la lungimea de lucru estimată pe radiografia preoperatorie:
A. Acul Kerr a atins lungimea de lucru estimată, se poate încerca determinarea lungimii de lucru reale prin utilizarea unui apex locator
B. Acul Kerr nu poate înainta până la lungimea de lucru estimată, se exercită o mișcare de rotație reciprocă alternativă în sens orar și antiorar
C. Acul Kerr nu poate înainta până la lungimea de lucru estimată, se exercită mișcarea de „watch winding", ce presupune rotirea acului în sens orar 90 grade și apoi în sens antiorar tot 90 grade
D. În mișcarea de „watch winding", în prima rotație acul va tăia și îndepărta dentina parietală
E. În mișcarea de „watch winding", în rotația în sens invers vârful și lamelele tăietoare sunt propulsate în canal
R: C, D, E

40. Datorită posibilității transferului soluției irigante în periapex cu instrumentele în timpul irigației convenționale, se utilizează:
A. Irigația mecanică
B. Irigația sonică
C. Irigația ultrasonică
D. Irigația activă
E. Activarea manual
R: A, B, C

41. Următoarele afirmații sunt false cu privire la efectele lavajului endodontic cu hipoclorit de sodiu:
A. Debridarea sistemului endodontic
B. Solubilizarea materialului anorganic
C. Dezinfecție (acțiune bacteriostatică)
D. Lubrifiere
E. Permite neutralizarea lipopolizaharidelor bacteriene
R: B, C, D

42. Despre acțiunea antibacteriană și germicidă a hipocloritului de sodiu sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:
A. Se realizează datorită clorinelor din acidul clorhidric
B. Acționează asupra unui număr mare de specii microbiene gram pozitive și negative, fungi și virusuri
C. Acțiunea germicidă s-a demonstrat asupra Enterococcus Faecalis
D. Acțiunea germicidă poate fi potențată în oarecare măsură prin scăderea temperaturii
E. Acțiunea germicidă poate fi afectată de prezența altor materii organice din canalul radicular: exudatul periapical, resturi de țesut pulpar, colagen dentinar
R: A, C, D

43. Următoarele afirmații sunt incorecte în ceea ce privește dezinfecția canalelor radiculare:
A. Hidroxidul de calciu nu are o acțiune antimicrobiană eficientă împotriva tuturor germenilor din canalul infectat
B. Tehnicile actuale de debridare, instrumentare și dezinfecție pot reduce numărul microorganismelor, în condițiile respectării protocolului antiseptic, prin rolul jucat de soluțiile irigante în secvențialitatea hipoclorit de sodiu - EDTA
C. Hidroxidul de calciu are o acțiune antimicrobiană eficientă împotriva tuturor germenilor din canalul infectat
D. Tehnicile actuale de debridare, instrumentare și dezinfecție pot reduce numărul microorganismelor, în condițiile nerespectării protocolului antiseptic, prin rolul jucat de soluțiile irigante în secvențialitatea hipoclorit de potasiu - EDTA
E. Hidroxidul de sodiu nu are o acțiune antimicrobiană eficientă împotriva tuturor germenilor din canalul infectat
R: C, D, E

44. Tratamenul cu hidroxid de calciu în aplicație pe perioade mai lungi de timp reprezintă metoda de elecție în cazuri speciale:
A. În retratamentul dinților, atunci când tratamentul chirurgical nu a reprezentat un succes
B. Resorbție externă inflamatorie progresivă
C. Rădăcini complet formate
D. Exudat sever periapical
E. Leziuni periapicale nesemnificative
R: B, D

45. Alegeți afirmațiile false cu privire la irigarea endodontică:
A.Succesul tratamentului endodontic este dependent de realizarea unei instrumentări și irigări adecvate
B. Detritusul dentinar (smear-layer) se formează în urma instrumentării și acesta este colonizat cu microorganisme
C. După realizarea unei preparații standard, debridarea canalului radicular este completă
D. Dezinfecția incorectă a canalelor radiculare reprezintă un element esențial
E. Dezinfecția corectă se poate realiza prin irigare endodontică desfășurată pe tot parcursul tratamentului endodontic, completată cu o irigare finală
R: C, D

46. Potențarea acțiunii hipocloritului de sodiu chiar și la concentrații mai mici se poate face prin:
A. Încălzire
B. Agitare mecanică, sonică, ultrasonică
C. Utilizare alternativă cu alte substanțe (ser fiziologic)
D. Răcire
E. Agitare manual
R: A, B

47. Despre agitarea mecanică se pot afirma următoarele, cu excepția:

A. Poate fi realizată în timpul instrumentării, prin mișcarea acului de irigare în direcție apico-coronară
B. Poate fi realizată la finalul prepării prin utilizarea unui con de gutapercă, care va fi deplasat cu o mică amplitudine (2 mm) în canalul radicular umplut cu soluție de hipoclorit
C. Aceste mișcări vor determina modificări ale presiunii soluției și o vor deplasa spre pereții laterali ai canalului și spre coronar
D. Aceste mișcări sunt aplicate în irigația convențională realizată cu volum mare de irigant
E. Se utilizează acele de irigare cu fantă laterală, neangulate și canulele flexibile
R: C, E

48. Următoarele enunțuri sunt false cu privire la agenții chelatori:
A. Acționează asupra fracțiunii anorganice din canalul radicular, având proprietatea de a se lega de ionii de Ca din hidroxiapatita dentinei coroanei
B. Îndepărtarea stratului de smear layer favorizează acțiunea agenților antibacterieni, care pot pătrunde astfel în zonele profunde ale dentinei
C. Agenții chelatori sub formă de gel sunt utilizați frecvent pentru irigarea canalului după terminarea instrumentării, timp de 1-3 minute, în scopul îndepărtării detritusurilor
D. Agenții chelatori sub formă de soluție se utilizează în timpul negocierii canalului radicular, deoarece au o acțiune lubrifiantă
E. Pot fi urmate de o irigare finală cu hipoclorit de sodiu
R: A, C, D

49. Scopul utilizării pansamentului medicamentos cu hidroxid de calciu presupune:
A. Inducerea mineralizării (apexogeneza, apexificare)
B. Este folosit pentru proceduri regenerative, la dinții maturi, infectați, cu apex închis
C. Acțiune antibacteriană (se exercită asupra întregului spectru bacterian)
D. Poate contribui la vindecarea leziunilor periapicale
E. Este folosit pentru proceduri regenerative, la dinții imaturi, infectați, cu apex deschis
R: A, D, E

50. Alegeți afirmațiile adevărate cu privire la hipocloritul de sodiu:
A. S-a demonstrat că o creștere a temperaturii soluției de hipoclorit de sodiu îi mărește semnificativ eficacitatea de solvent și efectul antibacterian
B. Această soluție încălzită la temperatura de 37˚C, respectiv 45˚C rămâne stabilă timp de 60 min
C. Încălzirea se poate realiza în dispozitive speciale care permit încălzirea soluției din seringă la temperatura selectată
D. S-a demonstrat că o creștere a temperaturii soluției de hipoclorit de sodiu nu îi mărește semnificativ eficacitatea de solvent și efectul antibacterian
E. Această soluție încălzită la temperatura de 37˚C, respectiv 45˚C nu rămâne stabilă timp de 60 min
R: B, C, D

51. Alegeți afirmațiile false cu privire la limitele apicale ale obturației de canal:
A. Obturația de canal trebuie să corespundă apical nivelului de instrumentare și să ocupe în întregime sistemul endodontic

B. Limita apicală a sistemului endodontic corespunde unei delimitări histologice, reprezentate de către joncțiunea amelo-cementară, ce nu poate fi determinată clinic și nu corespunde întotdeauna cu constricția apicală
C. Constricția apicală se află la o distanță medie de 2,5 mm de foramenul apical
D. Foramenul apical se află la o distanță variabilă, cuprinsă între 0 și 2,5 mm de apexul radicular
E. Constricția apicală prezintă un aspect variabil din punct de vedere anatomic, putând fi conicizată, cu pereții parietali dentinari oblici sau chiar multiplă
R: A, B, E

52. Următoarele enunțuri sunt adevărate cu privire la tehnica de condensare verticală la cald (downpack) în varianta actuală:
A.Tehnica este identică cu varianta clasică până la condensarea la nivelul lungimii de lucru a unui segment în lungime de 4-6 mm
B. Pentru încălzirea gutapercii în canalul radicular, se utilizează instrumente electronice de tip "heat carrier"
C. Se apelează la introducerea de gutapercă prin termoinjectare, în sens corono-apical (downpack), de la nivelul orificiului de emergență a canalului radicular până la nivelul segmentului apical
D. Tehnica actuală reprezintă practic o metodă de obturație de canal hibridă, în care treimea coronară este obturată prin condensare verticală la cald (downpack) în sens corono-apical
E. Restul canalului radicular este obturat prin termoinjectare (backfilling) în sens apico-coronar
R: A, B, E

53. Dezavantajele sigilanților pe bază de hidroxid de calciu sunt următoarele, cu excepția:
A. Solubilitate în timp, favorizează microinfiltrația
B. Lipsa adeziunii la gutapercă și la pereții canalului radicular
C. Pot induce un răspuns inflamator
D. Efect antibacterian, dezinfectant
E. Stimulează regenerarea osoasă, favorizează vindecarea leziunilor periradiculare
R: D, E

54. Un material ideal de obturație de canal trebuie să întrunească o serie de calități fizico-chimice, biologice și antimicrobiene, cu excepția:
A. Capacitate de adaptare la pereții canalului radicular instrumentat
B. Capacitate de sigilare coronară și apicală
C. Aderent la pereții canaliculelor dentinare
D. Non resorbabil
E. Radiotransparență
R: B, C, E

55. Avantajele tehnicii de condensare verticală la cald (downpack) sunt, cu excepția:
A. Gutaperca încălzită poate fi condensată în toate neregularitățile sistemului endodontic
B. Se pot obtura și eventualele canale laterale existente
C. Tehnică mai sensibilă la erori, în special în varianta clasică
D. Risc de depășire
E. Tehnică rapidă și predictibilă

R: C, D, E

56. Un material ideal de obturație de canal trebuie să întrunească o serie de calități fizico-chimice, biologice și antimicrobiene:
A. Aderent la pereții canalului radicular
B. Biocompatibilitate
C. Caracter microbian
D. Ușor de manevrat și de aplicat
E. Posibil de a fi îndepărtat cu dificultate, parțial sau total, în situația reluării tratamentului
R: A, B, D

57. Avantajele gutapercii sunt următoarele, cu excepția:
A. Este un material plastic, maleabil, elastic, ușor de manipulat. Se poate deforma sub acțiunea spreader-ului în tehnicile de obturare la rece
B. Este termoplastifiabilă, fiind folosită cu succes în tehnicile de obturare la cald
C. Nu se poate realiza o adeziune chimică la sealer sau la pereții canalului radicular, ceea ce duce la absența unei sigilări complete a spațiului endodontic
D. Gutaperca prezintă un conținut crescut de oxid de zinc ce poate avea un caracter iritant
E. Este insolubilă în apă și alcool, dar solubilă în cloroform, eucaliptol, eter
R: C, D

58. Avantajele tehnicii de condensare laterală la rece sunt:
A. Tehnică laborioasă, cu timp crescut de lucru și consum mai mare de conuri
B. Predictibilă și eficientă
C. Dificil de învățat
D. Sigilare apicală de bună calitate, chiar dacă nu este perfect ermetică
E. Nu este recomandată în situația existenței unei preparații fără stop apical
R: B, D

59. Tehnica de condensare laterală la rece se bazează pe utilizarea următoarelor elemente:
A. Un con de gutapercă master (accesoriu), în general de conicitate 2%
B. Conuri de gutapercă accesorii standardizate
C. Sigilant Apical (Sealer)
D. Instrumentar manual specific – finger și hand spreadere
E. Un cont de gutapercă master (principal), în general de conicitate 6%
R: C, D

60. Tehnica de condensare laterală la rece se bazează pe utilizarea următoarelor elemente:
A. Un con de gutapercă master (accesoriu), în general de conicitate 2%
B. Conuri de gutapercă accesorii standardizate
C. Sigilant Apical (Sealer)
D. Instrumentar manual specific – finger și hand spreadere
E. Un cont de gutapercă master (principal), în general de conicitate 6%
R: A, B, C

61. Alegeți afirmațiile false cu privire la limitele apicale ale obturației de canal:

A. Fenomenele de resorbție radiculară ce pot însoți patologia periapicală nu constituie complicații suplimentare
B. Datorită diferitelor variabile morfologice, limita apicală ideală la care trebuie să se extindă obturația de canal a reprezentat și continuă să constituie un subiect de dezbatere, în special între școala europeană și cea americană
C. Limita apicală a obturației de canal este în principiu acceptată ca fiind situată la o distanță de 1mm de apexul radiologic
D. Limita apicală a obturației de canal este în principiu acceptată ca fiind situată la o distanță de 2mm de apexul radiologic
E. Este întotdeauna indicată coroborarea imaginii radiologice cu utilizarea apex locatorului și cu elemente clinice obținute în cursul instrumentării
R: A, D

62. Următoarele afirmații privind iritarea tisulară sunt adevărate:
A. Este rezultatul unei irigări endodontice incorecte, fără sisteme de lavaj cu aspirație de tip EndoVac;
B. Survine mai rar în condițiile lărgirii prin instrumentare a constricției apicale sau în prezența unei perforații;
C. Se manifestă prin ușoară durere, tumefacție și edem localizat în funcție de dintele tratat;
D. Pot surveni ulterior parestezii temporare sau chiar permanente și chiar disfuncții motorii la nivelul nervos;
E. Tratamentul include analgezice, antiinflamatoare, lavaje endodontice cu ser fiziologic și presiune pozitivă.
R: A, D, E

63. Despre absența vindecării sau evoluția unei leziuni periapicale preexistente tratamentului endodontic se pot afirma:
A. Are ca origine persistența și dezvoltarea infecției microbiene, în special sub formă de biofilme;
B. Biofilmele pot fi localizate doar la nivelul pereților canalelor radiculare;
C. Biofilmele pot fi localizate doar la nivelul suprafețelor extra-radiculare;
D. Biofilmele sunt rezistente în fața răspunsului imunitar și al mijloacelor bactericide;
C. Biofilmele nu sunt rezistente în fața răspunsului imunitar și al mijloacelor bacteriostatice.
R: A, B, C, D

64. Din perspectiva restaurării postendodontice, eșecul unui tratament endodontic poate fi deci determinat și de urmatoarele situații:
A. Infiltrațiile marginale de-a lungul obturației de canal prin pierderea integrității restaurării coronare (fractură);
B. Infiltrații marginale de-a lungul obturației de canal prin prezența adaptării marginale a restaurării coronare;
C. Infiltrații marginale de-a lungul obturației de canal prin recidivă de carie, carie secundară;
D. Fractură radiculară determinată de utilizarea corectă a unui pivot endodontic;
E. Disfuncție ocluzală determinată de restaurarea radiculară incorect adaptată.
R: A, C, E

65. Apariția unei leziuni periapicale consecutiv tratamentului endodontic se datoareaza următoarelor, cu excepția:
A. Prezența unei sigilări reale a sistemului endodontic;
B. Absența unei sigilări reale a sistemului endodontic;
C. Obturației de canal incorecte;
D. Unei restaurări coronare sau corono-radiculare a cărei adaptare nu asigură o protecție la microinfiltrație;
E. Unei restaurări coronare sau corono-radiculare a cărei adaptare asigură o protecție la microinfiltrație.
R: A, E

66. Despre numeroasele incidente și accidente în cursul tratamentului endodontic se pot afirma:
A. Sunt denumite în asamblu ca fiind ,,evenimente nefericte,, sau ,,accidente procedurale,,;
B. Se pot corela cu diagnosticul, anestezia;
C. Se pot corela cu realizarea obturației coronare;
D. Se pot corela cu instrumentarea, irigarea endodontică, obturația de canal;
E. Se pot corela cu aplicarea ulterioară a unei lucrări protetice.
R: A, B, D

67. Elementele favorizante ale incidentelor și accidentelor survenite în cursul tratamentului endodontic sunt reprezentate de:
A. Poziția dintelui pe arcadă, cu eventuale probleme ridicate de vizibilitate și acces;
B. Particularități ale morfologiei corono-radiculare;
C. Gradul de distrucție radiculară;
D. Existența unor tratamente parodontale realizate în antecedente;
E. Imagine radiologică prezentă, adecvată sau incorect interpretată.
R: A, B

68. Alegeți afirmațiile false referitoare la fractura radiculară sau corono-radiculară verticală:
A. Poate fi completă sau incompletă, cu o direcție logitudinală sau oblică;
B. Poate fi rezultatul apariției de microfisuri dentinare în cursul instrumentării endodontice rotative;
C. Un rol mai puțin important îl joacă și factorii ocluzali;
D. Prezența unei fracturi radiculare verticale este sugerată de existența unei fistule situate apicale de apexul radicular;
E. Prezența unei fracturi radiculare verticale este sugerată de o imagine radiologică de resorbție osoasă periradiculară în forma literei ,,T,,.
R: C, D, E

69. Incidentele și accidentele survenite în cursul tratamentului endodontic sunt reprezentate de:
A. Cavitatea de acces corectă din punct de vedere al localizării sau dimensiunilor, implicând abordarea corectă a sistemului endodontic și favorizând apariția perforațiilor;
B. Fracturi coronare sau radiculare orizontale în cursul tratamentului biomecanic de canal sau al obturării canalelor radiculare, prin utilizarea de forțe excesive și/sau incorect dirijate;
C. Trepanarea apexului cu lezarea mecanică indirectă a țesuturilor periapicale în cursul instrumentării canalului radicular;

D. Iritarea tisulară locală prin proiectarea periapicală a soluției de irigare endodontică;
E. Ingestia sau aspirarea instrumentarului endodontic.
R: A, D, E

70. Criteriile ESE(Societatea Europeană de Endodoție) implică:
A. Absența totală a simptomatologiei clinice specifice(durere, edem, fistulă);
B. Dintele este funcțional;
C. Dintele vindecat: funcțional, asimptomatic, cu patologie radiologică, periradiculară sau periapicală minimă;
D. Apare o leziune periapicală;
E. Semne radiologice de resorbție radiculară.
R: A, B

71. Etiologia fiecăreia dintre situațiile enumerate în cazul incidentelor și accidentelor survenite în cursul tratamentelui endodontic, poate fi rezultatul unui cumul de factori:
A. Diagnostic eronat;
B. Prezența unei imagini radiologice preoperatorii;
C. Izolare corectă;
D. Prezența iluminării suficiente și a magnificării câmpului operator(lupe, microscop operator);
E. Instrumentar inadecvat sau reutilizat după un număr crescut de cicli de sterilizare.
R: A, E

72. Alegeți afirmațiile false cu privire la elementele favorizante ale incidentelor și accidentelor survenite în cursul tratamentului endodontic:
A. Complexitatea sistemului endodontic;
B. Erori de diagnostic și/sau prognostic;
C. Tehnică și instrumentar inadecvate situației clinice respective;
D. Neglijarea restaurării coronare sau cororadiculare adaptate la necesitățile unui dinte devital;
E. Particularități ale morfologiei corono-radiculare.
R: A, C, D

73. Alegeți afirmația falsă referitoare la obturația de canal incompletă sau neomogenă:
A. Reprezintă o sursă de menținere sau recolonizare microbiană a sistemului endodontic;
B. Poate duce la apariția sau persistența patologiei periapicale;
C. Are ca etiologie erori în determinarea odontometriei, o instrumentare suficientă sau/și o tehnică de obturație de canal corect aplicată;
D. Realizarea unei obturații de canal corecte necesită în acest caz dezobturarea canalelor radiculare, reevaluarea lungimii de lucru;
E. Realizarea unei obturații de canal incorecte nu necesită reluarea instrumentării și apoi refacerea obturației de canal.
R: C, E

75. Asociația Americană de Endodonție (AAE) ia în considerare următoarele situații:
A. Dinte vindecat: funcțional, asimptomatic, cu patologie radiologică periradiculară sau periapicală maximă.

B. Dinte nevindecat: nefuncțional, simptomatic, cu sau fără patologie radiologică periradiculară sau periapicală;
C. Dinte în curs de vindecare, cu patologie radiculară periradiculară sau periapicală, dar simptomatic și nefuncțional;
D. Dinte în curs de vindecare, cu sau fără patologie radiculară periradiculară sau periapicală, simptomatic, cu alterarea funcțională;
E. Dinte funcțional.
R: B, E

76. Alegeți afirmațiile false referitoare la criteriile de evaluare a rezultatelor tratamentului endodontic:
A. Criteriile de apreciere a rezultatelor tratamentului endodontic iau în considerare doar simptomatologia clinică;
B. Evaluarea corectă a acestor criterii trebuie să abordeze și contextul reprezentat de starea generală și vârsta pacientului;
C. Evaluarea rezultatelor tratamentului endodontic se realizează în funcție de tipul de dinte, existând diferențe semnificative determinate de complexitatea diferită a sistemului endodontic;
D. Succesul inițial al tratamentului endodontic poate fi compromis de o restaurare coronară sau corono-radiculară corectă;
E. succesul inițial al tratamentului endodontic poate fi compromis de o restaurare coronară sau corono-radiculară incorectă.
R: A, D

77. Crearea de praguri este favorizată de următoarele, cu excepția:
A. O cavitate de acces neadecvată;
B. Utilizarea unui instrumentar endodontic rigid, de dimensiune prea mare;
C. Lipsa de identificare a curburilor canalelor radiculare;
D. Identificarea curburilor canalelor radiculare;
E. O cavitate de acces adecvată.
R: D, E

78. Noțiunile de succes sau eșec al tratamentului endodontic se află în concordanță cu următoarele, cu excepția:
A. Nivelului de pregătire al medicului;
B. Modalitățile de selecție ți aplicare a arsenalului terapeutic actual ca răspuns la patologia endodontic;
C. Nivelul de cunoștințe al pacientului;
D. Modalitățile de selecție și aplicare a arsenalului actual ca răspuns la patologia parodontală;
E. Reactivitatea individuală nu reprezintă un element important de evoluție și pronostic.
R: C, D, E

79. Eșecul în endodonție este reprezentat de:
A. Existența de canale radiculare netratate;
B. Obturații de canal corecte: complete, omogene, fără depășire;
C. Absența vindecării sau evoluția unei leziuni periapicale preexistente tratamentului;
D. Apariția unei leziuni periapicale consecutive tratamentului endodontic;

E. Menținerea sau dispariția unei simptomatologii clinice.
R: A, C, D

80. Menținerea simptomatologiei clinice după finalizarea tratamentului indică:
A. Reușita acestuia, cu persistența patologiei inițiale;
B. Reinfectarea prin microinfiltrație determinată de o restaurare corectă;
C. Reinfectarea prin microinfiltrație determinată de o restaurare incorectă;
D. Nereușita acestuia, cu persistența patologiei inițiale;
E. Nereușita acestuia, fără persistența patologiei inițiale.
R: C, D

81. Etiologia fracturii instrumentarului endodontic este reprezentată de următorii factori:
A. Geometria canalelor radiculare;
B. Experiența clinicianului;
C. Tehnica de instrumentare;
D. Configurația conurilor de gutapercă;
E. Numărul de utilizări și implicit numărul de cicluri de sterilizare.
R: A, B, C, E

82. Obturația de canal în depășire se datorează:
A. Evaluării incorecte, în exces, a odontometriei;
B. Con master de dimensiune prea mare;
C. Depășirea este favorizată de o cantitate prea mare de sealer proiectat de rotația unui ac Lentullo;
D. Depășirea este favorizată de o cantitate prea mică de sealer proiectat de rotația unui ac Lentullo;
E. Depășirea este favorizată de gutaperca fluidificată în exces în tehnicile ce utilizează încălzirea acesteia.
R: A, C, E

83. Alegeți afirmațiile false referitoare la obturația de canal cu depășire:
A. Se datorează în majoritatea situațiilor evaluării corecte, a odontometriei;
B. Depășirea este favorizată, în funcție de metoda de obturație de canal utilizată, de un con master de dimensiune prea mică;
C. Depășirea este favorizată de o cantitate mică de sealer proiectat de rotația unui ac Lentullo;
D. Depășirea este favorizată de o cantitate de sealer în exces proiectat de rotația unui ac Lentullo;
E. Depășirea este favorizată de gutaperca fluidificată în exces în tehnicile ce utilizează încălzirea acesteia;
R: A, C

84. Alegeți afirmațiile incorecte cu privire la anestezia insuficientă:
A. Se manifestă în special în situația molarilor mandibulari, prezentând o patologie pulpară acută ireversibilă;
B. Se recomandă suplimentarea cu premedicație antiinflamatoare;
C. Se recomandă anestezia la nervul bucal;

D. Se recomandă aplicarea unor anestezii alternative: anestezie intraosoasă, intraligamentară sau plexală;
E. Se manifestă în special în situația molarilor mandibulari, prezentând o patologie pulpară reversibilă;
R: D, E

85. Posibilitățile de rezolvare a fracturii instrumentarului endodontic constau în:
A. Îndepărtarea fragmentului;
B. Continuarea tratamentului pe lângă fragmentul fracturat (bypass);
C. Aplicarea unor metode chirurgicale dacă localizarea este la nivel coronar;
D. Continuarea tratamentului endodontic până la nivelul fragmentului fracturat;
E. Aplicarea unor metode chirurgicale dacă localizarea este la nivel apical.
R: A, B, E

86. Tehnica valului continuu de căldură prezintă următoarele avantaje:
A. Prezintă risc de depășire;
B. Tehnică rapidă și predictibilă;
C. Tehnică lentă;
D. Forțele hidraulice dezvoltate prin compactarea conului master în sens apical prin încălzire și condensare simultană determină o obturație tridimensională;
E. Obturație este completă, densă și omogenă.
R: B, D, E

87. Despre tehnica valului continuu de căldură se pot afirma:
A. A fost introdusă în anul 1994, de către Stephen Buchanan;
B. Reprezintă o variantă a condensării laterale la cald;
C. Se utilizează aparate de tip System B;
D. Prezintă riscul de depășire;
E. Tehnica este lentă și predictibilă.
R: B, C, D

88. Tehnica condensării laterale la cald:
A. Permite o condensare printr-o fuzionare reală a conurilor de gutapercă încălzite;
B. Utilizează dispozitive de tip spreader încălzite electronic, de tip Endotec, fără a transmite tensiuni asupra pereților canalului radicular;
C. Nu este posibilă obturarea canalelor laterale;
D. Obturație tridimensională, superioară condensării la rece;
E. Tehnică mai sensibilă la erori decât condensarea laterală la rece.
R: A, B. D, E

89. Avantajele tehnicii termiinjectării gutapercii(backfilling) sunt:
A. Adaptarea foarte bună la geometria canalului;
B. Permite obturarea situațiilor prezentând resorbții radiculare interne;
C. Gutaperca poate pătrunde și în canalele radiculare laterale;
D. Se respectă cu ușurință lungimea de lucru;
E. Obturația este tridimensională.

R: A, B, C

90. Dezavantajele tehnicii utilizării sistemelor de obturatoare sunt:
A. Risc de depășire;
B. Poate determina durere la inserția obturatorului, prin presiunea dată de comprimarea apicală a aerului aflat în canalul radicular;
C. Tehnica este indicată în situațiile prezentând constricție apicală largă, resorbții radiculare interne, varianții anatomice bifurcațiilor în treimea medie, canale în formă de C;
D. Constituie o tehnică rapidă;
E. Apar tensiuni în timpul aplicării obturatoarelor.
R: A, B

91. Tehnica de compactare termomecanică (McSpadden):
A. Se bazează pe ramolirea termică și condensarea laterală și verticală simultană a gutapercii în sistemul endodontic;
B. Utilizează un instrument rotativ;
C. Tehnica este indicată în canalele curbe;
D. Obturația este tridimensională, densă, omogenă, inclusiv a canalelor laterale;
E. Tehnică ușor de învățat.
R: A, B, D

92. Reprezintă avantaje ale tehnicii de compactare termomecanică:
A. Obturația este tridimensională, densă, omogenă, inclusiv a canalelor laterale;
B. Reprezintă o tehnică ușor de învățat;
C. Indicată în canale curbe;
D. Tehnică rapidă, realizată în decursul a câteva secunde;
E. În canalele curbe nu există riscul fracturării compactorului.
R: A, D

93. Valorile raportate în diferitele studii privind rata de fracturăa instrumentarului endodontic sunt foarte diferite:
A. Instrumentarul de oțel inoxidabil 0,7-7,4%;
B. Instrumentarul de nichel titan 0,4-5%;
C. Instrumentarul acționat prin mișcarea de rotație reciprocă 0,14%;
D. Instrumentarul de oțel inoxidabil 0,4-5%;
E. Instrumentarul de nichel titan 0,7-7,4%.
R: A, B, C

94. Următoarele enunțuri sunt adevărate cu privire la criteriile de evaluare a rezultatelor tratamentului endodontic:
A. Rezultatul tratamentului endodontic este într-o importantă măsură influențat de diagnosticul inițial;
B. Rezultatul tratamentului endodontic este într-o importantă măsură influențat de diagnosticul final;
C. Strindberg a subliniat relația existentă între diagnosticul preoperator și evoluția postoperatorie a dinților tratați endodontic;

D. Strindberg a demonstrat că există diferențe semnificative statistic privind evoluția, mai puțin favorabilă la dinții vitali necesitând tratament endodontic în raport cu dinții prezentând patologie periapicală;
E. Un mare număr de studii subliniază de pe altă parte rezultatele mai favorabile obținute în urma unui tratament endodontic primar în raport cu reluarea tratamentului endodontic.
R: A, C, D,E

95. Incorectitudinea realizării cavității de acces favorizează apariția altor probleme în cursul tratamentului endodontic:
A. Retenție de țesut pulpar în camera pulpară fără risc de discromie dentară consecutivă;
B. Dificultăți de identificare a canalelor radiculare;
C. Dificultăți de acces și instrumentare a canalelor radiculare;
D. Retenție de țesut pulpar în camera pulpară cu risc de discromie dentară consecutivă;
E. Dificultăți de identificare a constricției apicale.
R: B, C, D

96. O creștere a numărului de cazuri în care se înregistrează incidente, accidente, eșecuri ale tratamentului endodontic este determinată de:
A. Problemele ridicate de către complexitatea aparatului dento-maxilar;
B. Gradul redus de variabilitate anatomică al sistemului endodontic;
C. În contextul unui număr foarte important de tratamente și în mod paradoxal în raport cu dezvoltarea deosebită a endodonției;
D. Probleme ridicate de către complexitatea sistemului endodontic;
E. Gradul înalt de variabilitate anatomică al sistemului endodontic.
R: C, D, E

97. Testarea sensibilitatii pulpare prin stimulare termica prezinta:
A. aplicarea unui stimul termic timp de cateva secunde pe smaltul din treimea medie a suprafetei vestibulare a dintelui
B. raspunsul pulpei normale este de intensitate moderata si de scurta durata dupa indepartarea stimulului
C. in afectiune pulpara acuta ireversibila raspunsul dureros este de scurta durata
D. absenta unui raspuns indica o necroza pulpara sau existent unui tratament endodontic
E. dintele trebuie sa fie uscat si izolat cu diga sau rulouri de vata
R: B, D, E

98. Testarea sensibilitatii pulpare se face prin:
A. frezajul explorator are o valoare diagnostic scazuta
B. frezajul explorator se face fara o anestezie in prealabil
C. testul de masticatie identifica fisurile si fracturile coronare incomplete
D. deplasarea fragmentelor fracturate in urma testului de masticatie nu provoaca durere
E. testul anesteziei selective presupune anestezia unei hemiarcade, iar daca durerea dispare putem exclude cealalta hemiarcada
R: B, C, E

99. Examenul imagistic:
A. radiografia digitala ofera mai multe avantaje fata de radiografia pe film
B. in endodontie este optim atunci cand sunt realizate doua radiografii retroalveolare in angulatii diferite
C. radiografia alveolara poate oferii informatii despre gradul de curbura a radacinilor, cai false radiculare
D. pentru monitorizarea tratamentelor endodontice se apeleaza tot mai frecvent la CBCT
E. ortopantomografia este principala modalitate de apreciere a leziunilor periapicale
R: A, C, D

100. Tesutul pulpar:
A. pulpa dentara reprezinta o versiune miniaturala a dintelui respectiv
B. este adapostit intr-un spatiu cu pereti rigizi, care sunt permeabili la agenti patogeni
C. prezinta o vascularizatie de tip terminal
D. are un sistem nervos bine reprezentat
E. datorita sistemului nervos vulnerabilitatea pulpei dentare este scazuta
R: A, C, D

101. Pulpita cronica deschisa ulceroasa:
A. pulpa prezinta la suprafata o ulceratie
B. durere violenta
C. carie profunda cu deschiderea camerei pulpare
D. percutia in ax pozitiva
E. pacientul evita masticatia pe partea respectiva
R: A, C, E

102. Pulpita cronica deschisa polipoasa:
A. prezinta o formatiune polipoasa hipertrofiata ce nu se extinde in afara camerei pulpare
B. prezinta un polip dur
C. inteparea este nedureroasa, dar cu sangerare abundenta
D. percutie in ax pozitiva
E. jena dureroasa la masticatie
R: C, E

103. Pulpita cronica deschisa polipoasa:
A. poate prezenta un polip roz cu suprafata neteda, lucioasa
B. poate prezenta un polip rosu hemoragic
C. inteparea superficiala e dureroasa, cu sangerare abundenta
D. durerea are caracter pulsatil
E. polip elastic
R: A, B, E

104. Pulpita cronica inchisa propriu zisa:
A. dintele este asmptomatic
B. dintele este simtomatic
C. sangerare abundenta in caz de deschidere a camerei pulpare
D. carie recidivanta

E. prezinta sensibilitate
R: A, C, D

105. Pulpita cronica inchisa hiperplazica:
A. se mai numeste si granulomul intern Palazzi
B. simptomatologia e absenta
C. conturul camerei pulpare ramane nemodificat
D. apare rar, sub forma de “pata roz”, in cazul localizarii coronare
E. tesutul pulpar nu este inlocuit de tesut de granulatie
R: A, B, D

106. Pulpotomia vitala:
A. amputatia vitala
B. reprezinta amputatia chirurgicala a pulpei radiculare
C. este o procedura adresata pulpei vii
D. portiunea coronara a pulpei este indepartata, iar cea radiculara este pastrata integra
E. procedura nu se poate folosi in cazul deschiderii accidentale extinse a camerei pulpare
R: A, C, D

107. Pulpectomia vitala:
A. reprezinta indepartarea chirurgicala doar a pulpei coronare
B. reprezinta indepartarea chirurgicala a pulpei coronare si radiculare
C. este indicata in pulpitele acute si cronice, luxatii dentare, abraziune patologica
D. pulpotomia de urgenta nu are abilitatea de a reduce durerea
E. pulpotomia de urgenta are abilitatea de a reduce durerea
R: B, C, E

108. Necroza pulpara:
A. se dezvolta in conditii aseptice
B. pulpa necrozanta, neinfectata, determina inflamatia tesutului periapical
C. este mortificarea aseptica a pulpei in conditiile camerei pulpare deschise
D. in necroza pulpara tesutul pulpar nu este lipsit de circulatie sanguine
E. bacteriile raman o perioada cantonate in spatial endodontic, iar afectiunea e asimtomatica
R: A, E

109. Necroza pulpara:
A. dintele poate fi complet asymptomatic
B. apar modificari de culoare
C. par modificari ale parodontiului apical in examenul radiologic
D. carie profunda cu camera pulpara deschisa in necroza complicate
E. teste de vitalitate positive
R: A, B, D

110. Parodontita apicala acuta hiperemica:
A. apare n urma unor microtraumatisme precum arapartele ortodontice si bruxism
B. nu prezinta sensibilitate la percutia in ax

C. congestia mucoasei in dreptul apexului
D. radiologic pot fi observate instrumente fracturate, obturatie de canal cu depasire in cazul parodontitei cornice acutizate
E. simptomatologie de pulpit acuta purulenta
R: A, C, D

111. Abcesul acut periapical:
A. durere care creste in ritm ascentent
B. prezinta tumefactie
C. durerea se remite la calmantele uzuale
D. durerea este exacerbate de cresterea fluxului sangvin in extremitatea cefalica
E. durere violenta care nu iradiaza
R: A, B, D

112. Parodontita apicala acuta purulenta:
A. cauza frecventa o constituie microorganismele din canalul radicular
B. nu prezinta sensibilitate la percutie si palpare
C. prezinta trismus daca dintele afectat este un molar inferior
D. in prima faza este present semnul godeului
E. dsenzatia de dinte elongat
R: A, C, E

113. Abcesul acut apical:
A. tumefactia bine delimitate si fluctuenta la palpare
B. durerea se exacerbeaza noaptea
C. durerea nu scade cand procesul supurativ fistulizeaza
D. pacientul tine gura intredeschisa
E. foramenul apical comunica intotdeauna cu colectia purulenta
R: A, B, D

114. Drenajul endodontic:
A. se realizeaza prin permeabilizarea apexului
B. dupa drenajul endodontic dintele se lasa deschis
C. se aplica un pansament medicamentos cu hidroxid de calciu
D. inchiderea cavitatii de acces dupa drenaj nu se poate efectua daca exudatul e in cantitate mare
E. nu se fac lavaje cu NaOCl
R: A, C, D

115. Granulomul periapical:
A. simptomatologia e foarte pronuntata
B. senzatia usoara de alungire a dintelui
C. este format din tesut de granulatie la apex imprejmuit de o capsula de fibre de collagen
D. apare in urma microtraumatismelor
E. simtomatologie stearsa
R: B, C, E

117. Chistul periradicular:
A. reprezinta stadiul final al granulomului epitelial netratat
B. tesutul de granulatie poate deveni necrotic
C. este o leziune periapicala simptomatica
D. intreaga leziune se poate dezvolta, putand ajunge la dimensiuni mari
E. testele de vitalitate sunt pozitive
R: A, B, D

118. Abcesul apical cronic:
A. este o leziune inflamatorie cronica la nivelul tesuturilor periapicale asociata cu prezenta unei fistule
B. fistula este traseul de la abces la suprafata mucozala sau tegument
C. traiectul fistulei nu poate fi captusit cu tesut granulomatous
D. fistula nu se deschide spontan
E. fistula se poate deschide in dreptul dintelui causal sau la distanta
R: A, B, E

119. Parodontita apicala cronica acutizata:
A. este denumita si “abces Pheonix”
B. apare mobilitatea dintelui
C. nu prezinta durere la percutie sau palpare
D. tumefactie
E. radioopacitate periapicala
R: A, B, D

120. Infectia radiculara:
A. infectia primara este cauzata de microorganismele care invadeaza tesutul pulpar pentru prima oara
B. infectia secundara e cauzata de microorganisme care au fost prezente in canal in timpul infectiei primare
C. infectia secudara e cauzata de microorganisme care au invadat canalul radicular ulterior, nefiind prezente in timpul infectiei primare
D. printer cele mai frecvente specii de microroganisme intalnite in infectia secundara sunt Candida si Staphylococcus aureus
E. infectiile intraradiculare secundare pot deveni persistente
R: A, C, E

121. Inflamaria periapicala:
A. reprezinta o reactie de aparare impotriva factorilor iritanti de natura microbiana
B. poate fi septica sau aseptica
C. este doar septica
D. se manifesta prin aparitia unui exudat inflamator la nivel apical
E. raspunsul inflamator al organismului nu e influentat de intensitatea factorului iritativ
R: A, B, D

122. Izolarea campului operator cu sistemul de diga:
A. nu este la fel de eficienta ca si izolarea campului cu rulouri si comprese
B. permite o izolare perfecta a campului operator
C. impiedica aspirarea sau ingestia corpilor straini
D. asigura acces si vizibilitate mai buna
E. poate fi folosit si la pacientii cu astm
R: B, C, D

123. La instrumentele endodontice manuale pentru prepararea canalelor radiculare lungimea totala a ansamblului tija si parte activa prezinta:
A. valori de 21 mm pentru abordarea dintilor frontali, daca exista limitarea deschiderii cavitatii bucale
B. 25 mm pentru majoritatea cazurilor
C. 31 mm pentru instrumentarea canalelor radiculare lungi
D. indiferent de lungimea instrumentului, partea activa este intotdeauna de 12 mm
E. indiferent de lungimea instrumentului, partea activa este intotdeauna de 16 mm
R: B, C, E

124. Acele Kerr:
A. acele Kerr burghiu (reamer) au pe sectiune o forma patrata
B. forma pe sectiune patrata asigura resistenta la torsiune si flexiune a acului
C. forma pe sectiune triunghiulara le face mai eficiente pentru indepartarea dentine radiculare
D. acele Kerr pila (file) au pe sectiune o forma triunghiulara
E. Produc o largire excentrica a canalelor radiculare curbe
R: B, C, E

125. Acele Hedstrom:
A. cu ajutorul lor se realizeaza raclarea dentinara prin miscari axiale de du-te vino
B. au ca simbol triunghiul
C. sunt folosite la indepartarea unor corpi straini din canal
D. este permisa miscarea de rotatie cu aceste ace
E. nu este permisa miscarea de rotatie deoarece exista riscul de blocare si fractura al instrumentului
R: A, C, E

126. Frezele Gates-Glidden:
A. sunt montate la piesa contraunghi
B. prezinta un gat scurt si o parte active cu 3 lame helicoidale
C. se utilizeaza in treimea coronara a canalului radicular
D. miscarea efectuata cu aceste freze este active
E. miscarea efectuata cu aceste freze e de periere a peretilor canalului
Raspuns corect: A, C, E pg 125

127. Instrumentele rotative de nichel titan:
A. sunt la fel de flexibile ca si cele din otel
B. super-elasticitatea permite revenirea fara deformare la forma initiala

C. flexibilitatea crescuta scade riscul de producere a pragurilor si acailor false
D. conicitatea instrumentelor nu este variabila
E. sunt utilizate in rotatie continua sau reciproca
R: B, C, E

128. Spreaderele:
A. se utilizeaza pentru condensarea vertical la cald a gutapercii
B. exista finger spreadere si hand spreadere
C. finger spreaderele permit rotirea usoara in ambele sensuri
D. hand spreaderele confera o mai mare sensibilitate tactile
E. hand spreaderele prezinta un maner lung similar cu cel al sondei dentare
R: B, C, E

129. Realizarea cavitatii de acces endodontic:
A. obtinerea unei cavitati cu pereti convergenti
B. nu e necesara eliminarea in totalitate a tesuturilor dure dentare infectate
C. asigurarea unui acces rectiliniu al instrumentelor pana la apex
D. vizualizarea directa si identificarea orificilor canalelor radiculare
E. vizualizarea indirecta pentru identificarea orificilor canalelor radiculare
R: C, D

130. Tratamentul chemo-mecanic al canalelor radiculare:
A. este cea mai importanta etapa in tratamentul endodontic
B. canalul radicular preparat trebuie sa aiba o forma cilindrica continua
C. continutul canalului radicular trebuie indepartat in totalitate
D. instrumentele endodontice pot patrunde dincolo de foramenul apical fara a produce leziuni ale parodontiului apical
E. diametrul foramenului apical trebuie mentinut cat mai redus
R: A, C, E

131. Determinarea lungimii de lucru prin metoda electronica:
A. aparatul utilizat poarta numele de apex locator
B. dintele nu e necesar sa fie izolat pentru a determina lungimea
C. acul Kerr sau electozii nu trebuie sa atinga coroane metalice
D. progresia miscarii pe ecran nu corespunde perfect celei din canal
E. diametrul acului Kerr utilizat poate fi diferit de cel al canalului radicular
R: A, C, D

132. Tehnica de telescopare regresiva:
A. consta in scaderea lungimii de lucru pe care lucreaza instrumental, pe masura ce diametrul acestuia creste
B. se incearca obtinerea unei forme cilindrice a canalului radicular
C. se realizeaza prin utilizarea acelor Kerr pila si Hedstrom
D. se realizeaza cu ajutorul acelor reamer si tire-nerf
E. la trecerea de la un instrument la cel urmator e important sa se irige canalul radicular
R: A, C, E

133. Calea de alunecare:
A. este utilizat termenul de “glide path”
B. e realizata cand un ac Kerr 10 poate inainta liber, usor pe toata lungimea de lucru
C. se realizeaza exclusiv cu instrumente manual
D. se poate realiza cu instrumente manual sau rotative
E. realizata rotativ utilizeaza doar instrumente in rotatie de reprocitate
R: A, B, D

134. Calea de alunecare:
A. reduce timpul de lucru al instrumentarii
B. scade durata de viata a instrumentelor utilizate
C. scade frecventa durerilor post operatorii
D. reduce riscul de fractura al instrumentelor rotative din otel
E. reduce riscul de fractura al instrumentelor din nichel titan
R: A, C, E

135. Sistemul 2 Shape:
A. prezinta 2 instrumente pentru prepararea canalelor radiculare si 2 pentru finisarea apicala
B. pe sectiune transversala, forma instrumentului e de tripla elice simetrica
C. pe sectiune transversala, forma instrumentului e de tripla elice asimetrica
D. instrumentele sunt disponibile doar in lungimea de 25 mm
E. retragerea instrumentului din canalul radicular este insotita de o miscare de periere a peretilor
R: A, C, E

136. Sistemul ProTaper Next:
A. aliajul de NiTi de tip M-wire din care sunt confectionate instrumentele le confera o rezistenta la oboseala ciclica crescuta
B. este compus din 5 instrumente cu conicitati variabile de-a lungul partii lor active
C. instrumentul atinge peretii canalului radicular intr-un anumit moment cu toate cele patru varfuri ale lamelor taietoare
D. instrumental atinge perestii canalului intr-un anumit moment doar cu 2 din cele 4 lame taietoare
E. conicitatea instrumentelor e progresiv crescatoare
R: A, B, D

137. Sistemele de instrumentare rotativa cu miscare de rotatie reciproca:
A. reduce timpul de lucru
B. cresterea oboselii ciclice a instrumentelor
C. eliminarea efectului de autoinsurubare a instrumentului in canal
D. resterilizarea instrumentului este posibila
E. se utilizeaza o singura data, nefiind posibila resterilizarea
R: A, C, E

138. Sistemul WaveOne Gold:
A. forma sectiunii transversal este de parallelogram

B. forma sectiunii transversal este de tripla elice
C. miscarea instrumentului realizeaza o rotatie de 150 grade in sens antiorar si apoi o miscare in sens orar de 30 de grade
D. in timpul miscarii toate cele 3 lame intra in contact cu peretii canalului
E. componentele sistemului sunt in numar de 4
R: A, C, E

139. Hipocloritul de sodiu:
A. reprezinta cel mai frecvent irigant utilizat in endodontie
B. reduce incarcatura bacteriana
C. nu dizolva tesutul vital
D. se foloseste doar in etapa finala a instrumentarii
E. se foloseste in toate etapele instrumentarii
R: A, B, E

140. Hipocloritul de sodiu:
A. are si actiune de lubrefiere
B. extruzia acestuia dincolo de foramenul apical nu determina inflamatii
C. injectarea solutiei se face lent, cu presiune mic
D. injectarea solutiei se face rapid, cu presiune mare pentru a indeparta smear layer-ul
E. trebuie innoit frecvent pentru a avea o actiune dezinfectanta eficienta
R: A, C, E

141. Agentii chelatori:
A. sunt reprezentati de EDTA si gluconatul de clorhexidina
B. sunt reprezentati de EDTA si acidul citric
C. faciliteaza instrumentarea si indepartarea smear layer-ului
D. se prezinta doar sub forma de solutie
E. sub forma de solutie se utilizeaza la irigarea canalului dupa terminarea instrumentarii
R: B, C, E

142. Gluconatul de clorhexidina:
A. are proprietati antimicrobiene
B. poate inlocui hipocloritul in timpul tratamentului mecanic
C. nu are effect de dizolvare a substratului organic
D. are actiune antibacteriana foarte crescuta
E. trebuie evitat contactul clorhexidinei cu hipocloritul de sociu in canalul radicular
R: A, C, E

143. Pansamentul medicamentos cu hidroxid de calciu:
A. este folosit in combaterea infectiei sistemului endodontic
B. actioneaza asupra intregului spectru bacterian din canalul radicular
C. poate induce formarea de tesut calcificat
D. ajuta la combaterea resorbtiei radiculare post-traumatice
E. nu contribuie la vindecarea leziunilor periapicale
R: A, C, D

144. Hdroxidul de calciu:
A. poate contribui la vindecarea leziunilor periapicale
B. efectul antibacterian creste in timp
C. nu actioneaza aspupra intregului spectru bacterian din canalul radicular
D. efectul optim dezinfectant se obtine in decurs de 7 zile
E. nu se utilizeaza in canal cu exudat
R: A, C, D

145. Limitele apicale ale obturatiei de canal:
A. obturatia de canal trebuie sa corespunda apical nivelului de instrumentare
B. nu e nevoie sa ocupe intreg spatial endodontic
C. limita apicala a obturatiei de canal acceptata e situata la 1 mm de apex
D. fenomenele de resorbtie radiculara nu constituie complicatii suplimentare
E. limita apicala e reprezentata de jonctiunea cemento-dentinara
R: A, C, E

146. Materialele de obturatie de canal trebuie sa:
A. aibe capacitate de sigilare apicala si laterala
B. fie usor de manevrat si aplicat
C. fie radiotransparenti
D. fie resorbabile
E. aibe character antimicrobian
R: A, B, E

147. Gutaperca:
A. in present e materialul de electie pentru obturatia de canal
B. este isomer al cauciucului
C. este un material greu de manipulat
D. este termoplastifiabila
E. nu se deformeaza sub actiunea spreader-ului in tehnicile de obturare la rece
R: A, B, D

148. Resilon:
A. e material de tip rasinic
B. utilizeaza metode de obturatie de canal diferite fata de care utilizeaza gutaperca
C. are obiectiv realizarea unei obturatii de canal monobloc
D. nu este thermoplastic
E. e o alternative la gutaperca
R: A, C, E

149. Sigilantii:
A. rol antimicrobian
B. nu poate preveni deloc microinfiltratiile
C. faciliteaza introducerea conurilor de gutaperca
D. blocheaza eventualele microorganism residual la nivelul canaliculelor dentinare

E. timp de prize foarte scurt
R: A, C, D

150. Sigilantii pe baza de zinc-oxid eugenol:
A. au proprietati antibacteriene datorate eugenolului
B. neresorbabil in cazul extruziei in situatia obturatiei de canal cu depasire
C. au efect irritant asupra parodontiului
D. sunt greu de utilizat
E. pot induce un raspuns inflamator in tesuturi moi si os
R: A, C, E

151. Sigilanti pe baza de hidroxid de calciu:
A. efect antibacterian
B. solubilitate in timp, favorizeaza microinfiltratia
C. sunt la fel de iritanti ca ZOE
D. favorizeaza vindecarea leziunilor periradiculare
E. reactie de prize omogena
R: A, B, D

152. Sigilanti pe baza de rasini epoxidice:
A. prezinta pentru scurta durata effect antimicrobian
B. sunt citotoxice
C. lipsa adeziunii la peretii canalului radicular
D. penetrabilitate in tubulii dentinari
E. foarte usor de indepartat in totalitate din canalul radicular
R: A, B, D

153. Sigilanti bazati pe material bioceramice:
A. sunt material hidrofobe
B. au effect antibacterian de lunga durata
C. sigilare apicala foarte buna
D. rezistenta scazuta la compresiune
E. non alergice
R: B, C, E

154. MTA (Mineral Trioxide Aggregate):
A. e un silicat de calciu bioactiv
B. confera etanseitate
C. usor de aplicat
D. foarte util in situatiile ce necesita apexificare
E. hidrofob
R: A, B, D

155. Tehnica de condensare laterala la rece:
A. este predictibila si eficienta
B. dificil de realizat in cazul canalelor lungi prezentand curburi accentuate

C. costuri ridicate
D. este o tehnica usoara, nu necesita timp crescut de lucru
E. nu permite o sigilare apicala optima
R: A, B, E

156. Tehnica de obturatie monocon:
A. este utilizat un singur con de gutaperca
B. se respecta cu usurinta lungimea de lucru
C. se respecta cu dificultate lungimea de lucru
D. un con unic nu poate corespunde tuturor neregularitatilor canalului radicular
E. tehnica de lunga durata
R: A, B, D

157. Tehnica de condensare verticala la cald:
A. se bazeaza pe incalzirea gutapercii in interiorul canalului radicular si condensarea acesteia in sens vertical
B. se condenseaza cu ajutorul finger sau hand pluggerelor
C. gutaperca nu patrunde in eventualele canalele laterale
D. gutaperca incalzita poate fi condensate in toate neregularitatile sistemului endodontic
E. nu prezinta riscul de depasire
R: A, B, D

158. Tehnica valului continuu de caldura:
A. permite utilizarea de pluggere incalzite electronic
B. pluggerul incalzit se introduce pe o lungime cu 5 mm inferioara lungimii de lucru
C. nu prezinta riscul de depasire
D. se obtine o obturatie complete, densa si omogena
E. dupa taierea conului master cu ajutorul pluggerului incalzit nu e nevoie sa se condenseze
R: A, B, D

159. Tehnica condensarii laterale la cald:
A. conul master este compactat lateral cu un instrument incalzit, urmat de un spreader rece
B. conul master este compactat lateral cu un instrument incalzit, nefiind nevoie si de un spreader rece
C. obturatie superioara condensarii la rece
D. nu este posibila obturarea canalelor laterale
E. tehnica mai sensibila la erori decat condensarea laterala la rece
R: A, C, E

160. Tehnica termoinjectarii gutapercii:
A. se utilizeaza termenul de backfilling
B. gutaperca utilizata e sub forma de pelete
C. este utilizata doar in treimea coronara a canalului radicular
D. tehnica ce nu necesita exersare
E. este utilizata in special pentru cele doua treimi medie si coronara ale canalului radicular
R: A, B, E

161. Tehnica termoinjectarii gutapercii:
A. se asociaza cu tehnica obturatiei de canal prin condesare vertical la cald aplicata in treimea apicala
B. obturarea completa a canalului se pace printr-o singura injectare a gutapercii
C. gutaperca introdusa in dispozitiv e incalzita extraoral la o temperature de 185-200 de grade
D. gutaperca nu poate patrunde si in canalele radiculare laterale
E. adaptare foarte buna la geometria canalului radicular
R: A, C, E

162. Tehnica utilizarii sistemelor de obturatoare:
A. tehnica utilizeaza o tija acoperita cu gutaperca
B. primul sistem aparut a fost Thermafil
C. apar tensiuni in timpul aplicarii obturatoarelor
D. poate determina durere la insertia obturatorului
E. constituie o tehnica ce necesita mult timp
R: A, B, D

163. Tehnica de compactare termomecanica (McSpadden):
A. se bazeaza pe ramolirea termica
B. se face doar condensarea verticala cu ajutorul unui instrument rotativ
C. se face condensarea laterala si vertical simultana a gutapercii
D. pentru condensare se foloseste compactorul McSpadden
E. este indicate in canalele curbe
R: A, C, D

164. Tehnica de compactare termomecanica (McSpadden):
A. conul master trebuie sa patrunda in canal pe o lungime cu 1,5 mm mai mica decat lungimea de lucru
B. partea activa a compactorului McSpadden este similara cu cea a acului reamer
C. partea activa a compactorului McSpadden este similara cu cea a acului Hestrom
D. compactorul se introduce de-a lungul conului de gutaperca in rotatie
E. contraindicate in canalele curbe
R: A, C, E

165. Elementele favorizante ale incidentelor sau accidentelor survenite in cursul tratamentului endodontic sunt:
A. gradul de distructie coronara
B. particularitati ale morfologiei corono-radiculare
C. erori in diagnostic
D. imagine radiologica absenta
E. tehnica inadecvata situatiei clinice respective
R: A, B, D

166. Elementele determinante ale incidentelor sau accidentelor survenite in cursul tratamentului endodontic sunt:

A. erori de diagnostic
B. pozitia dintelui pe arcada
C. tehnica si instrumentar inadecvate situatiei clinice respective
D. neglijarea restaurarii coronoradiculare adaptate la necesitatile unui dinte devital
E. gradul de distructie coronara
R: A, C, D

167. Incidentele si accidentele sunt reprezentate de:
A. abordarea eronata a unui alt dinte
B. perforatii la nivel radicular
C. carii secundare
D. fractura instrumentarului endodontic in cursul instrumentarii
E. ingestia sau aspirarea instrumentarului endodontic
R: A, B, D, E

168. Perforatiile endodontice:
A. pot fi localizate doar la nivel radicular
B. pot fi localizate la orice nivel al sistemului endodontic
C. constituie cel mai frecvent o iatrogenie
D. se poate produce in urma utilizarii unui instrument endodontic rotativ inadecvat
E. nu pot fi rezultatul unor patologii
R: B, C, D

169. Fractura instrumentului endodontic:
A. numarul de ultilizari si implicit cel al ciclurilor de sterilizare nu e relevant
B. rezolvarea fracturii consta in continuarea tratamentului endodontic pe langa fragmentul fracturat
C. daca localizarea este la nivel apical se aplica metode chirurgicale
D. se recurge la extractia dintelui
E. mijloacele ultrasonice sunt considerate indispensabile in indepartarea fragmentului
R: B, C, E

170. Esecul in endodontie este reprezentat de:
A. existenta de canale radiculare netratate
B. obturatii de canal incorecte
C. mentinerea sau reaparitia unei simptomatologii clinice
D. obturatia incomplete a unui canal nu e considerat esec
E. aparitia unei leziuni periapicale consecutive tratamentului endodontic
R: A, B, C, E

171. Testarea sensibilitatii pulpare se realizeaza prin:
A. teste termice
B. teste de vitalitate pulpara
C. teste mecanice
D. teste electrice
E. teste biologice

R: A, D

172. Frezajul explorator:
A. este un test cu o valoare diagnostic moderata
B. este utilizat cand nu poate fi identificat cu exactitate dintele
C. este un test cu o valoare diagnostica ridicata
D. pentru testare se realizeaza o anestezie in prealabil
E. pentru testare nu se realizeaza anestezie
R: B, C, E

173. Formele anatomo-clinice ale pulpitelor, descries de Scoala Romaneasca de Stomatologie sunt:
A. necroza pulpara
B. hiperemia preinflamatorie
C. pulpita seroasa
D. pulpita purulenta
E. pulpita cronica inchisa
R: B, C, D, E

174. Urmatoarele afirmatii despre hiperemia pulpara sunt adevarate, cu exceptia:
A. este o forma ireversibila de pulpita
B. permite revenirea la “restitution ad integrum”
C. este o forma reversibila de pulpita
D. durerea are caracter ascendent si permanent
E. durerea nu cedeaza la medicatie antalgica
R: A, D, E

175. Diagnosticul pozitiv in hiperemia pulpara include:
A. teste de vitalitate negative
B. fractura corono-radiculara
C. mobilitate dentara gradul 2
D. caracterele durerii
E. tratament restauratic recent
R: D, E

176. Simptomatologia in pulpita acuta seroasa partiala cuprinde, cu exceptia:
A. durerea cuprinde o hemiarcada
B. durerea nu cedeaza la antialgice
C. durerea este spontana
D. durerea dureaza minute-ore
E. durerea este vie
R: A, B, C

177. Morfopatologia in pulpita acuta seroasa totala este data de:
A. vasodilatatie, plasmexodie
B. marginatie leucocitara

C. permeabilitate vasculara
D. degenerescenta odontoblastica
E. demielinizarea fibrelor nervoase
R: A, C, D, E

178. Diagnosticul diferential in pulpita acuta seroasa totala se face cu urmatoarele patologii:
A. pulpita acuta seroasa partiala
B. pulpita acuta purulenta
C. hiperemia preinflamatorie
D. stare generala alterata
E. pulpitele cornice
R: A, B, D

179. Pulpita cronica inchisa propriu-zisa are urmatoarea simptomatologie:
A. examen subiectiv
B. dinte asimptomatic
C. cavitate carioasa pe fundul careia dentina este usor colorata
D. carie secundara carie recidivanta
E. teste de vitalitate positive la intensitati foarte mari
R: B, C, D, E

180. Pulpita cronica inchisa hiperplazica mai este denumita si:
A. polipoasa inchisa
B. necroza pulpara hiperplazica
C. granulomatoasa
D. hiperemica
E. granulomul intern Palazzi
R: C, E

181. Indicatiile pulpectomiei vitale sunt:
A. pulpite acute, cronice
B. deschideri accidentale ale camerei pulpare ce nu beneficiaza de coafaj direct
C. luxatii dentare
D. hiperemia preinflamatorie
E. gangrena pulpara
R: A, B, C

182. Necroza pulpara este clasificata astfel, cu exceptia:
A. totala
B. complicata, cand intereseaza spatiul endodontic
C. simpla, cand intereseaza doar spatiul endodontic
D. coronara extinsa
E. radiculara extinsa in spariul periodontal
R: B, D, E

183. Conform Scolii Romanesti de Endodontie, parodontita apicala acuta prezinta 3 forme clinice, si anume:
A. parodontita apicala hiperemica
B. parodontita apicala partiala
C. parodontita apicala seroasa
D. parodontita apicala purulenta
E. parodontita apicala totala
R: A, C, D

184. Semnele subiective in abcesul acut periapical(parodontita apicala acuta seroasa) sunt:
A. congestia mucoasei in dreptul radacinii;
B. durerea care creste in ritm ascendent (de la jena pana la durere insuportabila in 24-48 de ore) sau durere violenta initiala , iradiata spre regiunile invecinate:orbita, regiunea temporala, auriculara, mandibulara, cervicala;
C. adenopatie regional;
D. durere lancinanta permanenta, nu se remite la calmantele usuale;
E. durerea este exacerbate de cresterea fluxului sangvin in extremitatea cefalica:caldura pernei, aplecatul inainte;
R: B, D, E

185. Caracteristicile durerii in parodontita apicala acuta purulenta sunt:
A. apare la percutia si presiunea axiala
B. intensa la cea mai mica atingere
C. caracter pulsatil
D. se exacerbeaza noaptea
E. durerea este spontana si continua
R: A, B, C, D

186. Clasificarea parodontitelor apicale cronice cuprinde, cu exceptia:
A.granulomul intern Palazzi
B.parodontita apicala granulomatoasa
C.parodontita apicala fibroasa
D.parodontita apicala cu hipercementoza
E.abces cronic apical
R: A, B

187. Urmatoarele afirmatii despre granulomul periapical sunt adevarate:
A. simptomatologia este stearsa;
B. este format din tesut de granulatie la apex imprejmuit de o capsula de fibre de collagen care se ataseaza la suprafata radacinii;
C. reprezinta stadiul final al granulomului epitelial netratat;
D. etiologia cuprinde si suprainstrumentarea;
E. are perete conjunctiv epitelial bine constituit;
R: A, B, D

188. Despre parodontita apicala condensanta sunt adevarate urmatoarele:

A. traiectul fistulei poate fi captusit cu tesut epitelial sau granulomatos;
B. este o leziune inflamatorie cronica localizata la nivelul tesuturilor periapicale asociata cu prezenta unei fistule;
C. pe radiografia retroalveolara:os periapical cu aspect de hipermineralizare, spatiu periodontal periapical ingustat, aspect de hipermineralizare periapicala;
D. simptomatologia este saraca, chiar absenta;
E. dintele este devital, cu semne de necroza pulpara;
R: C, D, E

189. Primul stadiu din parodontita apicala acuta purulenta se caracterizeaza prin:
A. tumefactie;
B. tegumente calde, destinse, usor rosietice, dureroase la palpare;
C. hipertermie;
D. tegument inflamat si lucios;
E. semnul godeului prezent.
R: A, B, C

190. Printre cele mai frecvente specii de microorganisme intalnite intr-o infectie endodontica secundara sunt:
A. actinomyces
B. candida
C. propionibacterium
D. enterococcus faecalis
E. Streptococcus mutans
R: B, D

191. *Alegeți afirmația corectă cu privire la examenul intraoral în endodonție:
A. Examenul intraoral al țesuturilor dure relevă consistența și conturul țesuturilor moi
B. Examenul intraoral al țesuturilor dure relevă prezența unor traiecte fistuloase sau cicatrici retractile
C. Examenul intraoral al țesuturilor dure se realizează doar cu ajutorul oglinzii
D. Examenul intraoral al țesuturilor dure relevă lipsa dinților, fracturile dentare, discromii și anomalii de dezvoltare
E. Intraoral, examinarea este îndreptată doar spre inspectarea țesuturilor dure
R: D

192. *Alegeți afirmația adevărată cu privire la diferența dintre activarea sonică și ultrasonică:
A. Amplitudinea oscilațiilor la dispozitivele sonice variază între 1500-10000Hz
B. Amplitudinea oscilațiilor la dispozitivele ultrasonice variază între 1500-6000Hz
C. Amplitudinea oscilațiilor la dispozitivele ultrasonice se situează în jur de 2000Hz
D. Amplitudinea oscilațiilor la dispozitivele sonice variază între 1000-6000Hz
E. Amplitudinea oscilațiilor la dispozitivele ultrasonice se situează în jur de 20000Hz
R: E

193. *Patologia pulpo periapicala se clasifica in, cu exceptia:
A. pulpita reversibila

B. pulpita ireversibila
C. polip pulpar
D. necroza
E. parodontitele apicale
R: C

194. *Examenul imagistic in endodontie este optim atunci cand:
A. se realizeaza o radiografie panoramica
B. se realizeaza o radiografie bite-wing
C. se realizeaza o radiografie retroalveolara
D. se realizeaza trei radiografii retroalveolare
E. se realizeaza doar radiografie de control dupa tratamentul endodontic
R: D

195. *Pulpotomia este definita ca:
A. amputatia pulpei corono-radiculare
B. amputatia chirurgicala a portiunii coronare a pulpei expuse
C. amputatia pulpei radiculare
D. pastrarea vitalitatii dentare prin tratament protector al pulpei dentare
E. amputatia chirurgicala a portiunii coronare a pulpei integre cu caracter preventive
R: B

196. *Necroza pulpara este:
A. mortificarea septica a pulpei in conditiile camerei pulpare inchise
B. mortificarea aseptica a pulpei in conditiile camerei pulpare deschise
C. mortificarea septica a pulpei in conditiile camerei pulpare deschise
D. afectiune a pulpei dentare caracterizata de durere lancinanta si aparitia picaturei de puroi la deschiderea camerei pulpare
E. mortificarea aseptica a pulpei in conditiile camerei pulpare inchise
R: E

197. *In parodontita apicala acuta purulentul, diagnosticul pozitiv se pune pe baza urmatoarelor cu exceptia:
A. caracterul durerii
B. sangerare abundenta in caz de deschidere a camerei pulpare
C. percutia in ax
D. teste de vitalitate
E. tumefactie
R: B

198. *Care afirmație este adevărată cu privire la parodontita apicală condensantă: (118)
A. Este o afecțiune a țesuturilor parodontale periapicale și are ca trăsătură esențială lărgirea spațiului periapical
B. Simptomatologie săracă, prezentă, asemănătoare parodontitelor asimptomatice, se descoperă întâmplător
C. Dintele este vital, cu semne de necroză pulpară

D. Examenul radiologic: spațiul periodontal tinde să fie desființat de zona hipomineralizată
E. Pe radiografia retroalveolară: os periapical cu aspect de hipermineralizare, spațiu periodontal periapical îngustat, aspect de hipermineralizare periapicală
R:E

199. *Alegeți afirmațiile adevărate cu privire la lărgirea preliminară a canalului radicular:
A. Începe cu explorarea porțiunii inaccesibile a canalului radicular
B. Are drept scop sondarea traiectoriei canalului și asigurarea pătrunderii vârfului instrumentelor rotative, care vor instrumenta cele două treimi apicale
C. Primul instrument (ac) introdus în canalul radicular va avea rolul de a explora configurația canalului, utilizându-se un ac Kerr de 08 sau 20
D. La încercarea de a pătrunde cu un ac neprecurbat la vârf într-un canal strâmt, acesta va "îndrepta" instrumentul
E. Mișcarea imprimată este inițial una liniară, se înaintează cu acul până la lungimea de lucru estimată pe radiografia preoperatorie sau până la nivelul permis de geometria canalului radicular
R: E

200, *Indiferent de lungimea instrumentului, partea activă este întotdeauna de:
A. 15 mm
B. 25 mm
C. 21 mm
D. 16 mm
E. 10 mm
R: D

201. *Tehnica de determinare a lungimii de lucru prin metoda electronică implică:
A. Introducerea acului Kerr în canalul radicular până la atingerea lungimii estimate pe radiografia postoperatorie
B. Aplicarea electrodului labial la nivelul buzei superioare în dreptul comisurii labiale
C. Al doilea electrod se aplică pe partea metalică activă a acului, în apropierea mânerului acestuia
D. Se înaintează cu acul Kerr până când aprinderea ledurilor afișează atingerea limitei coronare
E. Stoperul aplicat pe ac se aduce în contact cu reperul ocluzal ales, se îndepărtează acul din canal și se măsoară pe rigla endodontică distanța dintre vârful acului și stoper
R: E

202. *Alegeți afirmația incorectă cu privire la lărgirea treimii coronare a canalului radicular (preevazarea coronară):
A. Această primă lărgire a treimii coronare se poate face inițial cu ace Kerr pilă (file)
B. Acele Kerr pilă (file) vor acționa doar în treimea coronară până în momentul în care se poate introduce în canal o freză Gates Glidden
C. Acele Kerr utilizate pot fi 8, 10, 15, 25 sau 30.
D. Între acele Kerr este necesară irigarea și reverificarea permeabilității canalului
E. Această lărgire este necesară pentru a evita formarea de praguri cu frezele Gates Glidden
R: C

203. *Referitor la realizarea cavității de acces endodontic pentru premolari sunt adevărate următoarele afirmații:
A. Punctul inițial de frezaj este reprezentat de centrul șanțului mezio-distal
B. Pentru trepanare freza va fi orientată perpendicular pe fața ocluzală, până la perforarea podelei camerei pulpare
C. Utilizând o freză cu vârful activ, de tip Endo-Z sau Endo Access, se îndepărtează, cu mișcări de translație vestibulo-orale, tavanul camerei pulpare
D. Se poate verifica îndepărtarea în totalitate a tavanului camerei pulpare cu o sondă 16
E. Se identifică apoi orificiile de emergență ale canalelor radiculare, cu ajutorul sondei 17 sau a acelor Kerr
R: A

204. *Referitor la irigarea endodontică, sunt adevărate următoarele enunțuri, cu excepția:
A. Instrumentarea nu se poate realiza în toate detaliile anatomice ale sistemului endodontic
B. După realizarea unei preparații standard rezultă zone accesibile instrumentării (istmusuri, delta apicală, canale laterale, canale accesorii)
C. După realizarea unei preparații standard, debridarea canalului radicular este departe de a fi completă, rezultând zone inaccesibile instrumentării (istmusuri, delta apicală, canale laterale)
D. Zonele instrumentate depozitează totodată resturi dentinare, microorganisme și produsele lor de metabolism
E. Zonele neinstrumentate împiedică o bună adaptare a materialelor de obturație de canal
R: E

205. *Avantajele sigilanților pe bază de zinc-oxid eugenol (ZOE):
A. Stimulează regenerarea osoasă, favorizează vindecarea leziunilor periradiculare
B. Penetrabilitate în tubulii dentinari
C. Adeziune bună la pereții canalului radicular
D. Contracție de priză absentă
E. Proprietăți antibacteriene datorate eugenolului
R: E

206. *Dezavantajele sigilanților pe bază de zinc-oxid eugenol (ZOE):
A. Efect iritant asupra parodonțiului datorită eugenolului
B. Pot induce un răspuns inflamator în țesuturi moi și os
C. Lipsa adeziunii la gutapercă și la pereții canalului radicular
D. Dificil de îndepărtat în totalitate din canalul radicular în situația reluării tratamentului
E. Pot induce colorații la nivelul țesuturilor dentare și unele preparate au un miros neplăcut
R: D

207. *De spre conurile de argint se pot afirma următoarele, cu excepția:
A. Au fost considerate inițial o soluție pentru canalele radiculare curbe și de calibru mic
B. Au fost considerate inițial o soluție pentru canalele radiculare drepte și de calibru mare
C. Au fost frecvent utilizate consecutiv unei instrumentări și debridări endodontice insuficiente
D. Nu mai sunt în prezent recomandate
E. Prezintă caracter corodabil
R: B

208. *Calitățile unui sealer ideal sunt următoarele:
A. Dificil de aplicat
B. Timp de priză suficient de lung
C. Resorbabil
D. Nonimunogen, nonmutagen, carcinogenetic
E. Priză lipsită de dilatație, prezentând eventual o minimă expansiune
R: B

209. * Mijloacele de prevenire a fracturii instrumentarului endodontic constau în, cu excepția:
A. Cunoașterea sistemului rotativ prin pregătirea pe dinți extrași;
B. Crearea căii de alunecare (glide path);
C. Obținerea unui acces în linie dreaptă;
D. Utilizarea mișcărilor de înaintare blânde, în rotație;
E. Număr crescut de reutilizări sau chiar utilizare multiplă în cazurile dificile.
R: E

210. *Următoarea afirmație cu privire la cavitatea de acces incorectă este adevărată:
A. Se datorează analizei suficiente la nivelul imaginii radiologice a localizării și dimensiunilor camerei pulpare;
B. Se datorează unei alegeri corecte sau utilizări a instrumentarului rotativ în cursul trepanării;
C. Se datorează unei vizibilități suficiente prin absența unei iluminări și magnificări eficace;
D. Poate favoriza retenția de țesut pulpar în camera pulpară cu risc de discromie dentară consecutivă;
E. Poate favoriza retenția de țesut pulpar în canalul radicular, fără risc de discromie dentară consecutivă.
R: D

211. *Eșecul tratamentului endodontic poate fi totodată provocat de:
A. Patologie parodontală marginală cronică tratată;
B. Patologie parodontală marginală cronică netratată;
C. Patologie parodontală marginală acută netratată;
D. Patologie parodontală marginală acută tratată;
E. Toate afirmațiile de mai sus sunt false.
R: B

212. *Incidentele și accidentele survenite în cursul tratamentului endodontic sunt reprezentate de următoarele, cu excepția:
A. Anestezie insuficientă sau care determină complicații locale, loco-regionale sau generale;
B. Abordarea eronată a unui alt dinte;
C. Perforații la nivelul parodontal marginal, la nivelul tavanului camerei pulpare, la nivel radicular;
D. Crearea de praguri, cu imposibilitatea de a realiza un tratament biomecanic și o obturație de canal corectă;
E. Fractura instrumentarului endodontic în cursul instrumentării sau al obturației de canal.
R: C

213. *Eșecul tratamentului endodontic implică următoarele, cu excepția:
A. Există o simptomatologie clinică specifică(durere, edem, fistulă);
B. Apare o leziune periapicală;
C. Se mărește leziunea periapicală preexistentă;
D. În decurs de patru ani leziunea periapicală preexistentă a rămas identică sau doar și-a micșorat dimensiunea, cu dispariția ei completă;
E. Apar semne radiologice de resorbție radiculară.
R: D

PARODONTOLOGIE

1. Anomaliile dentare şi dento-maxilare sunt considerate factori predispozanţi pentru apariţia inflamaţiei parodontale acţionând asupra parodonţiului astfel:
A. incongruenţa dento-alveolară cu înghesuire - favorizează retenţia plăcii bacteriene, prin deficitul de autocurăţire şi dificultăţile de curăţire artificială.
B. incongruenţa dento-alveolară cu spaţiere - este însoţită de fenomene de aplatizare a papilelor interdentare şi de fenomene atrofice. Papilele intardentare vor fi expuse impactului alimentar;
C. incongruenţa dento-alveolară cu spaţiere - favorizează retenţia plăcii bacteriene, prin deficitul de autocurăţire şi dificultăţile de curăţire artificială
D. incongruenţa dento-alveolară cu înghesuire - este însoţită de fenomene de aplatizare a papilelor interdentare şi de fenomene atrofice. Papilele intardentare vor fi expuse impactului alimentar
E. distrofiile dentare - prin suprafaţa rugoasă, cu margini neregulate şi anfractuoase, favorizează depunerea de placa bacteriană şi în condiţiile unui deficit de igienă, mai ales când leziunile se învecinează cu marginea gingivaiă, poate să apară inflamaţia parodontală
R: A, B, E

2. Parodontita şi diabetul sunt boli cronice complexe, legate de o reaţie bidirectională, astfel:
A. incidenţa diabetului de tip 2 este semnificativ mai mare la pacienţii cu boală parodontală, decât la cei fără afectare parodontală
B. incidenţa diabetului de tip 1 este semnificativ mai mare la pacienţii cu boală parodontală, decât la cei fără afectare parodontală
C. la pacienţii cu diabet zaharat tip 2 formele severe de parodontite au fost ascoate cu o înrăutăţire sernnificativă a graduilui de control al nivelului glicemiei, de-a lungul perioadei de evaluare.
D. la nivelui pacienţior diabetici cu boală parodontală terapia parodontală nu poate avea efecte benefice asupra controlului glicemiei
E. terapia parodontală ameliorează statusul parodontal atât al pacienţilor cu diabet tip 1, cât şi cu tip 2, dar are un efect mai redus asupra controlului glicemie la pacienţii cu diabet tip 1, decât la aceia cu diabet tip 2
R: A, C, E

3. În gingivitele determinate doar de placa bacteriană, simptomatologia obiectivă este reprezentată de, cu excepția:
A. senzaţie de usturirne

B. sângerări gingivale la periaj şi masticaţie, sesizate de pacient
C. modificări ale aspectului suprafeţei gingivale, suprafaţa gingiei işi pierde aspectul de "gravură punctată" sau de "coajă de portocală" este netedă şi lucioasă
D. discrete dureri, suportabile, la periaj şi în timpul masticaţiei
E. uşor prurit gingival
R: A, B, D, E

4. Gingivita simplă de cauză microbiană (prin placă bacteriană), care acţionează un timp mai îndelungat (circa 2·3 luni), poate deveni hiperplazică în condiţiile unor factori favorizanţi:
A. carii secundare retentive: pentru detritusuri alimentare şi placa bacteriană, situate în apropierea gngiei;
B. contact trautnatic şi retentiv între corpul de punte şi gingia dinţilor stâlpi;
C. contacte traumatice între croşete sau marginile bazei protezelor acrilice şi gingie;
D. impact alimentar direct asupra papilei dentare, în special în zona unor obturaţii aproximale, micro proteze sau punţi care restabilesc punctul de contact interdentar;
E. cavităţi carioase ocluzale;
R: A, B, C

5. În gingivita şi gingivostomatita acută ulcero-necrotică, factorii favorizanţi sunt reprezentaţi de:
A. igienă bucală corectă
B. fumatul excesiv;
C. traumatismul direct al gingiei de către dinţii antagonisti în oduziilee foarte adanci sau prin migrări;
D. deficitul vitaminelor C, B1, B2;
E. factori psihosomatici: stresul din cursul unor situaţii ca: stagiul militar, război; examene; nevrozele anxioase şi depresive;
R: B, C, D, E

6. Gingivite descuamative pot apărea în următoarele circumstante:
A. lichen plan vezicular sau bulos, cu leziuni erozive şi ulcerate;
B. factori psihosomatici: stresul din cursul unor situaţii ca: stagiul militar, război; examene; nevrozele anxioase şi depresive;
C. infecţii cronice: sifilis, tuberculoză;
D. medicaţie- hidantoina – anticonvulsivante;
E. medicaţie- antagoniştii de calciu·- medicaţie cardiovasculară;
R: A, C

7. *Parodonrita cronică poate fi subclasificată după extindere în localizată şi generalizată şi după severitate în uşoare (incipiente); moderate sau severe, pe baza următoarelor caracteristici specifice:
A. Formă localizată: > 30% dinţi implicaţi
B. Forma severă: => 5 mm CAL
C. Formă generalizată: <30% dinţi implicaţi
D. Forma moderată (începientă): pierdere de ataşament clinic (CAL) de 1 până la 2 mm
E. Forma generalizată, CAL între 3 şi 4 mm
R: B

8. Caracteristicile bolilor din grupul parodontită (Tonetti et all. 20 18):
A. boala poate surveni la orice vârstă dar afectează cel mai frecvent adulţii.
B. inflamaţia gingivală este prezentă fără sângerare la sondare.
C. pierdere clinică de ataşament (pungi adevărate, recesii clasa lll şi IV, leziuni de furcaţie, semne indirecte -mobilitate dentară, migrări dentare secundare).
D. pacient în stare de sănătate generală bună (fără boli generale majore, debilitante).
E. pot să fie prezenţi factori generali de risc (diabet, fumat etc).
R: A, C, D, E

9. Următoarele acte terapeutice nu alcătuiesc prima fază a tratamentului parodontal (Takei, 2019):
A. educarea pacientului şi instrucţiuni de realizare a igienei orale
B. îndepărtarea completă a depozitelor de tartru supra- şi subgingivai
C. corectarea sau înlocuirea restaurărilor directe (obturaţii) şi indirecte (lucrări protetice) corect adaptate marginal
D. tratamentul leziunilor carioase
E. tratamentul ortodontic
R: A, B, D, E

10. Chiuretele specifice (Chiuretele Gracey) sunt un set de instrumente concepute pentru, a se adapta la curburile anatomice ale rădăcinilor dinţilor. Chiuretele Gracey standard, cu două capete, sunt grupate astfel, cu excepţia:
A. Gracey 7-8 si 11-12: pentru dinţii posteriori vestibular şi oral
B. Gracey 11-12: pentru dinţii posteriori, distal
C. Gracey 13-14: pentru dinţii posteriori, mezial
D. Gracey 11-12 şi 13-14: pentru dinţii anteriori
E. Gracey 5-6: pentru dinţii anteriori şi premolari
R: A, B, C, D

11. Chiuretele specifice (Chiuretele Gracey) sunt un set de instrumente concepute pentru, a se adapta la curburile anatomice ale rădăcinilor dinţilor. Chiuretele Gracey standard, cu două capete, sunt grupate astfel:
A. Gracey 7-8 si 9-10: pentru dinţii posteriori vestibular şi oral
B. Gracey 11-12: pentru dinţii posteriori, mezial
C. Gracey 13-14: pentru dinţii posteriori, distal
D. Gracey 11-12 şi 13-14: pentru dinţii anteriori
E. Gracey 5-6: pentru dinţii anteriori şi premolari
R: A, B, C, E

12. În funcţie de originea lor se recunosc următoarele materiale de grefare:
A. autografe -materiale obţinute de la acelaşi individ
B. autografe - materiale obţinute de la un individ diferit al aceleiaşi specii
C. alografe -materiale obţinute de la acelaşi individ
D. alografe- materiale obţinute de la un individ diferit al aceleiaşi specii
E. xenografe - materiale osoase obţinute de la alte specii

R: A, D, E

13. Avantajele şi dezavantajele instrumentelor sonice şi ultrasonice faţă de cele manuale (Darby şi Walsh, 2010) sunt:
A. mai multe muchii active care pot îndepărta depozitele
B. nu au nevoie de ascuţire
C. dimensiune redusă a piesei de mână
D. presiune laterală crescută
E. distensia crescută a ţesuturilor
R: A, B

14. După utilizarea lor, instrumentele parodontale utilizate în terapia iniţială (Pattison şi Pattison, 2019) se împart în :
A. sonde - parodontale şi exploratoare
B. imstrumente pentru detartraj şi planare radiculară
C. endoscopul parodontal
D. instrumente de curăţare şi lustruire
E. chiurete universale
R: A, B, C, D

15. Pe lângă criteriul „adâncime de sondaj de 5 mm", în decizia de a referi un pacient la medicul specialist parodontolog, trebuie să se ţină cont şi de alţi factori:
A. extinderea boii şi interesarea parodontală -generalizată sau localizată.
B. mobilitatea patologică
C. prognosticul anumitor dinţi şi importanţa restaurării lor
D. igiena orală
E. prezența factorilor locali
R: A, B, C

16. Succesiunea procedurilor terapeutice din terapia iniţială în cadrul tratamentului parodontal este urmatoarea:
A. Pasul 1, Instrucţiuni de control al biofilmului
B. Pasul 2, Îndepărtarea biofilmului şi a tartrului supragingival şi subgingival
C. Pasul 1, Îndepărtarea biofilmului şi a tartrului supragingival şi subgingival
D. Pasul 2, Managementul leziunilor carioase
E. Pasul 1, Reconturarea restaurărilor şi o coroanelor debordante
R: A, B

17. Tratamentul parodontal este constituit dintr-o succesiune de etape sau faze din care prima şi a treia sunt obligatorii, aceste etape sunt:
A. Etapa I - Terapia iniţială sau etiologică include acţiunea asupra factorului etiologic microbian şi a factorilor locali şi generali care duc la apariţia afecţiunilor gingivale şi parodontale.
B. Etapa II - Terapia chirurgicală - se realizează după reevaluarea primei etape şi are în vedere reducerea pungilor parodontale, amenajarea pre-protetică sau corectarea unor defecte muco-gingivale.

C. Etapa III - Etapa de menţinere sau de suport - se realizează pentru menţinerea rezultatelor obţinute în etapele anterioare încercând să prevină recidivele bolii, costituind prevenţia secundară a bolilor gingivo-parodontale.
D. Etapa III - Terapia chirurgicală -se realizează după reevaluarea primei etape şi are în vedere reducerea pungilor parodontale, amenajarea pre-protetică sau corectarea unor defecte muco-gingivale.
E. Etapa II - Etapa de menţinere sau de suport - se realizează pentru menţinerea rezultatelor obţinute în etapele anterioare încercând să prevină recidivele bolii, costituind prevenţia secundară a bolilor gingivo-parodontale.
R: A, B, C

18. Parodonţiul este constituit din următoarele tipuri de ţesuturi:
A. gingia, structura vizibilă la examinarea clinică a parodonţiuli care acoperă osul alveolar;
B. ligamentul parodontal sau desmodonţiul, ansamblul de structuri care acoperă osul alveolar;
C. desmodonţiul, ansamblul de structuri care conectează dintele de osul alveolar;
D. osul alveolar, ţesutul care acoperă rădăcina dintelui şi fixează fibrele ligamentului parodontal;
E. cementul radicular, acea parte a oaselor maxilare care conţine rădăcina dintelui şi fixează fibrele ligamentului parodontal;
R: A, C

19. Anatomic, gingia este împărţită în trei zone:
A. gingia marginală (gingia liberă) de 1,5 mm lăţime;
B. gingia ataşată (gingia fixă), solidarizată ferm de osul subiacent;
C. gingia interdentară situată între doi dinţi adiacenţi;
D. gingia fixă de 1,5 mm lăţime;
E. gingia marginală, solidarizată ferm de osul subiacent;
R: A, B, C

20. Gingia marginală sau gingia liberă:
A. este porţiunea cea mai coronară a gingiei care înconjoară dinţii asemenea unei colerete
B. reprezintă peretele intern al şanţului (sulcusului) gingival
C. cel mai apical punct al gingiei libere se numeşte zenit gingival
D. gingia marginală sănătoasă are profil rotunjit, aspect regulat, consitenţă moale, iar conturul este neted
E. grosimea gingiei marginale este de aproximativ 1 mm
R: A, C, E

21. În funcţie de localizarea sa, epiteliul gingival este:
A. epiteliul gingival joncţional;
B. epiteliul sulcular;
C. epiteliul joncţional;
D. epiteliul gingival extern;
E. epiteliul sulcular intern;
R: B, C, D

22. Epiteliul gingival extern este un epiteliu pavimentos pluristratificat, keratinizat, are o grosirne de aproxiniativ 0,2-0,3 mrn şi este compus din utmătoarele straturi:
A. stratul granular, format din celule keratinizate, fără organite celulare;
B. tratul superficial, format din 10-20 de rânduri cu celule poliedrice;
C. stratul spinos, format din 10-20 de rânduri cu celule poliedrice;
D. stratul cornos, format din 10-20 de rânduri cu celule poliedrice;
E. stratul granular, care conţine granule de keratobialină;
R: C, E

23. Elementele de vulnerabilitate histologică a epiteliului joncţional sunt:
A. contactul crenelat dintre epiteliu şi lamina propria care scade rezistenţa faţă de agresiuni mecanice;
B. spatiile intercelulare largi, care cresc permeabilitatea epiteliului;
C. numărul mai redus de desmozomi în comparaţie cu epiteliul gingival extern;
D. rezistenţa la detaşare redusă;
E. rezistenţa la detaşare crescută;
R: B, C, D

24. Cementul îndeplineşte următoarele funcţii:
A. serveşte la ancorarea fibrelor ligamentului parodontal;
B. susţine şi protejează dinţii;
C. compensează erupţia dintelui;
D. serveşte la formarea fibrelor ligamentului parodontal;
E. nutriție;
R: A, C

25. Osul alveolar are următoarele componente:
A. corticala externă, vestibulară şi orală, formată în principal din os haversian şi os lamelar compact;
B. corticala internă, se mai numeşte şi lamina dura datorită faptului că apare radiologic sub forma unei benzi lineare de radioopacitate crescută;
C. corticala internă, poartă şi denumirea de lamina cribriforma, datorită aspectului histologic cu orificii prin care trec pachetele vasclo-nervoase din ligamentul parodontal;
D. osul spongios medular sau trabecular, care se găseşte între cele două corticale şi are rol de susţinere;
E. osul spongios medular sau trabecular care fomează peretele intern al alveolei dentare;
R: A, B, C, D

26. Ligamentul parodontal, prin componentele sale, nu are următoarele funcţii:
A. funcţii chimice
B. funcţia de formare
C. funcţia de remodelare tisulară
D. funcţiile nutritivă si senzorială
E. functia motrică
R: A, E

27. Biofilmul dentar:
A. Biofilmul dentar reprezintă un depozit aderent de suprafeţele orale, format din comunităţi microbiene complexe conţinute într-o matrice extracelulară;
B. Formarea biofilmului supragingival începe în portiunea incizală a coroanei,
apoi migrează în direcţie radiculară;
C. Formarea biofilmului poate începe în zona : santurilor, fosetelor, zonelor interproximale;
D. Rata de formare a biofilmlui dentar diferă semnificativ între indivizi şi între zonele din cavitatea orală;
E. Ritmul de formare a placii diferă la tineri comparativ cu varstnicii;
R: A, C, D

28. Factoni inhibitori produşi de bacteriile biofilntului includ:
A. acizii organici
B. peroxidul de hidrogen
C. enzime
D. acizii anorganici
E. bacteriocine
R: A, B, C, E

29. Unele specii de streptococi produc peroxid de hidrogen care inhibă creşterea lui:
A. Treponema denticola
B. Phorphyromonas gingivalis
C. Aggregatibacter actinomycetemcomitans
D. Streptococcus mutans
E. Tannerella forsythia
R: C, D

30. Parodontita este asociată cu prezenţa unor complexe bacteriene subgingivale specifice, astfel, complexul roşu este reprezentat de:
A. Fusobacterium spp
B. Treponema denticola
C. Campylobacter spp
D. Porphyromonas gingivalis
E. Tannerella forsythia
R: B, D, E

31. Parodontita este asociată cu prezenţa unor complexe bacteriene subgingivale specifice, astfel, complexul portocaliu este reprezentat de:
A. Fusobacterium spp
B. Treponema denticola
C. Campylobacter spp
D. Porphyromonas gingivalis
E. Tannerella forsythia
R: A, C

32. Parodontita este asociată cu prezenţa unor complexe bacteriene subgingivale specifice, astfel, complexul roşu este reprezentat de, cu excepția:
A. Campylobacter spp
B. Eubacterium nodatum
C. Prevotella intemedia
D. Streptococcus constellatus
E. Porphyromonas gingivaiis
R: A, B, C, D

33. Aggregatibacter actinomyceterncomitans (A.a), este:
A. cocobacil Gram -negativ
B. cocobacil Gram -pozitiv
C. cocobacil non-motil
D. cocobacil motil
E. facultative aerob
R: A, C

34. Deşi parodontita agresiva localizată (PAL - actuala parodontită cu localizare incisiv-molară) nu este cauzată de monoinfecţia cu A.a, această bacterie este considerată un parodonto-patogen major al PAL din mai multe motive, care sunt redate în continuare:
A. Există un titru mare de anticorpi faţă de A.a. la majoritatea subiecţilor cu PAL
B. A.a. posedă multipli factori de virulenţă, care pot induce leziuni parodontale
C. A.a sintetizează colagenaze, prezintă LPZ de suprafaţă şi poate invada ţesutul gngival
D. Persoanele purtătoare de A.a. prezintă un risc mai redus de a dezvolta PAL decât nepurtătorii
E. Bacteria este -evident asociată cu boala, A.a. fiind detectat mai frecvent: la persoanele sanatoase decat la cele cu parodontita
R: A, B, C

35. Factorii de viruienţă ai bacteriilor subgingivale sunt reprezentaţi de:
A. Produşii de metabolism şi substanţele toxice produse de bacterii
B. Proteazele bacteriene
C. Fimbriile bacteriene
D. Lipopolizaharidele
E. Glucidele
R: A, B, C, D

36. Capacitatea de evitare a sistemului imun al organismului. Bacteriile parodonto-patogene evită sistemul imun al organismului folosindu-se de:
A. Proteazele bacteriene
B. Capsula extracelulară
C. Sistemul proteolitic
D. lnvazia tisulară
E. Fimbriile bacteriene
R: B, C, D

37. Factorul de ncroză tumorală a (TNF-α) este un mediator cheie în patogeneza parodontitei şi prezintă multe dintre efectele lL-lβ, TNF-α are următoarele efecte:
A. limitează reparaţia tisulară locală
B. activează osteoclastele provocând resorbţia osoasă asociată boIii parodontale
C. induce apoptoza fibroblastelor
D. stimulează diferenţierea celulele T helper
E. are rol în imunitatea adaptativă
R: A, B, C

38. Intensificarea acumulării biofilmului şi a inflamaţiei gingivale cronice determină:
A. vasodilataţie
B. scăderea permeabilităţii vasculare
C. formarea edemului gingival
D. reducerea sulcusului gingival
E. eliminarea facilă a biofilmului subgingival
R: A, C

39. Primele faze ale formării pungilor parodontale adevărate sunt determinate de o combinaţie de factori:
A. detaşarea celulelor din zona cea mai apicală a epiteliului joncţional
B. migrarea apicală, în zona de distrugere a fibrelor de colagen
C. epiteliul pungii si cel de ataşament devin subţiri şi ulcerate
D. epiteliul pungii sangerează mai uşor
E. migrarea coronară, în zona de distrugere a fibrelor de colagen
R: B, C, D

40. Factorii predispozanţi locali, acţioncază asupra parodonţiului prin:
A. crearea de zone de retenţie pentru placa bacteriană cu acurnularea acesteia
B. respectarea spaţiului biologic
C. crearea de condiţii anatomice vulnerabile la acţiunea bacteriilor parodonto-patogene
D. forţe corespunzătoare ca amplitudine şi direcţie: anomaliile dento-maxilare,
E. tratamentul ortodontic condus neadecvat
R: A, C, E

41. Următoarele afirmații despre tartrul dentar sunt false:
A. reprezinta un support pentru placa bacteriană şi facilitează curăţirea artificială şi autocurăţirea plăcii bacteriene
B. este un complex organo-mineral ce rezultă prin mineralizarea plăcii bacteriene depuse pe dinţi sau altă structură retentivă aflată în cavitatea orală
C. supragingival, situat deasupra marginii gingivale spre coronar, vizibil în cavitatea orală
D. subgingival, situat sub marginea gingivală spre apical, nu este vizibil în cavitatea orală
E. tartrul subgingivaI este expus în cavitatea orală odată cu instalarea retracţiei gingivale devine tartru supragiugival calcificat
R: B, C, D

42. Anomaliile dentare şi dento-maxilare sunt considerate factori predispozanţi pentru apariţia inflamaţiei parodontale acţionând asupra parodonţiului astfel:
A. distrofiile dentare - prin suprafaţa rugoasă, cu margini neregulate şi anfractuoase, favorizează depunerea de placa bacteriană şi în condiţiile unui deficit de igienă, mai ales când leziunile se învecinează cu marginea gingivaiă, poate să apară inflamaţia parodontală;
B. dinţii supranurnerari duc la conformarea unui parodonţiu fin, cu deficit de troficitate, susceptibil la atacul bacterian
C. prognaţiile mandibulare frecvent, marginea incizală a incisivilor inferiori lezează direct parodonţiul de pe faţa palatinală a frontalilor superiori
D. compresiunea de maxilar favorizează retenţia plăcii bacteriene, prin deficitul de autocurăţire şi dificultăţile de curăţire artificială
E. incongruenţa dento-alveolară cu spaţiere este însoţită de fonomene de aplatizare a papilelor interdentare şi de fenomene atrofice
R: A, B, E

43. Printre cele mai fecvente iatrogenii care afectează parodonţiul se regăsesc coroanele protetice cu margini neadaptate:
A. prea lungi, care agresează spaţiul biologic
B. prea scurte, care agresează spaţiul biologic
C. prea înalte, care determină trauma ocluzală, cu interferenţe
D. prea înalte, care determină trauma ocluzală, cu contacte premature
E. prea scurte, care duc la retenţia de placă bacteriană
R: A, C, D, E

44. Între factorii sisteinici care predispun la apariţia bolii parodontale regăsim:
A. modificări hormonale
B. fumatul
C. boli hematologice
D. boli endocrine
E. stres
R: A, C, D, E

45. Diabetul ca factor de risc în boala parodontală:
A. riscul de parodontită este crescut de două până la trei ori la persoanele cu diabet în comparaţie cu persoanele fără această boală sistemică
B. nivelul de control glicemic este esenţial în determinarea riscului
C. controlul bun glicemic este asociat cu o severitate mai mare a infecţiilor, indusiv a parodontitei
D. diabetul reduce prevalenţa bolii parodontale
E. diabetul crește gradul de severitate ale bolii parodontale
R: A, B, E

46. Mecanisme care pot explica rezistenţa la antibiotice a bacteriilor din biofilm:
A. rata de creştere mai redusă a bacteriilor din biofilm (asociată cu lipsa de diviziune a acestora şi scăderea susceptibilităţii la antibiotice);
B. scăderea difuziunii antibioticului prin matricea intracelulară a plăcii;

C. sinteza unor enzime bacteriene (P-lactamază, formaldehid-dehidrogenază) care stimulează unele antibiotice;
D. existenţa în biofilm a unor populaţii bacteriene „super-rezistente" la antibiotice, care pot elimina antibioticul în exteriorul celulei;
E. schimburile de informaţie genetică (ADN hacterian);
R: A, D, E

47. Factorii de viruienţă ai bacteriilor subgingivale sunt reprezentaţi de:
A. Produşii de metabolism şi substanţele toxice produse de bacterii
B. Proteazele bacteriene
C. Lipopolizaharidele
D. Glucidele
E. Substanţele toxice produse de bacterii
R: A, B, C, E

48. Consecinţele clinice ale transmisiei şi translocării bacteriilor subgingivale:
A. translocarea bacteriilor parodonto-patogene din zone subgingivale în zone periimplantare sterile este nedemonstrata științific
B. A.a poate fi translocat prin intermediui sondei parodontale dintr-un locus infectat într-un locus neinfectat de această bacterie
C. semnificaţia clinică a acestor modalitaţi de transmitere a bacteriilor subgingivale patogene este dificil de cuantificat
D. poate reprezenta o problemă în termeni epidemiologici, de transmitere a parodontitei
E. poate periclita rezultate terapiei parodontale
R: B, C, D, E

49. Stimularea bacteriană continuă determină instalarea unei inflamaţii cronice locale, inflamaţia cronică parodontală fiind caracterizată de:
A. faza de exacerbare (stingere) a inflamaţiei este ineficientă
B. clearence ineficient al neutrofilelor în condiţiile unui nurnăr scazut de microorganisme subgingivale
C. dereglarea/întârzierea apoptozci neutrofilelor şi degranularea lor intra-tisulară, cu producerea de leziuni parodontale
D. supra-producţia de radicali liberi cu efcect distructiv local, prin activare continuă;
E. supra-producţia de mediatori proinflamatori (citokine) prin activare continuă, ceea ce întreţine şi amplifică inflamaţia, promovând distrucţia;
R: B, C, D, E

50. Intensificarea acumulării biofilmului şi a inflamaţiei gingivale cronice determină:
A. vasodilataţie
B. vasoconstricţie
C. formarea edemului gingival
D. adâncirea sulcusului
E. impermeabilitate vasculară
R: A, C, D

51. Primele faze ale formării pungilor parodontale adevărate sunt determinate de o combinaţie de factori:
A. detaşarea celulelor din zona cea mai coronară a epiteliului joncţional
B. migrarea apicală, în zona de distrugere a fibrelor de colagen, a celor mai apicale celule ale epiteliului joncţional pentru menţinerea intactă a barierei epiteliale
C. migrarea coronară, în zona de distrugere a fibrelor de colagen, a celor mai apicale celule ale epiteliului joncţional pentru menţinerea intactă a barierei epiteliale
D. epiteliul pungii si cel de ataşament devin subţiri şi ulcerate şi sangerează mai uşor (la sondare)
E. absența sângerării la sondare este specific în această fază
R: A, B, D

52. Materia alba se prezintă ca un depozit de consistenţă moale, de culoare alb-gri, format din:
A. resturi alimentare fine
B. microorganisme
C. celule epiteliale descuamate
D. leucocite
E. lipopolizaharide
R: A, B, C, D

53. Printre cele mai frecvente iatrogenii care afectează parodonţiul se regăsesc următoarele:
A. croşetele neadaptate ale lucrărilor parţiale mobilizabile
B. instrumentarea endodontică agresivă
C. şlefuitul supragingival
D. realizarea de obturaţii neconforme
E. coroanele protetice cu margini neadaptate
R: A, B, D, E

54. Factori de risc pentru boala parodontală.
A. diabetul poate influenţa statusul parodontal al pacientului
B. fumatul poate influenţa statusul parodontal al pacientului
C. sunt consideraţi a avea un rol foarte important în progresia şi evoluţia bolii parodontale
D. cresc prevalenţa şi severitatea acesteia
E. nu duc la modificarea desfăşurării şi caracteristicilor reacţlei imuno-inflamatorii
R: A, B, C, D

55. Diabetul ca factor de risc pentru boala parodontală, determină:
A. riscul de parodontită este crescut de două până la trei ori la persoanele cu diabet
B. nivelul de control glicemic este esenţial în determinarea riscului
C. controlul slab glicemie este asociat cu o severitate mai mare a infecţiilor, inclusiv a parodontitei
D. prevalenţa crescută şi severitatea accentuată a parodontitelor, analizate la nivelul pacienţilor cu diabet, au dus la desemnarea bolilor parodontale ca fiind “a doua complicaţie a diabetului."
E. diabetul nu influențează prevalenţa şi gradul de severitate ale bolii parodontale
R: A, B, C

56. Efectele pe termen lung ale fumatului la nivel sistemic sunt:

A. crearea unui dezechilibru al oxidanţilor-antioxidanţilor plasrnatici
B. producerea unui nivel redus de stres oxidativ la fumători prin creşterea nivelului oxidanţilor ca produşi ai peroxidării lipidice şi scăderea nivelului de antioxidanţi
C. creșterea numărului de leucocite datorită scăderii nivelului total al linfocitelor T
D. creșterea nivelului total al linfocitelor T
E. creșterea sintezei de cytokine proinflamatorii
R: A, D, E

57. Efectele fumatului asupra bolilor parodontale sunt:
A. furnătorii prezintă mai puţină inflarnaţie gingivală decât nefurnătorii
B. fumatul este considerat factor de risc major pentru creşterea prevalenței și severității distrucției parodontale
C. la pacienții nefumători în comparaţie cu fumătorii, profunzimea pungilor, pierderea de ataşament şi os alveolar au o prevalenţă şi severitate mult crescute
D. furnătorii adulţi în vârstă au probabilitate de aproape 3 ori mai mare de a avea, o afectiune parodontală severă
E. nu influenţează severitatea bolii parodontale la persoanele tinere
R: A, B, D

58. Efectele fumatului asupra răspunsului la terapia parodontală:
A. Reducerea adânciinii pungilor prin terapie inițială (terapie etiologică) ce include instruiri asupra igienei orale, detartraj şi planare radiculară (scaling root planing –SRP) este mai eficientă la nefumători decât la fumători
B. Câştigul de ataşament clinic ca rezultat al SRP este mai crescut semnificativ la fumători faţă de nefumător
C. Când pungile parodontale persistă la fumăitori nu se poate utiliza terapia adjunctă antimicrobiană topică
D. Efectele dăunătoare ale fumatului asupra rezultatelor terapiei parodontale par să fie de lungă durată şi independente de frecvenţa terapiei de menţinere
E. Datorită dificultăţăii de a controla boala parodontală la fumători mulţi dintre aceştia devin refractari la tratarnentul parodontal şi tind să prezinte, deteriorare parodontală mai mare după tratament faţă de nefunători
R: A, D, E

59. Infecţia parodontală şi diabetul zaharat:
A. Parodontita şi diabetul sunt boli cronice complexe, legate de o relaţie bidirectională.
B. Incidenţa diabetului de tip 2 este semnificativ mai mare la pacienţii cu boală parodontală, decât la cei fără afectare parodontală.
C. Incidenţa diabetului de tip 1 este semnificativ mai mare la pacienţii cu boală parodontală, decât la cei fără afectare parodontală.
D. La nivelui pacienţilor diabetici cu boală parodontală terapia parodontală poate avea efecte benefice asupra controlului glicemiei.
E. La nivelui pacienților diabetici cu boală parodontală terapia parodontală nu influențează controlu glicemiei.
R: A, B, D

60. Diagnosticul parodontal trebuie să:
A. să determine prezenţa bolii parodontale
B. să identifice forma de îmbolnăvire
C. severitatea
D. planul de tratament
E. extinderea bolii parodontale
R: A, B, C, E

61. Diagnosticul parodontal se pune pe baza:
A. statusul medical general al pacientului
B. istoricul afeţiunilor generale şi locale
C. diferitelor investigaţii paraclinice
D. anamnezei
E. examenului cinic
R: C, D, E

62. Pentru stabilirea diagnosticului parodontal, din anamneză:
A. se înregistrează prezenţa afecţiunilor generale ca diabet, boli cardiovasculare, hematologice, endocrine infecţioase iar pentru paciente, date legate de instalarea pubertăţii, tulburări mensrruale, naşteri, instalarea menopauzei.
B. se înregistrează modificările parodontale pe care pacientul le-a perceput şi care au reprezentat motivul prezentării în cabinet.
C. se notează posibilele alergii la medicamente, alimente, materiale dentare.
D. se notează şi istoricul de tratament ortodontic sau prezenţa unui aparat ortodontic în cavitatea orală.
E. se stabileşte diagnosticul.
R: A, B, C, D

63. Examenul clinic presupune:
A. examenul extraoral al articulaţiilor temporomandibulare
B. examenul extraoral al ganglionilor
C. examenul parodonţiului prin examenul nivelului de igienă
D. examenul cavităţii orale
E. examenul extraoral al ocluziei statice şi dinamice
R: A, B, D

64. Inspecţia (examinarea vizuală) parodonţiului presupune:
A. inspecţia tartrului şi plăcii bacteriene -se pot vizualiza depunerile de tartru supragingival, placa bacteriană
B. inspecţia plăcii bacteriene pe feţele vestibulare ale dinţilor frontali arătă deficit evident de igienizare
C. inspecţia gingiei apreciază biotipul (feuotipul) parodontal
D. inspecţia gingiei adaptarea gingiei pe dinte
E. inspecţia gingiei apreciază aspectul şi culoarea marginii gingivale
R: A, B, C, E

65. Palparea (examinarea tactilă) parodonţiului presupune:
A. palparea marginii gingivale cu o sondă parodontală care pune în evidenţă consistenţa şi adaptarea gingiei pe dinte
B. palparea marginii gingivale cu o sondă parodontală care pune în evidenţă sângerarea gingivală și a supuraţiei care este o prezenţă constantă în parodontită
C. palparea şanţului gingival cu sonda, manoperă esenţială pentru diagnosticul şi monitorizarea bolii parodontale
D. se apreciază aspectul şi culoarea marginii gingivale şi papilelor
E. examinarea tactilă a furcațiilor
R: A, C, E

66. Investigaţii ce ajută la stabilirea diagnosticului parodontal:
A. radiografia
B. fotografia
C. teste de laborator
D. modele de studiu
E. ecografia
R: A, B, C, D

67. Fişa de examinare parodontograma:
A. conţine valorile migrărilor dentare
B. conţine valorile adâncimilor la sondare
C. conţine valorile recesiilor gingivale
D. conţine valorile indicelui de sângerare gingivală la sondare
E. conţine valorile indicelui de placă
R: B, C, D, E

68. Boala parodontală şi boala arterială coronariană sunt ambele corelate cu un anumit stil de viaţă şi împart numeroşi factori de risc comui, induzând:
A. fumatul
B. igiena orală deficitară
C. reumatismul
D. diabetul
E. status socio-economic scăzut
R: A, D, E

69. Bolile bine documentate, influenţate de infecţia parodontală sunt:
A. diabetul zaharat,
B. bolile hepatice
C. naşterea prematură
D. boala renală acută
E. insuficienţa venoasă cronică
R: A, B, C

70. Terapia parodontală:
A. nu ameliorează statusul parodontal al pacienţilor cu diabet tip 1

B. ameliorează statusul parodontal al pacienţilor cu diabet tip 2
C. are un efect mai redus asupra controlului glicemie la pacienţii cu diabet tip 1
D. are un efect mai redus asupra controlului glicemie la pacienţii cu diabet tip 2
E. ameliorează statusul parodontal al pacienţilor cu diabet tip 1
R: B, C, E

71. Efectele dăunătoare ale fumatului asupra rezultatelor terapiei parodontale:
A. nu influențează caracteristicle vindecării ţesuturilor parodontale
B. pate afecta pe termen lung remiterea pungilor
C. influentează calitatea plăcii subgingivale
D. sunt independente de frecvenţa terapiei de menţinere
E. sunt de lungă durată
R: B, C, D, E

72. Semnele dinice de inflamaţie mai puţin pronunţate la fumători prin compararie cu nefumătorii se pot datora:
A. alterărilor răspunsului inflamator al fumătorilor
B. alterărilor răspunsului vascular din ţesuturile gingivale
C. răspunsului microcirculaţiei la acumularea de placă
D. concentraţiei de oxigen din ţesuturile gingivale
E. temperaturii subgingivale mai crescute la fumători faţă de nefumători
R: A, B, C, D

73. Semnele clinice ale parodontitelor sunt reprezentate de:
A. mobilitatea dentară
B. migrările secundare
C. pungile parodontale
D. recesiile gingivale
E. caștigul de atașament
R: A, B, C, D

74*. Între factorii sisteinici care predispun la apariţia bolii parodontale nu regăsim:
A. modificări hormonale,
B. fumatul
C. boli hematologice
D. boli endocrine
E. stres
R: B

75*. Factoni inhibitori produşi de bacteriile biofilntului include, cu excepția:
A. acizii organici
B. peroxidul de hidrogen
C. enzime
D. acizii anorganici
E. bacteriocine
R: D

76*. Parodontita este asociată cu prezenţa unor complexe bacteriene subgingivale specifice, astfel, complexul roşu este reprezentat de:
A. Campylobacter spp
B. Eubacterium nodatum
C. Prevotella intemedia
D. Streptococcus constellatus
E. Porphyromonas gingivaiis
R: E

77*. Factorii de viruienţă ai bacteriilor subgingivale sunt reprezentaţi de, cu excepția:
A. Produşii de metabolism şi substanţele toxice produse de bacterii
B. Proteazele bacteriene
C. Fimbriile bacteriene
D. Lipopolizaharidele
E. Glucidele
R: E

78*. Semnele clinice ale parodontitelor sunt reprezentate de, cu excepția:
A. mobilitatea dentară
B. migrările secundare
C. pungile parodontale
D. recesiile gingivale
E. caștigul de atașament
R: E

79*. Prevalenţa crescută şi severitatea accentuată a parodontitelor, analizate la nivelul pacienţilor cu diabet, şi în mod deosebit la aceia cu un control slab al nivelului glicemiei au dus la desemnarea bolilor parodontale ca fiind:
A. a doua complicaţie a diabetului
B. a treia complicaţie a diabetului
C. a şasea complicaţie a diabetului
D. a patra complicaţie a diabetului
E. a şaptea complicaţie a diabetului
R: C

80*.În gingivitele determinate doar de placa bacteriană, simptomatologia obiectivă este reprezentată de:
A. senzaţie de usturirne
B. sângerări gingivale la periaj şi masticaţie, sesizate de pacient
C. modificări ale aspectului suprafeţei gingivale, suprafaţa gingiei işi pierde aspectul de "gravură punctată" sau de "coajă de portocală" este netedă și lucioasă
D. discrete dureri, suportabile, la periaj şi în timpul masticației
E. uşor prurit gingival
R: C

81*. Chiuretele specifice (Chiuretele Gracey) sunt un set de instrumente concepute pentru, a se adapta la curburile anatomice ale rădăcinilor dinţilor. Chiuretele Gracey standard, cu două capete, sunt grupate astfel:
A. Gracey 7-8 si 11-12: pentru dinţii posteriori vestibular şi oral
B. Gracey 11-12: pentru dinţii posteriori, distal
C. Gracey 13-14: pentru dinţii posteriori, mezial
D. Gracey 11-12 şi 13-14: pentru dinţii anteriori
E. Gracey 5-6: pentru dinţii anteriori şi premolari
R: E

82*. Între factorii sisteinici care predispun la apariţia bolii parodontale nu regăsim:
A. modificări hormonale
B. fumatul
C. boli hematologice
D. boli endocrine
E. stres
R: B

83*. Printre cele mai fecvente iatrogenii care afectează parodonţiul se regăsesc coroanele protetice cu margini neadaptate cu excepția:
A. prea lungi, care agresează spaţiul biologic
B. prea scurte, care agresează spaţiul biologic
C. prea înalte, care determină trauma ocluzală, cu interferenţe
D. prea înalte, care determină trauma ocluzală, cu contacte premature
E. prea scurte, care duc la retenţia de placă bacteriană
R: B

84*. Factorii de viruienţă ai bacteriilor subgingivale nu sunt reprezentaţi de:
A. Produşii de metabolism şi substanţele toxice produse de bacterii
B. Proteazele bacteriene
C. Lipopolizaharidele
D. Glucidele
E. Substanţele toxice produse de bacterii
R: D

85*. Consecinţele clinice ale transmisiei şi translocării bacteriilor subgingivale nu sunt reprezentate de:
A. translocarea bacteriilor parodonto-patogene din zone subgingivale în zone periimplantare sterile este nedemonstrata științific
B. A.a poate fi translocat prin intermediui sondei parodontale dintr-un locus infectat într-un locus neinfectat de această bacterie
C. semnificaţia clinică a acestor modalitaţi de transmitere a bacteriilor subgingivale patogene este dificil de cuantificat
D. poate reprezenta o problemă în termeni epidemiologici, de transmitere a parodontitei
E. poate periclita rezultate terapiei parodontale
R: A

86*. Diagnosticul parodontal trebuie să cuprindă urmatoarele etape, cu excepția:
A. să determine prezenţa bolii parodontale
B. să identifice forma de îmbolnăvire
C. severitatea
D. planul de tratament
E. extinderea bolii parodontale
R: D

87*. Pentru stabilirea diagnosticului parodontal, din anamneză, se înregistrează, exceptie facând :
A. se înregistrează prezenţa afecţiunilor generale ca diabet, boli cardiovasculare, hematologice, endocrine infecţioase iar pentru paciente, date legate de instalarea pubertăţii, tulburări mensrruale, naşteri, instalarea menopauzei.
B. se înregistrează modificările parodontale pe care pacientul le-a perceput şi care au reprezentat motivul prezentării în cabinet
C. se notează posibilele alergii la medicamente, alimente, materiale dentare
D. se notează şi istoricul de tratament ortodontic sau prezenţa unui aparat ortodontic în cavitatea orala
E. anamneza stabilește diagnosticul
R: E

88*. Inspecţia (examinarea vizuală) parodonţiului presupune, cu excepția:
A. inspecţia tartrului şi plăcii bacteriene -se pot vizualiza depunerile de tartru supragingival, placa bacteriană
B. inspecţia plăcii bacteriene pe feţele vestibulare ale dinţilor frontali arătă deficit evident de igienizare
C. inspecţia gingiei apreciază biotipul (feuotipul) parodontal
D. inspecţia gingiei adaptarea gingiei pe dinte
E. inspecţia gingiei apreciază aspectul şi culoarea marginii gingivale
R: D

89*. Investigaţii ce ajută la stabilirea diagnosticului parodontal, cu excepția:
A. radiografia
B. fotografia
C. teste de laborator
D. modele de studiu
E. ecografia
R: E

90*. Fişa de examinare parodontograma nu conține:
A. conţine valorile migrărilor dentare
B. conţine valorile adâncimilor la sondare
C. conţine valorile recesiilor gingivale
D. conţine valorile indicelui de sângerare gingivală la sondare
E. conţine valorile indicelui de placă
R:A

91*. Boala parodontală şi boala arterială coronariană sunt ambele corelate cu un anumit stil de viaţă şi împart numeroşi factori de risc comui, induzând:
A. fumatul
B. igiena orală deficitară
C. reumatismul
D. insuficiența venoasă cronică
E. status socio-economic crescut
R: A

92*. Efectele dăunătoare ale fumatului asupra rezultatelor terapiei parodontale, cu excepția:
A. nu influențează caracteristicle vindecării ţesuturilor parodontale
B. pate afecta pe termen lung remiterea pungilor
C. influentează calitatea plăcii subgingivale
D. sunt independente de frecvenţa terapiei de menţinere
E. sunt de lungă durată
R: A

93*. Semnele dinice de inflamaţie mai puţin pronunţate la fumători prin compararie cu nefumătorii se pot datora, cu excepția:
A. alterărilor răspunsului inflamator al fumătorilor
B. alterărilor răspunsului vascular din ţesuturile gingivale
C. răspunsului microcirculaţiei la acumularea de placă
D. concentraţiei de oxigen din ţesuturile gingivale
E. temperaturii subgingivale mai crescute la fumători faţă de nefumători
R: E

94*. Semnele clinice ale parodontitelor sunt reprezentate de, cu excepția:
A. mobilitatea dentară
B. migrările secundare
C. pungile parodontale
D. recesiile gingivale
E. câștigul de atașament
R: E

95. Din categoria gingivitelor determinate doar de placa bacteriana, gingivita simpla reprezinta:
A. o inflamatie acuta de cauza microbiana
B. o inflamatie cronica de cauza microbiana
C. o inflamatie cronica a papilei (papilita)
D. o inflamtie cronica a gingiei libere, neatasate
E. o inflamatie cronica a gingiei fixe, keratinizate
R: B, C, E

96. In cadrul simptomatologiei subiective a gingivitei simple, apar urmatoarele manifestari:
A. sangerari gingivale la periaj si masticatie, sesizate de pacient
B. prurit gingival accentuat

C. usor prurit gingival
D. senzatie de usturime
E. sangerare gingivala spontana
R: A, C, D

97. In cadrul evolutiei procesului inflamator cronic, se pot decela urmatoarele tipuri de leziuni la nivel tisular:
A. leziunea initiala
B. leziunea tardiva
C. leziunea precoce
D. leziunea stabila
E. leziunea secundara
R: A, C, D

98. Evolutia, severitatea si extinderea gingivitei depinde de:
A. factori de risc locali
B. nivelul de educatie socio-cultarala a pacientului
C. factori de risc sistemici
D. tipul periutei dentare folosita de pacient pentru periaj
E. factori metabolici
R: A, C, E

99. In cadrul simptomatologiei clinice a gingivitei simple (de cauza bacteriana) se pot decela urmatorele aspect:
A. culoare rosie deschisa a gingiei, datorata hiperemiei active a vaselor din corion
B. sangerarea gingivala ca semn clinic tardiv al procesului inflamator
C. sangerarea gingivala ca semn precoce ce precede chiar si modificarile de culoare ale gingiei
D. absenta tumefactiei gingivale
E. tumefactia papilelor dentare si a marginii gingivale libere
R: A, C, E

100. Transformarea gingivitei simple de cauza micribiana intr o forma hiperplazica, se poate produce in prezenta urmatorilor factori favorizanti:
A. impact alimentar direct asupra papilei interdentare
B. schimbarea prea frecventa a tehnicii de periaj dentar
C. obturatii in exces, in contact direct sau in apropierea gingiei
D. prezenta obturatiilor de amalgam, corect realizate si finisate
E. obturatii cu suprafata rugoasa, retentiva in vecinatatea gingiei
R: A, C, E

101. Gingivita la pubertate:
A. apare exclusiv la fete
B. apare exlusiv la baieti
C. grupa de de varsta cel mai frecvent afectata se situeaza intre 11 si 14 ani
D. apare atat la fete cat si la baieti
E. bacteriologic, sunt prezente Prevotella intermedia si Capnocytophaga

R: C, D, E

102. Din punct de vedere al simtomatologiei, gingivita la puberta poate prezenta:
A. tumefactie prin edem cu caracter ireversibil
B. culoare roz pal
C. culoare rosie -violacee
D. sangerare spontana
E. hiperplazie gingivala, in special vestibulara
R: C, E

103. In cadrul simptomatologiei gingivitei de ciclu menstrual, catameniala, se pot evidential:
A. sangerare gingivala
B. simptomele pot fi urmarea unor disfunctii ovariene
C. de regula, apar la cateva zile dupa sfarsitul ciclului menstrual
D. usoara crestere a mobilitatii dentare fiziologice
E. scaderea in volum a lichidului santului gingival
R: A, B, D

104. Gingivita de sarcina:
A. apare intotdeauna dupa sarcina
B. sarcina poate determina aparitia gingivitei
C. imbraca un caracter acut sau subacut
D. imbraca un caracter cronic
E. hiperplazia gingivala poate imbraca un aspect tumoral (tumora de sarcina)
R: C, E

105. Principalele semne de imbolnavire gingivala in sarcina sunt:
A. culoarea roz pal a gingiei
B. consistenta moale a gingiei, decolabila de pe dinte
C. mobilitatea dentara patologica este doar de gradul 1
D. se poate ajunge, in forme severe, la avulsia dintilor
E. marirea de volum a gingiei
R: B, D, E

106. In cadrul gingivitei si gingivo stomatitei de menopauza, ca si simptomatologie subiectiva, se pot evidentia:
A. uneori, fisuri ale mucoasei gingivale
B. senzatii anormale de gust (acru, sarat)
C. mucoasa gingivala si orala are un aspect neted, uscat
D. senzatie de uscaciune si arsura la nivelul mucoasei gingivale si orale
E. dificulatea de a purta proteze mobile (senzatii hiperestezice ale mucoasei bucale)
R: B, D, E

107. In cadrul gingivitei si gingivostomatitei de menopauza, ca si simptomatologiei obiectiva, se pot evidential:
A. mucoasa gingivala si orala are un aspect neted, uscat de culoare palida

B. dificulatea de a purta proteze mobile, din cauza unor senzatii de durere ale mucoasei bucale
C. senzatii dureroase la contactul cu alimente sau bauturi reci si fierbinti
D. uneori, fisuri ale mucoasei gingivale
E. senzatii anormale gust (acru, sarat)
R: A, D

108. In cadrul gingivitei din diabet, ca si simptomatologie, se pot evidentia urmatoarele aspect:
A. polipi gingivali sesili, cu baza redusa de implantare
B. polipi gingivali sesili cu baza mare de implantare
C. ulceratii frevente
D. absenta ulceratiilor
E. absenta pungilor false
R: B, C

109. In gingivitele asociate cu diabet zaharat de tip I, principale microorganisme din santul gingival sunt:
A. specii de Streptococ
B. Prevotella intermedia
C. Capnocytophaga
D. Veilonella parvula
E. Fusobacterium
R: A, D, E

110. La nivel gingival, diabetul poate duce la:
A. marirea lumenului capilarelor si arteriolelor
B. ingustarea membrane bazale dintre epiteliu si corion
C. nevrita diabetic
D. reducerea lumenului capilarelor si arteriolelor
E. Ingrosarea membranei bazale dintre epiteliu si corion
R: C, D, E

111. Gingivita hiperplazica in hipovitaminoza C:
A. gingivita este produsa de deficitul de vitamina C
B. apar pungi parodontale reale
C. apare mobilitatea patologica prin edem
D. forma usoara de deficit de vitamina C se numeste scorbut
E. alcoolismul este factor predispozant la scorbut
R: C, E

112. In cadrul simptomatologiei clinice in gingivita hiperplazica din hipovitaminoza de tip C pot sa apara:
A. mobilitate fiizologica prin edem
B. halena
C. pungi parodontale reale
D. pungi false
E. hiperplazie gingivala cu ulceratii si sangerari la cele mai mici atingeri

R: B, D, E

113. Scorbutul sau forma severa de hipovitaminoza de tip C:
A. apare la copii in al treilea an de viata (boala Moeller -Barlow)
B. in general, in conditii restrictive de hrana
C. apare la copii in primul an de viata (boala Moeller-Barlow)
D. la varstnici cu alimentatie corecta
E. la varstnici cu deficiente de nutritie
R: B, C, E

114. Gingivita hiperplazica din leucemie:
A. se produce cel mai frecvent in formele cronice de leucemie
B. apare rar in formele de leucemie cronica
C. se produce cel mai frecvent in formele acute si subacute de leucemie
D. gingia are culoare roz pal
E. gingia este de culoare rosie-violaceu, cianotica
R: B, C, E

115. Din punct de vedere al simpromatologiei clinice, in gingivita hiperplazica din leucemie, pot sa apara urmatoarele manifestari:
A. gingivoragii tardive, care se datoreaza trombocitopeniei leucemice
B. deseori absenta hiperplaziei gingivale
C. gingivoragii precoce, datorate trombocitopeniei leucemice
D. hiperplazie gingivala frecventa, cu caracter extensiv pana la generalizare
E. ulceratii frecvente la nivelul gingiei, in zona mucoasei jugale si la nivelul palatului
R: C, D, E

116. In etiologia microbiana a gingivitei si gingivostomatitei acute ulcero necrotice pot fi incriminati urmatorii factori:
A. bacili fuziformi -Prevotella intermedia
B. spirochete – Porphyromonas gingivalis
C. bacili fuziformi -Fusobacterium nucleatum
D. Porphyromonas gingivalis
E. spirochete -Treponema denticola, Treponema vincenti, Treponema macrodentium
R: C, D, E

117. In cadrul gingivitei si gingivostomatitei acute ulcero necrotice, pot fi incriminati urmatorii factori favorizanti:
A. deficitul vitaminelor de tip D si E
B. igiena bucala riguroasa
C. deficit vitaminic de tip C, B1 si B2
D. alcoolismul
E. fumatul excesiv
R: C, D, E

118. In cadrul gingivitei si gingivostomatitei acute ulcero necrotice, simptomatologia subiectiva se refera la:
A. dureri discrete la atingerea gingiei
B. scaderea senzatiilor dureroase la contactul cu alimente fierbinti, in timpul masticatiei
C. dureri intense la atingerea gingiei
D. halena discreta
E. dureri spontane iradiate in oasele maxilare
R: C, E

119. In cadrul gingivitei si gingivo stomatitei acute ulcero necrotice, simptomatologia obiectiva se refera la:
A. hiposalivatie vascoasa
B. aspect ‘’decapitat‘’ al papilelor interdentare
C. hipersalivatie vascoasa
D. culoare roz a portiunilor gingivale neulcerate
E. adenopatie regionala
R: B, C, E

120 Principalele medicamente implicate in producerea hiperplaziei gingivale sunt:
A. nifedipina
B. hidaintoina
C. antagonistii de calciu -medicatie imusupresoare
D. antagonistii de calciu -medicatie cardiovasculara
E. ciclosporinele -medicatie imunosupresoare
R: B, D, E

121. Hiperplazia gingivala hidantoinica:
A. apare la pacienti epileptici, in special tineri
B. hiperplazia hidantoinica se produce doar in prezenta placii bacterine
C. apare la pacienti epileptic , in special varstnici
D. prezenta placii bacterine accentueaza hipertrofia si hiperplazia gingivala
E. hiperplazia gingivala se localizeaza mai mult oral, datorita presiunii limbii
R: A, D

122. Hiperplazia gingivala la antagonistii de Calciu, din punct de vedere al simptomatologiei, apar urmatoarele manifestari:
A. are caracter localizat, predominand vestibular
B. are caracter generalizat, predominand oral
C. culoarea gingiei hiperplazice varieaza de la rosu congestiv la violaceuu
D. are caracter generalizat, predominand vestibular
E. consistenta gingiei este la inceput moale, decolabila, ca mai apoi odata cu cresterea in volum sa devina ferma
R: C, D

123. Hiperplazia gingivala la cyclosporine:
A. gingia este de culoare roz

B. gingia prezinta consistenta moale
C. gingia este de culoare rosu inchis
D. incidenta hiperplaziei gingivale la pacienti tratati cu ciclosporine este de cca 55% (Dumitriu et al, 2015)
E. consistenta gingiei este ferma
R: A, E

124. Gingivita alergica:
A. este indusa partial de placa bacteriana
B. face parte din categoria gingivitelor neinduse de placa bacteriana
C. se poate produce printr-o reactie alergica la diferiti constituenti din apa de gura, dentrifice, pasta de dinti
D. simptomatologic, gingia are o consistenta ferma, dura
E. mai este cunoscuta sub denumirea de ‘’gingivita cu plasmocite‘’
R: B, C, E

125. In cadrul gingivitelor descuamative:
A. keratina este puternic reprezentata
B. sunt manifestari gingivale de tip vezicular sau bulos
C. keratina este slab reprezentata sau lipseste
D. leziunea de baza in gingivita descuamativa este vezicula cu dimensiuni mari, de pana la 7 mm
E. apar in infectii cronice, de tipul sifilisului sau a tuberculozei
R: B, C, E

126. Gingivostomatita herpetica:
A. apare mai frecvent in cadrul populatiei adulte
B. este o afectiune necontagioasa
C. mai frecventa la copii
D. are o perioda de incubatie lunga , de aproximativ 3 saptamani
E. afectiunea are o evolutie in pusee , de intensitate din ce in ce mai redusa cu vindecare dupa 2 saptamani de la debut
R: C, E

127 Gingivostomatita aftoasa recidivanta:
A. apare mai frecvent la adulti, mai rar la copii
B. prezinta o etiologie integral elucidata
C. apare mai frecvent la copii, mai rar la adulti
D. din categoria factorilor locali predispozanti fac parte virozele si afectiunile gastro intestinale
E. din catergoria factorilor locali predispozanti fac parte fumatul sau consumul de dulciuri
R: A, E

128. Din punct de vedere al simptomatologiei clinice, in cadrul gingivostomatitei aftoase recidivante, pot aparea urmatoarele aspecte clinice:
A. leziunea initiala este afta, cu o durata lunga de viata (3 zile)
B. leziunea elementara este afta
C. pacientii pot prezenta hiposalivatie

C. aftele, de regula, sunt nedureroase la masticatie
E. pacientii pot prezenta hipersalivatie
R: B, E

129. Gingivita si gingivostomatita de cauza micotica:
A. agentul cauzator este reprezentat de Prevotella intermedia
B. poate sa apara in conditiile unui consum excesiv de antibiotice (amoxacilina sau tetraciclina)
C. cauza principala a afectiunii poate fi reprezentat de Candida Albicans
D. Candida Albicans este frecvent identificata la nivelul cavitatii orale, fiind extrem de patogena
E. poate sa apara in cazul existentei unei medicatii imunosupresive
R: B, C, E

130. Clasificarea din 2018 a parodontitelor (Tonetti et al, 2018, Caton et al, 2018) recunoaste urmatoarele afectiuni:
A. parodontita cronica
B. parodontita agresiva
C. parodontita (recunoaste fostele denumiri de tip parodontita cronica si agresiva)
D. bolile parodontale necrozante
E. parodontita ca manifestare a unor afectiuni sistemice
R: C, D, E

131. Atat parodontita cronica, cat si parodontita agresiva sunt caracterizate de prezenta urmatoarelor semne comune (ca si elemente de diagnostic pozitiv):
A. inflamatie gingivala (absenta sangerarii la sondare)
B. pierdere radiografica de os, mai putin sesizabila in formele incipiente
C. pierdere clinica de atasament proximal, la minim 4 dinti non-adiacenti
D. inflamatie gingivala (sangerare la sondare)
E. pierdere clinica de atasament proximal, la minim 2 dinti non adiacenti
R: B, D, E

132. Urmatoarele caracteristici se regasesc la pacientii cu parodontita cronica:
A. prevalenta mare la copii, dar poate sa apara si la adulti
B. gradul distructiei parodontale independent de varsta si factori locali
C. prevalenta mare in randul adultilor, dar poate afecta si copii
D. rata lenta pana la moderata de progresie
E. compozitie microbiana subgingivala variabila
R: C, D, E

133. In functie de severitatea leziunilor parodontale, parodontita cronica poate fi subclasificata in:
A. forma usoara, fara pierdere de atasament clinic (CAL)
B. forma severa, cu pierdere de 3-4 mm de atasamanet clinic
C. forma usoara cu pierdere de de atasament clinic de de 1-2 mm
D. forma moderata, cu pierdere de atasament clinic de 3 -4 mm
E. forma severa, cu pierdere de atasament clinic de peste 5 mm
R: C, D, E

134. Parodontita agresiva localizata se caracterizeaza prin:
A. raspuns robust al anticorpilor serici fata de agentii infectanti
B. localizata la primul premolar si la incisivi, cu pierdere de atasament la cel putin 3 dinti permanenti
C. raspuns slab al anticorpilor serici fata de agenti infectanti
D. debut circumpubertal al afectiunii
E. debut tardiv al afectiunii (peste varsta de 40 de ani)
R: A, D

135. Parodontita agresiva generalizata se caracterizeaza prin:
A. debut circumpubertal la afectiunii
B. raspuns slab al anticorpilor serici fata de agentii infectanti
C. caracter episodic pronuntat al distructiei parodontale
D. pierderea generalizata a atasamentului, care afecteaza cel putin 5 dinti, altii de molarii si incisivii
E.raspuns robust al anticorpilor serici fata de agentii infectanti
R: B, C, E

136. Caracteristicile afectiunilor din grupul parodontita (cronica si agresiva) include:
A. boala poate surveni la orice varsta, dar afecteaza cu predominanta copii
B. pierdere clinica de atasament cu aparitia pungilor gingivale
C. pierdere osoasa evidentiata radiografic
D. pacient in stare generala buna (fara boli majore)
E. prezenta inflamatiei gingivale cu sangerare la sondare
R: C, D, E

137. Simptomatologia parodontitei include:
A. prezenta halitozei
B. absenta halenei
C. absenta modificarilor estetice
D. este prezenta mobilitatea dentara
E. absenta halitozei
R: A, D

138. Din categoria bolilor parodontale necrozante fac parte:
A. gingivita necrozanta
B. gingivita herpetica
C. parodontita descuamativa
D. parodontita necrozanta
E. stomatita necrozofaciala
R: A, D

139. Tratamentul parodontal presupune existenta urmatoarelor etape:
A. terapia prelimanare
B. terapia chirurgicala

C. terapia stabila
D. terapia de mentinere
E. terapia initiala
R: B, D, E

140. Terapia initiala:
A. are drept scop vindecarea cu restitutio in integrum a leziunilor parodontale
B. mai este denumita ‘’terapia factorilor probabili’’
C. Scopul este de a elimina sau reduce, pe cat posibil, etiologia microbiana si factorii cauzali
D. se refera la instituirea unui control riguros al placii bacteriene
E. presupune definitivarea tuturor tratamentelor chirurgicale
R: C, D

141. Dupa utilizarea lor in cadrul terapiei initiale, instrumentele parodontale se impart in:
A. sonde - parodontale si exploratoare
B. instrumente pentru detartraj si planare radiculara (SRP)
C. cele mai utilizate instrumente in cadrul SRP -ului - sapaliga, dalta si razusa
D. endoscopul parodontal
E. chiuretele parodontale, cu valoare exclusiv istorica
R: A, B, D

142. Chiuretele parodontale Gracey:
A. ofera o adaptare clinica limitata la curburile anatomice ale radacinilor dentare
B. chiuretele Gracey 5-6 se folosesc pentru dintii posteriori, mezial
C. chiuretele Gracey sunt identice ca si realizare cu chiuretele universale
D. chiuretele Gracey 1-2 si 3-4 se folosesc pentru dintii anteriori
E. chiuretele Gracey sunt diferite din punct de vedere al realizarii fata de chiuretele universal
R: D, E

143. Chiuretele After Five:
A. identice ca si realizare tehnica cu chiuretele Gracey standard
B. au gatul cu 4 mm mai scurt fata de chiuretele standard
C. permit accesul in pungi mai adanci de 5mm
D. au gatul cu 3 mm mai lung fata de chiuretele standard
E. prezinta o lama mai groasa (puternic conturata) fata de chiuretele standard
R: C, D

144. Interventiile chirugicale parodontale se pot imparti in urmatoarele categorii (Takei, 2019):
A. interventii chirurgicale de eliminare a pungilor parodontale
B. interventii chirurgicale de reducere a pungilor parodontale
C. interventii chirurgicale regenerative (lambouri asociate cu biomateriale)
D. tehnici de amplasare a implanturilor, de amenajare a situsurilor in vederea implantarii
E. interventii chirurgicale rezective
R: B, C, D, E

145. Materialele de grefare osoasa (substitute osoase) se clasifica in:

A. alografe – materiale osoase obtinute de la alte specii
B. xenografe -materiale osoase obtinute de la acelasi individ
C. alografe-materiale obtinute de la un individ diferit al aceleasi specii
D. xenografe-materiale obtinute de la alte specii
E. autografe -materiale obtinute de la acelasi individ
R: C, D, E

146. Urmatoarele caracteristici se mai pot regasi, inconstant , la pacientii cu parodontita agresiva:
A. niveluri crescute de Porpghyromonas gingivalis
B. niveluri scazute de Porphyromonas gingivalis
C. gradul de distructie nu este in concordanta cu factorii locali si cantitatea depozitelor de placa
D. niveluri crescute de Aggregatibacter Actinomycetemcomitans
E. niveluri scazute de Aggregatibacter Actinomycetemcommitans
R: C, D

147. In functie de extinderea distructiei, parodontitele se clasifica in:
A. parodontita agresiva
B. parodontita necrozanta
C. parodontita generalizata, mai putin de 30 % din dinti afectati
D. parodontita localizata, mai putin de 30 % din dinti afectati
E. parodontita generalizata, mai mult de 30 % din dinti afectati
R: D, E

148. Succesiunea procedurilor terapeurice din terapia initiala, presupune:
A. pasul 1 -indepartarea biofilmului si a tartrului supra- si subgingival
B. pasul 2 -Managementul leziunilor carioase
C. pasul 3 -instructiuni de control al biofilmului
D. pasul 1- instructiuni de control al biofilmului
E. pasul 2 -indepartarea biofilmului si a tartrului supra si subgingival
R: D, E

149. In decizia de a referi un pacient la medicul specialist parodontolg, se va tine cont de urmatoarele criteria:
A. posibilitatiile materiale ale pacientului
B. pregatirea clinica si experienta medicului generalist stomatolog
C. lungimea radacinii
D. mobilitatea patologica
E. dificultatea efectuarii detartrajului si planarii radiculare
R: C, D, E

150. Protocolul GBT (GUIDED BIOFILM THERAPY) include urmatorii pasi:
A. efectuarea intr o faza preliminara terapeutica a SRP -ului
B. evaluarea sanatatii sistemice a pacientului
C. motivarea pacinetului
D. evidentierea prin colorare a biofilmui
E. programarea pacientului pentru terapia de mentinere

R: C, D, E

151. Dusul bucal
A. mai este cunoscut ca si dispozitivul cu irigatie perpetuua
B. nu poate fi folosit de catre pacient la domicliu
C. elimina eficient biofilmul
D. se bazeaza pe pulsatiitle lichidului si presiune
E. este inferior atei dentare cand este utilizat in asociere cu periajul dentar
R: C, D

152. Tehnicile chirurgicale de regenerare parodontala folosesc urmatoarele material:
A. pini din cobalt chrom
B. materiale din rasine compozite
C. membrane
D. mediatori biologici
E. substitute osoase
R: C, D, E

153. Membranele folosite in tehnicile de regenerare tisulara ghidata:
A. se plaseaza dupa ridicarea unui lambou
B. au ca si scop favorizarea migrarii celulelor epiteliale si conjunctive ale lamboului de a lungul suprafetei radiculare
C. se plaseaza inainte de ridicarea unui lambou
D. au ca si scop prevenirea repopularii suprafetelor radiculare de catre celule ligamentare si osoase
E. se clasifica in membrane resorbabile si neresorbabile
R: A, E

154. Membranele resorbabile, folosite in tehnicile de regenerare tisulara ghidata:
A. pot fi naturale, din polimeri ai acidului polilactic
B. sintetice din colagen
C. naturale din colagen
D. membranele resorbabile din colagen au biocompatibilitate limitata
E. membranele de colagen n prezinta afinitate celulara si biointegrare mari
R: C, E

155*. Gingivita simpla:
A. este o inflamatie cronica de cauza virala
B. este o inlamatie acuta de cauza microbiana
C. se caracterizeaza printr o pierdere marcata de atasament clinic
D. este o inflamatie cronica de cauza microbiana
E. simptomatologic, se caracterizeaza printr un prurit gingival foarte accentuat
R: D

156*. Gingivita la pubertate:

A. in producerea ei sunt implicate, mai frecvent, Aggregatibacter Actinomycetemcomitans si Treponema denticola
B. afecteaza doar baietii
C. afecteaza doar fetele
D. simptomatologic, apare hiperplazie gingivala, in special orala
E. apare o tumefactie prin edem cu caracter reversibil
R: E

157*. Gingivita din cursul ciclului menstrual:
A. simtptomatologic, apare o crestere accentuate a mobilitatii dentare fiziologice
B. se caracterizeaza prin absenta sangerarii gingivale, indiferent de forma evolutiva
C. apare senzatia de tensiune si chiar o usoara tumefactie gingivala
D. absenta senzatiei de tensiune cu prezenta unei tumefactii gingivale accentuate
E. lichidul santului gingival scade in volum
R: C

158*. Gingivita de sarcina:
A. imbraca un caracter cronic
B. apare, fara exceptie, in orice sarcina
C. hiperplazia de sarcina se dezvolta mai mult pe seama papilelor interdentare
D. se caracterizeaza prin lipsa gingivoragiei
E. culoarea variaza de la roz pal pana la albstru de Persia
R: C

159*. Gingivita din diabet, din punct de vedere al simptomatologiei, poate prezenta:
A. polipi gingivali sesili, cu baza mica de implantare
B. absenta ulceratiilor
C. frecvent, pungi parodontale reale
D. sangerari masive la atingere
E. frecvente ulceratii
R: E

160*. Gingivita hiperplazica in hipovitaminoza C:
A. gingivita este produsa de deficitul de vitamina C
B. simptomatologic, este prezenta halena
C. apar pungi reale
D. forma usoara a deficitului de vitamina C se numeste scorbut
E. alcoolismul nu predispune la aparitia scorbutului
R: B

161*. Gingivita hiperplazica din leucemie:
A. se produce cel mai frecvent in leucemia cronica
B. apare cel mai adesea in leucemia subacuta
C. rar este prezenta hiperplazia gingivala
D. se produce cel mai frecvent in leucemia acuta
E. apare cu aceeasi frecventa in toate formele de leucemie

R: D

162*. Gingivita si gingivostomatita acuta ulcero necrotica, etiologic, prezinta:
A. specii de bacili fuziformi -Porphyromonas gingivalis
B. Aggregatibacter Actinomycetemcomitans
C. specii de spirochete Treponema intermedia
D. Prevotella intermedia
E. bacili fuziformi-Treponema macrodentium
R: D

163*. Simptomatologic subiectiv, gingivita si gingivostomatita acuta ulcero necrotica, prezinta:
A. usoare dureri la atingerea gingiei
B. discreta halena
C. limitarea deschiderii gurii prin trismus
D. dureri provocate irradiate in oasele maxilare
E. prezenta pungi parodontale reale
R: C

164*. Simptomatologic obiectiv, gingivita si gingivostomatita acuta ulcero necrotica, prezinta:
A. absenta adenopatiei regionale
B. hiposalivatie vascoasa
C. ulceratii acoperite de depozite pseudomembranoase de culoare maro spre negru
D. hipersalivatie vascoasa
E. absenta rigiditatii faciale
R: D

165*. Principalele medicamente implicate in producerea hiperplaziilor gingivale sunt:
A. anticonvulsivantele -ciclosporinele
B. imunosupresoarele -hidaintoina
C. ciclosporinele – imunosupresoare
D. medicatie cardiovasculara – hidantoina
E. imunosupresoarele -antagonistii de calciu
R: C

166*. Hiperplazia gingivala hidantoinica, simptomatologic:
A. hiperplazia intereseaza cel mai frecvent zonele de gingie fixa
B. hiperplazia este localizata mai mult oral
C. zonele de gingie fixa sunt mai putin afectate de hiperplazie
D. hiperplazia hidantoinica se produce doar in prezenta placii bacteriene
E. Hiperplazia hidantoinica se produce doar in prezenta tartrului
R: C

167*. Hiperplazia gingivala la antagonistii de calciu, simptomatologic clinic:
A. hiperplazia are caracter localizat
B. predomina oral
C. are caracter generalizat si predomina oral si interdentar

D. are caracter generalizat si predomina vestibular si interdentar
E. consistenta gingiei la inceput este moale, depresibila
R: D

168*. Hiperplazia gingivala la ciclosporine, simptomatologic prezinta:
A. gingie de culoare violacee
B. consistenta gingivala moale, depresibila
C. consistena ferma a gingiei
D. gingivoragii abundente
E. prezenta ulceratiilor jugale
R: C

169*. Simptomatologic, gingivita alergica poate prezenta:
A. consistenta gingivala ferma, fibroasa
B. absenta semnelor de cheilita si glosita
C. consistenta gingivala moale, redusa, friabila
D. absenta tumefactiei gingivale
E. culoare roz pal a gingiei
R: C

170*. Gingivitele descuamative se caracterizeaza prin:
A. prezenta unei doze semnificative de keratina
B. leziunea de baza este vezicula de dimensiuni mari de pana la 5 cm
C. leziunea de baza este bula de dimensiuni mici de maxim 3 mm
D. leziunea de baza este bula cu dimensiuni de cativa cm
E. absenta leziunilor de tip ulcerat si eroziv
R: D

171*. Gingivostomatita herpetica:
A. este o afectiune necontagioasa de cauza micotica
B. este o afectiune necontagioasa produsa de virusul herpetic
C. are o incubatie lunga de pana la 3 saptamani
D. apare mai frecvent la adulti
E. apare mai frecvent la copii
R: E

172*. Gingivostomatita aftoasa recidivanta:
A. apare mai frecvent la copii
B. bolnavii prezinta hiposalivatie
C. rareori, este prezenta si adenopatia loco-regionala
D. aftele sunt dureroase la masticatie si se pot insoti de trismus
E. fumatul nu se numare printre factorii favorizanti
R: D

173*. Pintre elementele comune de diagnostic pozitiv pentru parodontita cronica si pentru parodontita agresiva se numara:

A. absenta sangerarii la sondare
B. igiena foarte precara a pacientului
C. pierdere clinica de atasament proximal, la minim 3 dinti adiacenti
D. inflamatie gingivala (sangerare la sondare)
E. existenta mai multor brese edentate
R: D

174*. Parodontita agresiva localizata prezinta urmatoarele caracteristrici specific:
A. debutul afectiunii -dupa 30-35 de ani
B. raspuns robust al anticorpilor serici la agentii infectanti
C. localizata la primul premolar si incisivi
D. raspuns slab al anticorpilor serici la agentii infectanti
E. localizata la molarul de 6 ani si canini
R: B

175*. Parodontita agresiva generalizata prezinta urmatoarele caractere specific:
A. raspuns robust al anticorpilor serici la agentii infectanti
B. caracterul perpetuu al distructiei parodontale
C. afecteaza de obicei persoanele cu varsta de peste 30 de ani
D. afecteaza de obicei persoanele cu varsta sub 30 de ani
E. pierderea generalizata a atasamentului, care afecteaza cel putin 2 dinti
R: D

176*. Simptomele in parodontita:
A. sunt evidente si se instaleaza lent
B. durerea apare din stadiile incepiente ale afectarii parodontale
C. este absenta halitoza
D. apar migrari dentare secundare
E. absenta modificarilor estetice
R: D

177*. Printre caracteristicile bolilor din grupul parodontita se numara:
A. absenta factorilor locali de risc
B. prezenta inflamatiei gingivale , fara sangerare la sondare
C. pacienti in stare de sanatate generala buna (fara boli generale majore, debilitante)
D. absenta factorilor generali de risc
E. pierdere de atasament cu pungi gingivale
R: C

178*. Bolile parodontale necrozante se caracterizeaza prin:
A. distructie lenta a tesutului parodontal cu producerea de defecte tisulare
B. simptomatologie discreta
C. distructie rapida a tesutului parodontal, fara aparitia unor defecte tisulare
D. rezolutie lenta, anevoioasa dupa antibioterapie sistemica
E. distructia rapida /totala a tesutului parodontal, cu aparitia de defecte tisulare
R: E

179*. Terapia initiala:
A. mai este cunoscuta sub denumirea de ‘’terapia parodontala chirurgicala’’
B. are drept scop prevenirea recidivei parodontitei
C. mai este cunoscuta sub denumirea de ‘’terapia factorilor de risc ‘’
D. mai este cunoscuta sub denumirea de ‘’terapia factorilor cauzali’’
E. este in succesiune a doua faza a tratamentului parodontal complex
R: D

180*. Chiuretele specific Gracey
A. nu prezinta modificari fata de chiuretele universale
B. unghiul dintre partea activa si axul longitudinal al portiunii terminale a gatului este de 90 de grade
C. au valoare istorica
D. unghiul dintre partea activa si axul longitudinal al portiunii terminale a gatului este de aproximativ 60-70 de grade
E. chiuretele Gracey 5-6 se utilizeaza pentru grupul frontal si molari de 6 ani
R: D

181*. Chiuretele After Five:
A. nu prezinta modificari fata de chiurele standard
B. prezinta o lama mai subtire pentru a favoriza distensia tesuturilor
C. permit accesul mai facil in pungi de 4 mm
D. au gatul cu 3 mm mai lung fata de chiuretele standard
E. au gatul cu 5 mm mai lung fata de chiuretele standard
R: D

182*. Sapaliga:
A. se foloseste pentru indepartarea cementului necrotic de pe suprafata radiculara
B. marginea taiatoare activa este bizotata la 60 de grade
C. partea posterioara a lamei este convexa
D. marginea taietoare este bizotata la 45 de grade
E. lama este curbata la un unghi de 110 grade
R: D

183*. In categoria materialelor, utilizate in terapia chirurgicala parodontala, membranele:
A. membranele se plaseaza inainte de ridicarea unui lambou
B. au ca si scop favorizarea proliferarii celulelor epitaliale si conjunctive ale lamboului de a lungul de a lungul suprafetei radiculare
C. au valoare istorica
D. membranele se plaseaza dupa ridicarea unui lambou
E. se clasifica in membrane de titan si membrane inalt proliferative
R: D

OCLUZOLOGIE SI IMPLANTOLOGIE

1. Contraindicațiile sistemice relative ale tratamentului chirurgical pentru inserarea de implante sunt:
A. SIDA
B. Corticoterapie îndelungată
C. Tulburări ale metabolismului P-Ca
D. Boli venerice
E. Tulburari endocrine
R: A, B, C, E

2. Contraindicaţiile absolute care vizează inserarea de implante sunt:
A. Bolnavii cu hipertensiune gravă
B. Bolnavii cu neoplasme care sunt iradiați sau supuși unor cure de chimioterapie
C. tulburari digestive
D. cardiopatii decompensate
E. dezechilibre la nivelul aparatului ATM
R: A, B, D

3*. La pacientii cu edentatie totala i se pot insera urmatoarele tip de implante:
A. implante endoosoase
B. implante scurte
C. implante lama
D. orice tip de implant
E. implante de diametere mici
R: D

4*. Aprecierea exacta a ofertei osoase se face:
A. pe OPG si CT
B. pe retroalveolara si OPG
C. pe OPG
D. pe osteodensiometrie
E. toate de mai sus
R: A

5. Care din urmatoarele afirmatii sut adevarate:
A. implantele intracorticale au denumirea corectă de implante subcorticale
B. inserarea implantelor subperiostale se execută de obicei in doi timpi
C. implantele intracorticale au denumirea corectă de implante subperiostale
D. implantele subperiostale aduceau un prejudiciu mare asupra patului osos (în principal osteoliză)
E. primul timp operator al implantului subcortical este inserarea implantului
R: A, B, D

6. Din punct de vedere al designului, implantele intraosoase pot avea formă de:
A. rădăcină (root form implant)
B. lamă
C. conventională

D. trapezoidală
E. nici un raspuns nu este correct
R: A, B

7. Conceptele care au în vedere câţiva parametri constanţi:
A. mandibulă cu atrofie
B. condiţiile morfologice specifice la maxilar şi la mandibulă
C. numărul de implante inserate
D. sprijinul mixt al protezei (implantar şi muco-osos) sau exclusiv implantar
E. designul implantului
R: B, C, D

8*. Conceptele supraprotezelor cu sprijin implantar la mandibulă ale lui Spikermann sunt:
A. in numar de 3
B. in numar de 2
C. doar un concept
D. in numar de 4
E. in numar de 5
R: D

9. Conceptul I al supraprotezelor cu sprijin implantar la mandibulă:
A. se indică la pacienţii cu resorbţie medie sau mare a crestelor reziduale
B. se indică la pacienţii cu resorbţie medie sau mica a crestelor reziduale
C. se inseră două împlante endoosoase poziţionate interforaminal, de regulă în zona canină
D. se inseră două împlante endoosoase poziţionate interforaminal, de regulă în zona molarilor
E. necesită un număr redus de intervenţii chirurgicale, este simplu, relativ ieftin şt îmbunătăţeşte evident menţinerea şi stabilitatea protezei
R: A, C, E

10. Conceptul I al supraprotezelor cu sprijin implantar la mandibulă:
A. tehnic se realizează o supraprotezare pe componentele câmpului protetic, astfel încât sprijinul protezei să fie mixt, cu ancorare pe implante
B. condiţiile de igienizare sunt foarte bune, prin mobilizarea piesei protetice
C. se impune o dispensare activă şi reoptimizări repetate datorită sprijinului mixt
D. condiţiile de igienizare sunt foarte slabe
E. necesită un număr mare de intervenţii chirurgicale
R: A, B, C

11. Conceptul I al supraprotezelor cu sprijin implantar la mandibulă:
A. se impune o dispensare activă şi reoptlmizări repetate datorită sprijinului mixt
B. necesită un număr redus de intervenţii chirurgicale, este simplu, relativ ieftin
C. condiţiile de igienizare sunt foarte slabe
D. condiţiile de igienizare sunt foarte bune, prin mobilizarea piesei protetice
E. necesită un număr mare de intervenţii chirurgicale
R: A, B, D

12. Conceptul II al supraprotezelor cu sprijin implantar la mandibulă:
A. se indică pe creste reziduale mai înguste, arciforme, cu atrofie medie
B. supraproteza are o menţinere şi stabilizare nu foarte bună şi basculează
C. presupune inserarea a 3 - 5 implante interforaminal
D. supraproteza are o menţinere şi stabilizare bună şi nu basculează
E. toate raspunsurile sunt corecte
R: A, C, D

13. Conceptul II al supraprotezelor cu sprijin implantar la mandibulă:
A. condiţiile de igienă sunt foarte bune
B. condiţiile de igienă sunt deficitare
C. necesită dispensarizare datorită sprijinului mixt
D. sprijinul este mixt, extinderea protezei pe crestele edentate rămâne la latitudinea medicului
E. nu intotdeauna supraprotezele cu sprijin implantar au nevoie de dispensarizare
R: A, C, D

14. Conceptul III al supraprotezelor cu sprijin implantar la mandibulă:
A. se poate aplica pacienţilor ce prezintă câmpuri protetice cu oferte osoase bune interforaminai şi creste atrofiate în zonele de sprijin
B. se confecţionează ulterior o supraproteză cu sprijin implantar sau o proteză parţială fixă mobilizabilă de către pacient
C. se in seră 4 - 6 implante endoosoase interforaminal
D. igiena este deficitara
E. nici un raspuns nu este corect
R: A, B, C

15. Conceptul IV al supraprotezelor cu sprijin implantar la mandibulă:
A. implántele se solidarizează cu o bară şi o supraprotezare
B. se inseră 4-6 implante endoosoase interforaminal
C. se poate aplica la câmpuri protetice cu ofertă osoasă bună şi relaţii Inter maxilare acceptabile
D. igiena este deficitara
E. nici un raspuns nu este corect
R: A, B, C

16. Conceptul I al supraprotezelor cu sprijin implantar la maxilar:
A. se recomandă a fi aplicat în cazuri de atrofii marcante ale suportului osos maxilar, când retenţia unei proteze totale tradiţionale este total compromisă
B. se inseră două implante, de obicei în regiunea canină unde, de cele mai multe ori există un segment vertical optim de os
C. pacienţii trataţi astfel necesită o dispensarizare riguroasă
D. pacienţii trataţi astfel nu necesită o dispensarizare
E. nici un raspuns nu este corect
R: A, B, C

17. Conceptul I al supraprotezelor cu sprijin implantar la maxilar:
A. pacienţii trataţi astfel necesită o dispensarizare riguroasă

B. igienizarea fiind dificilă
C. pacienţii trataţi astfel nu necesită o dispensarizare
D. se recomandă a fi aplicat în cazuri de atrofii marcante ale suportului osos maxilar, când retenţia unei proteze totale tradiţionale este total compromisă
E. toate raspunsurile sunt corecte
R: A, B, D

18. Conceptul II al supraprotezelor cu sprijin implantar la maxilar:
A. proteza are un sprijin mixt şi poate fi fenestrată
B. la pacienţii trataţi nu este obligatorie dispensarizarea
C. dispensarizarea este obligatorie
D. aceşti pacienţi nu prezinta atrofii
E. aceşti pacienţi au o rezervă osoasă corespunzătoare unei atrofii medii
R: A, C, E

19. Conceptul III al supraprotezelor cu sprijin implantar la maxilar:
A. supraproteza are sprijin pur implantar fiind răscroită complet
B. nu prezinta stabilitate buna
C. are o stabilitate mare
D. poate fi igienizată corect fiind mobilizată de către pacient
E. nici un rapuns nu este corect
R: A, C, D

20. Conceptul IVal supraprotezelor cu sprijin implantar la maxilar:
A. după osteointegrarea implantelor se realizează supraprotezarea fixată prin înşurubare
B. nu se astepta perioada de osteointegrare a implantelor pentru realizarea supraprotezei
C. igienizarea profesională se efectuează periodic de către medic
D. igienizarea nu este necesara
E. toate raspunsurile sunt corecte
R: A, C

21. Etapa de dispensarizare a pacientului protezat pe implanturi:
A. această etapă vizează evaluarea implantelor şi a ţesuturilor periimplantare
B. parametrii biomecanici ai protezei realizate
C. parametrii funcţionali ai protezei realizate
D. parametrii biologi ai protezei realizate
E. nici un raspuns nu este corect
R: A, B, C, D

22. Verificarea relaţiei implant-ţesut periimplantar:
A. modificări ale gingiei din jurul implantului
B. mobilitatea implantului
C. pierderi osoase importante
D. nu intereseaza pierderile osoase
E. prezenta dureri
R: A, B, C, E

23. Care din urmatoarele afirmatii sunt adevarate:
A. sângerarea la examinare este semnul unei resorbţii osoase
B. parametrii radiologici de evaluare pot decela succesul sau insuccesul terapeutic
C. sângerarea poate fi declanşată mecanic şi la examinarea ţesuturilorsănătoase
D. sângerarea nu apare la examinarea tesuturilor sănătoase
E. nu putem evalua corect dupa parametrii radiologici
R: A, B, C

24. Care din urmatoarele afirmatii sunt adevarate:
A. opierdere medie de 1,5 mm din marginea osoasă se produce în primul an după aplicarea suprastructurii protetice
B. in primul an nu apare pierdere osoasa in primul an după aplicarea suprastructurii protetice
C. sângerareapoate fi simptomul principal al unei inflamaţii gingivale
D. nu apare sângerare in inflamaţiile gingivale
E. toate raspunsurile sunt corecte
R: A, C

25. Smith şi Zarb propun următoarele criterii pentru succesul unui implant dentar osteointegrat:
A. lipsa, mobilităţii implantului la testarea clinică
B. o pierdere verticală a osului mai mică de 0.2 mm pe an
C. fara pierdere verticală a osului
D. lipsa durerii persistente
E. prezenta durerii
R: A, B, D

26. Smith şi Zarb propun următoarele criterii pentru succesul unui implant dentar osteointegrat:
A. rata de succes de 85% după 5 ani de la încărcarea protetică a implantului dentar
B. design-ul implantului să nu împiedice realizarea unei restaurări protetice fixe sau mobile satisfacătoare
C. lipsa durerii persistente, a disconfortului sau a procesului infecţios
D. lipsa, mobilităţii implantului la testarea clinică
E. prezenta durerii
R: A, B, C, D

27. Succesul implanto-protetic final este dependent de:
A. o planificare riguroasă a implanturilor în acord cu cea protetică
B. o planificare riguroasă a implanturilor în acord cu oferta osoasă
C. mucoasă existentă sau restabilirea după parametrii anatomici ideali a situs-urilor construite
D. reabilitarea relaţiilor mandibulo-craniene
E. nici un raspuns nu este correct
R: A, B, C, D

28. Supraprotezarea pe implante în cadrul edentaţiei totale oferă:
A. cadrul optim de reabilitare prin refacerea funcţiilor pierdute
B. joacă un rol deosebit de important in estetică

C. joacă un rol deosebit de important functional
D. profund impact asupra psihicului pacientului
E. nu are impact asupra psihicului pacientului
R: A, B, C, D

29. Care din urmatoarele afirmatii sunt adevarate:
A. adâncimea şanţului periimplantar din jurul unui implant sănătos este în medie de 1,3 -3,8 mm
B. modificări în timp ale valorilor medii pot indica o activitate patologică
C. sângerareala examinare este semnul unei resorbţii osoase sau a unui şanţ periimplantar adânc
D. sângerarea si durerea nu sunt semne importante in implantologie
E. pierderi osoase progresive care depăşesc limitele medii pot indica o viitoare pierdere a implantului
R: A, B, C, E

30. Conceptul VI al supraprotezelor cu sprijin implantar la maxilar:
A. nu se astepta perioada de osteointegrare a implantelor pentru realizarea supraprotezei
B. igienizarea profesională se efectuează periodic de către medic
C. după osteointegrarea implantelor se realizează supraprotezarea fixată prin înşurubare
D. igienizarea nu este necesara
E. toate raspunsurile sunt corecte
R: B, C

31*. Lungimea medie a arcului maxilar este de:
A. 128mm
B. 140mm
C. 132mm
D. 155mm
E. 126mm
R: A

32. Conceptul de stabilitate ocluzală implica intricarea a trei factori:
A. Determinantul anterior (dentar)
B. Determinantul funcțional (neuromuscular)
C. Determinantul posterior (articular temporo-mandibular)
D. Determinantul functional (muscular)
E. Toate raspunsurile sunt corecte
R: A, B, C

33. Grupele musculare responsabile de menținerea poziției de postura sunt in principal:
A. Mușchiul temporal
B. Mușchiul stilohioidian
C. Mușchiul temporal
D. Pantecul posterior al digastricului
E. Pantecul anterior al digastricului
R: B, D

34. Poziția de intercuspidare maximă:
A. Asigură stabilitatea mandibulei față de maxilar
B. Permite contracția simetrică, egală și maximă a mușchilor ridicători ai mandibulei
C. Orientează forțele ocluzale în axul lung al dinților
D. Anulează și compensează forțele orizontale
E. Permite contracția simetrică și egală a mușchilor coborâtori ai mandibulei
R: A, B, C, D

35. Irigarea cu apă concomitent cu șlefuirea dintilor are avantajul că:
A. Răcește suprafața dintelui
B. Produce modificări ireversibile la nivelul pulpei dentare
C. Îndepartează detritusurile
D. Previne desicarea dentinei
E. Realizeaza hibridizarea dintelui
R: A, C, D

36. Indicațiile devitalizării preprotetice sunt:
A. Dinți cu risc mare de a prezenta/dezvolta inflamație ireversibilă sau necroză pulpara
B. Leziuni carioase sau obturații voluminoase
C. Deschiderea accidentală a camerei pulpare
D. Apariția inflamației pulpare după prepararea dentelui
E. Teste de vitalitate pozitive
R: A, B, C, D

37. Evitarea lezării accidentale a dinților vecini în timpul preparării se asigură prin următoarele metode:
A. Utilizarea icurilor de lemn sau plastic aplicate interdentar
B. Matrice metalică de protecție aplicate interdentar
C. Menținerea unei margini proximale de smalț (tehnica slice cut)
D. Utilizarea unor freze foarte subtiri sau instrumente de mână pentru separația proximală
E. Utilizarea prealabilă a separatoarelor interdentare utilizate în ortodontie
R: B, C, D, E

38. La preparația pentru inlay și onlay ceramic:
A. Marginile cavității nu se bizotează și se poziționează la 1,5-2 mm față de contactul ocluzal
B. Adancimea preparației este de minim 2mm
C. Lațimea vestibulo-orala a preparației trebuie să fie de cel putin 1,5mm
D. Pereții axiali ai cavității trebuie să fie divergenți spre ocluzal cu 6-10 grade
E. Peretele pulpar se realizează plan sau ușor concav
R: A, D, E

39. Amprentarea în protetica fixă se clasifică în:
A. Amprente unitare
B. Amprenta sectorială
C. Amprenta de hemiarcadă
D. Amprenta globală

E. Amprenta totală
R: A, B, C, D

40. Zonele critice ale amprentelor, în care orice eroare compromite calitatea finală a restaurărilor protetice sunt:
A. Suprafețele ocluzale ale dinților vecini
B. Limita cervicală a preparațiilor
C. Suprafețele proximale ale dinților vecini
D. Suprafețele ocluzale ale dinților antagoniști
E. Suprafețele proximale ale dinților antagoniști
R: B, C, D

41. Metodele de evicțiune gingivală sunt următoarele:
A. Metoda chemo-mecanică
B. Metoda chiuretajului rotativ
C. Metoda electrochirurgicală
D. Metoda laserului
E. Metoda electro-chimica
R: A, B, C, D

42. Avantajele siliconiilor de condensare sunt:
A. Timp de priză scurt
B. Radioopac
C. Gust neutru
D. Inodor
E. Contracție de priza minimă
R: A, C, D

43. Dezavantajele polieteriilor sunt:
A. Hidrofili
B. Timp de priză scurt
C. Rigiditate foarte mare
D. Imbibiție
E. Scumpi
R: C, D, E

44*. Principala calitate pe care trebuie să o indeplinească lingurile standard este:
A. Elasticitatea
B. Rigiditatea
C. Rezistența
D. Fidelitatea
E. Retenție
R: B

45. Portamprentele individuale se pot realiza din:
A. Acrilat autopolimerizabil

B. Rașini termoplastice
C. Rașini compozite
D. Poliesteri
E. Compozite fotopolimerizabile
R: A, B, D, E

46. Amprenta de spălare (wash-technique):
A. Este o tehnica într-un singur timp
B. Este o tehnica în doi timpi
C. Folosește un singur material într-o singură consistența
D. Folosește materiale de consistențe diferite (chitoasă și fluidă)
E. Se utilizează deseori în implantologie
R: B, D

47. Defectele invizibile ale amprentelor pot fi cauzate de:
A. Reculul lingurii și al amprentei
B. Desprinderea invizibilă a amprentei de lingură
C. Fuga materialului fluid
D. Deformarea permanentă
E. Dezinfecția incorectă
R: A, B, D, E

48. Substanțele folosite pentru dezinfecția amprentelor sunt urmatoarele:
A. Glutaraldehida 2%
B. Iodoform
C. Acid fluorhidric
D. Hipoclorit de sodiu
E. Fenoli
R: A, B, D, E

49. Caracteristicile cimentului ideal sunt următoarele:
A. Timp de lucru scurt si timp de priză lung
B. Să furnizeze o bună sigilare
C. Să nu fie toxic pentru pulpa
D. Să fie tixotrop
E. Să fie usor de manipulat
R: B, C, D, E

50*. Aplicarea gelurilor HF de 4-5% pe ceramici pe bază de disilicat de litiu se face timp de:
A. 30s
B. 20s
C. 60s
D. 120s
E. 40s
R: B

51. Cauzele locale dobândite ale edentației parțiale întinse sunt:
A. Diabetul zaharat
B. Caria și complicațiile ei
C. Iatrogenia
D. Osteoporoza senilă
E. Osteomielitele maxilare
R: B, C, E

52. Cauzele generale dobândite ale edentației parțiale întinse sunt:
A. Diabetul zaharat
B. Rahitism
C. Osteoporoza senilă
D. Nevralgia de trigemen
E. Boala de focar
R: A, B, C

53*. În edentația parțială întinsa insuficiența funcționala se clasifică în:
A. Masticatorie
B. A funcției fizionmice
C. A funcției fonetice
D. A funcției de deglutiție
E. Toate raspunsurile sunt corecte
R: E

54. Într-o ocluzie normala ideală contactele dento-dentare ar trebui să fie de tipul:
A. Margine incizală – suprafată palatinală
B. Cuspid – fosetă
C. Cuspid – ambrazură
D. Margine incizală – ambrazură
E. Nici un raspuns nu este corect
R: A, B, C

55. ATM poate fi investigată paraclinic utilizând:
A. Radiografia retroalveolara
B. Artrografia temporo-mandibulara
C. Artroscopia cu fibră optică
D. Tomografia
E. Rezonanța magnetică nucleară
R: B, C, D, E

56. Ocluzia dentară poate fi examinată prin:
A. Examen gnatoscopic
B. Examen gnatofonic
C. Analiza T-Scan
D. Scintigrafia osoasă
E. Tomodensitometria

R: A, B, C

57. În diagnosticarea disfuncțiilor stomatognatice este necesară trasarea următoarelor planuri:
A. Frankfurt
B. Simon
C. Dreyfus
D. Camper
E. Unghiul Hadjean
R: B, C, E

58. Proteza parțială acrilică este compusă din urmatoarele elemente:
A. Șeile protezei
B. Arcada dentară artificială
C. Conectorul principal
D. Conectorul secundar
E. Elementele de menținere, sprijin și stabilizare
R: A, B, C, E

59. Funcțiile croșetelor turnate sunt:
A. Menținere
B. Stabilizare
C. Sprijin
D. Încercuire
E. Recurenta
R: A, B, C, D

60. Sistemul de croșete Ney cuprinde:
A. Croșetul Ney numărul 1
B. Croșetul in C
C. Croșetul Ney numărul 2
D. Croșetul Ney combinat 1-2
E. Croșetul numărul 3
R: A, C, D, E

61. Dezavantajele sistemelor speciale de menținere, sprijin și stabilizare ale protezelor parțiale scheletate sunt:
A. Se depreciază greu
B. Sunt laborioase
C. Necesita exigențe in execuție și materiale speciale, uneori dificil de procurat
D. Tehnica executării lor este dificilă, aplicarea lor necesitând o instruire specială a întregii echipe stomatologice
E. Necesită preparări complexe impunand devitalizarea dinților suport
R: B, C, D, E

62. Telescoparea se poate realiza:
A. Coronar

B. Radicular
C. Corono-radicular
D. Pe un dinte stâlp
E. Pe mai mulți dinți stâlpi
R: A, B, C

63. Dezavantajele coroanelor telescopate:
A. Nu favorizează acumularea plăcii dentare
B. Sunt costisitoare
C. Presupun o supraspecializare a tehnicianului și supradotarea laboratorului
D. Nu se pot aplica pe dinții tinerilor, chiar dacă situația clinică o cere
E. Asigura "imobilizarea activă" secundară a dinților acoperiți
R: B, C, D

64. Croșetele disjunctoare sunt:
A. Croșetul in formă de balansoar
B. Croșetul lui Thompson
C. Croșetul Stahl
D. Croșetul cu acțiune contrară
E. Croșetul cu extremitate liberă Rigolet
R: A, B, D, E

65. Principalele mișcari care se realizaza în cursul amprentării câmpului protetic pentru realizarea unei proteze parțiale mobilizabile scheletate sunt:
A. Mișcari funcționale
B. Mișcari nefuncționale
C. Mișcari funcționale neautomatizate
D. Mișcari funcționale automatizate
E. Mișcari nefuncționale neautomatizate
R: B, C, D

66. Amprentele funcționale compresive:
A. Sunt rezervate câmpurilor protetice moi
B. Utilizează port-amprente rezistente
C. Utilizează port-amprente la distanța
D. Se folosesc materiale cu vâscozitate ridicată
E. Se folosesc materiale fluide
R: B, D

67. Amprentele funcționale decompresive:
A. Se adresează câmpurilor protetice dure
B. Se adresează câmpurilor protetice moi
C. Utilizează port-amprente rezistente
D. Utilizează port-amprente la distanța
E. Utilizeaza materiale fluide
R: B, D, E

68. În cadrul port-amprentelor individuale, port-amprentele complet distanțate:
A. Se utilizează când urmează a fi folosite materiale vâscoase
B. Pastrează contactul cu câmpul protetic pe o distanța de 3mm de la periferia acestuia
C. Butoni de distanțare se plasează in dreptul incisivilor laterali și al molarilor de 6 ani pe fața mucozală
D. Butoni de distanțare se plasează in dreptul molarilor de 12 ani pe fața mucozală
E. Se utilizează când urmează a fi folosite materiale fluide
R: A, C

69. In cursul amprentării funcționale mișcarile sunt efectuate de către:
A. Medic
B. Pacient
C. Medic, pacient si tehnician
D. Tehnician
E. Tehnician si medic
R: A, B

70. Testele lui Franz Herbst pentru maxilar sunt următoarele:
A. Deschiderea ușoara a gurii
B. Deschiderea larga a gurii
C. Surâs forțat
D. Sugere
E. Suflat
R: A, B, C, D

71. Testele lui Franz Herbst pentru mandibula sunt:
A. Umezirea roșului buzelor
B. Aducerea limbii către nas
C. Deglutiție
D. Deschiderea larga a gurii
E. Test fonetic “a”, “ah”
R: A, B, C, D

72. Determinarea relației centrice in proteza parțiala mobilizabilă scheletata se poate realiza prin:
A. Metoda homotropismului lingomandibular
B. Metoda deglutiției
C. Metoda Patterson
D. Metoda deschiderii largi a gurii
E. Metoda fluieratului
R: A, B, C

73. Principalele repere necesare alegerii dinților artificialei pentru proteza parțiala mobilizabilă scheletata sunt următoarele:
A. Linia mediana
B. Linia caninilor

C. Linia premolarilor
D. Linia surâsului
E. Linia incisivilor laterali
R: A, B, D

74. Adapatrea protezei parțiale mobilizabile este:
A. Adaptarea imediată
B. Adaptarea primară
C. Adaptarea secundară
D. Adaptarea precoce
E. Adaptarea tardivă
R: A, B, C, E

75*. Adaptarea primară a protezei parțiale mobilizabile:
A. Se realizeaza in prima săptămâna după inserția protezei
B. Se realizeaza in primele 30 zile după inserția protezei
C. Se realizeaza dupa 30 zile de la inserția protezei
D. Dureaza 30 zile după inserția protezei
E. Se realizeaza in prima zi
R: A

76. Elementele de morfologie dentară cu rol de sprijin al ocluziei sunt:
A. Cuspizii vestibulari ai premolarilor și molarilor inferiori
B. Marginile libere ale caninilor inferiori și cele incizale ale incisivior inferiori
C. Cuspizii palatinali ai premolarilor și molarilor superiori
D. Cuspizii vestibulari ai premolarilor și molarilor superiori
E. Cuspizii palatinali ai premolarilor și molarilor inferiori
R: A, B, C

77. Pentru stopurile de clasa I-a:
A. Marginile libere ale frontalilor inferiori se sprijină pe fețele palatinale ale grupului frontal superior, infracingular
B. Cuspizii premolarilor și cei meziali ai molarilor realizează puncte de sprijin cu creasta marginală ale omologului și cea distală a dintelui situat mezial de acesta
C. Cuspizii distali ai molarilor secunzi și ai celor de minte și cuspidul centro-vestibular al molarului prim inferior contactează tripodic cu foseta centrală antagonistă
D. Cuspizii palatinali ai premolarilor și molarilor contactează fosetele distale ale dinților omologi inferior
E. Marginile libere ale frontalilor superiori se sprijină pe fețele linguale ale grupului frontal inferior, supracingular
R: B, C

78*. Contactele care determină devieri ale mandibulei în cursul propulsiei se numesc:
A. Inteferențe
B. Overjet
C. Overbite

D. Contact prematur
E. Ghidaj
R: A

79*. Dacă poziția cap la cap este susținută de un singur dinte vorbim de:
A. Interferențe
B. Contact prematur
C. Ghidaj
D. Overjet
E. Overbite
R: B

80*. Panta tuberculului articular are o înclinație de:
A. 5-50º
B. 5-55º
C. 6-60º
D. 33º
E. 45º
R: B

81*. Lungimea pantei tuberculului articular este în medie de:
A. 9 mm
B. 10 mm
C. 15 mm
D. 3 mm
E. 12 mm
R: A

82. Condilul mandibulei:
A. Are formă ovalară
B. Are formă elipsoidală
C. Dimensiunea transversală este de 8-20 mm
D. Dimensiunea verticală este de 8-20 mm
E. Antero-posterior are o dimensiune de 8-10 mm
R: B, C, E

83*. Prelungirea axelor lungi condiliene formează un unghi deschis anterior, cu valori cuprinse între:
A. 150-160º
B. 140-160º
C. 90-180º
D. 120-150º
E. 180-200º
R: B

84. Meniscul articular al ATM:

A. Are formă de lentilă biconcavă
B. Este avascular
C. Are formă de lentila convexă
D. Nu prezintă fibre nervoase în zona centrală supusă presiunilor
E. Nu este o structură a ATM
R: A, B, D

85. Rolul meniscului articular al ATM este multiplu:
A. Transformă cele TREI suprafețe articulare în congruente
B. Separă cavitatea articulară în două compartimente
C. Facilitează propulsia mandibulei
D. Are rol de tampon,
E. Amortizează presiunile exercitate asupra articulațiilor
R: B, C, D, E

86. Ligamentele care limitează, alături de musculatură, mișcarile extreme posibile în ATM sunt:
A. Ligamentul temporomandibular
B. Ligamentul circular
C. Ligamentele colaterale
D. Ligamentul sfenomandibular
E. Ligamentul stilomandibular
R: A, C, D, E

87. Printe mușchii mobilizatori ai mandibulei responsabili de mișcările mandibulei se înumără:
A. Mușchiul temporal
B. Mușchiul sternocleidomastoidian
C. Mușchiul maseter
D. Pântecul anterior al digasticului
E. Pântecul posterior al digasticului
R: A, C, D

88. Mușchii în relație directă cu funcția ATM, cei pe care Slavicek îi denumește ca fiind ai sistemului cranio-mandibular sunt:
A. Porțiunea profundă a maseterului
B. Fascicolul superior al mușchiului pterigoidian lateral
C. Fascicolul anterior al mușchiului temporal
D. Portiunea anterioara a temporalului
E. Portiunea profunda a pterigoidianului
R: A, B, C

89*. În poziția fiziologică de postură, între arcadele dentare se poate evidenția o inocluzie de:
A. 1,2-4 mm
B. 2-4 mm
C. 2 mm
D. 4 mm
E. 1,2 mm

R: A

90. Freeway space este cunoscut în literatura proteică ca fiind:
A. Spațiul din poziția de relație centrică
B. Spațiul liber interdentar din poziția de postură
C. Inocluzia de 1,2-4 mm din poziția de postură
D. Inocluzia de 2 mm din poziția de repaus
E. Spațiul din poziția de intercuspidare maximă
R: B, C

91*. Intercuspidarea maximă coincide cu poziția de relație centrică a mandibulei (point centric) în:
A. 14% din cazuri
B. 12% din cazuri
C. 40% din cazuri
D. 80% din cazuri
E. 5% din cazuri
R: B

92. În relație centrică, intercuspidarea maximă se caracterizează prin urmatorii parametri ocluzologici:
A. Situarea orală a cuspizilor linguali în raport cu cei palatinali
B. Circumscrierea cuspizilor vestibulari inferiori de către cei superiori
C. Fețele distale ale ultimilor molari se află în raport mezializat
D. Cheia de ocluzie a lui Angle
E. Prezența unitaților masticatorii
R: A, B, D, E

93*. Alunecarea sagitală a mandibulei, cu contactare dentară, din poziția de relație centrică în cea de intercuspidare maximă poartă denumirea ocluzologică de:
A. Long centric
B. Point centric
C. Wide centric
D. Freedom in centric
E. Freeway space
R: A

94*. Alunecarea sagitală a mandibulei are loc pe o suprafața de:
A. 1,25-1,5 mm
B. 1-5 mm
C. 2mm
D. 2-4mm
E. 1,4-1,6 mm
R: A

95. Examenul ocluzal “static” constă in evaluarea rapoartelor ocluzale în plan:

A. Vertical
B. Transversal
C. Sagital
D. Orizontal
E. Vertical si orizontal
R: A, B, C

96. Poziția miocentrică:
A. Poate fi identificată prin stimularea electrică bilaterală a musculaturii ridicătoare a mandibulei
B. Poate fi identificată utilizand un aparat denumit miomonitor
C. Poate fi identificată prin palpare
D. Are loc undeva în zona long centric-ului
E. Poate fi identificată prin stimularea electrică a musculaturii coborâtoare a mandibulei
R: A, B, D

97. Clasificarea mișcarilor mandibulei după direcția traiectoriei deplasărilor mandibulei este:
A. Sagitale
B. Transversale
C. Verticale
D. Antero-laterale
E. Antero-posterioare
R: A, B, C

98. Clasificarea mișcarilor mandibulei după amplitudine este:
A. Limită
B. Extreme
C. Functionale
D. Fonetice
E. Estetice
R: A, B, C

99. Clasificarea mișcarilor mandibulei după contactarea dentară este:
A. Cu contactare dento-alveolara
B. Cu contactare dento-dentară
C. Fară contactare dento-dentară
D. Fară contactare dento-alveolară
E. Cu contactare dento-dentara și dento-alveolară
R: B, C

100. Clasificarea mișcarilor mandibulei după criteriul combinării mișcarilor este:
A. Antero-laterale
B. Deschidere și propulsie
C. Deschidere și lateralitate
D. Propulsie și lateralitate
E. Antero-posterioare

R: A, B, C

EDENTATIA PARTIALA REDUSA

1. Caracteristicile generale ale protezelor fixe sunt:
A. prezinta sprijin parodontal si/sau osos
B. deplasarile functionale ale lucrarilor protetice fixe sunt egale sau mai mici fata de cele ale dintior naturali
C. sunt fixate permanent la nivelul unor dinti restanti sau implanturi dentre
D. nu prezinta sprijin parodontal si/sau osos
E. au volum aproxinativ egal cu cel al dintilor restanti
R: A, B, C, E

2. Fatetele:
A. se pot realiza cu preparatie vestibulara
B. se pot realiza cu preparatie vestibulara si lingual
C. se pot realiza cu preparatie vestibulara, lingual si proximala
D. fatete fara preparative segmentara
E. se pot realiza fara preparatie
R: A, B, D, E

3. Care din urmatoarele afirmatii sunt adevarate:
A. puntile dentare nu se folosesc in cazul protezarii bresei edentate
B. o punte dentara poate prezenta mai multe corpuri de punte
C. protezele fixe unidentare sunt realizate pentru tratamentul sau prevenirea aparitiei unor afectari dento-parodontale
D. protezele fixe unidentare se pot realiza pe dinti naturali sau implanturi dentare
E. protezele totale fixe nu prezinta potential bun de integrare morfo-functionala
R: B, C, D

4. Abraziunea:
A. uzura provocata printr-un periaj incorect – excesiv
B. uzura provocata mecanic la distanta de locul exercitarii fortelor
C. provocata de materiale restauratorii antagoniste excesiv de dure
D. mecanism eroziv
E. provocata de materiale rugoase
R: A, C, E

5. Atritia:
A. provocata de bruxism sau alte parafuctii ocluzale
B. uzura provocata de o structura minereala deficitara a smaltului si sau dentine
C. uzura provocata de materiale rugoase
D. uzura prin suprasolicitare
E. mecanism eroziv
R: A, B, C

6. Uzura dentara patologica de cause chimice:
A. hiperaciditatea din boala de reflux gastro-esofagian
B. regim alimentar hiperacid
C. mecanism eroziv
D. uzura prin suprasolicitare
E. provocata de materiale rugoase
R: A, B, C

7. Abfractia:
A. pierderea de substanta dura dentara
B. la distanta de locul exercitarii fortelor
C. regim alimentar hiperacid
D. hiperaciditatea din boala de reflux gastro-esofagian
E. provocata de materiale rugoase
R: A, B

8. Uzura:
A. poate interesa doar smaltul
B. poate interesa doar dentina
C. poate fi localizata sau generalizata
D. merge pana la reducerea semnificativa a inaltimii coronare cu sau fara deschiderea camerei pulpare
E. poate expune insule de dentina pana la disparitia complete a smaltului ocluzal
R: A, C, D, E

9. Care sunt cele patru criterii diagnostice utilizate in clasificarea ACP (American College of Prosthodontists):
A. intinderea si topografia breselor
B. starea dintilor stalpi
C. raporturile ocluzale
D. creste edentate
E. starea oaselor maxilare
R: A, B, C, D

10. Care sunt cele patru clase care se incadreaza in criteriile diagnostice utilizate in clasificarea ACP (American College of Prosthodontists):
A. ideal sau afectare minima
B. afectare moderata
C. afectare substantial
D. afectare severa
E. afectare majora
R: A, B, C, D

11. Care sunt principiile de preparare a dintilor pentru protezarea fixa unidentara:
A. terapeutic
B. chimic

C. biologic
D. mecanic
E. estetic
R: C, D, E

12. Conservarea structurilor dure dentare se obtine prin:
A. convergenta ocluzala a preparatiei ideala la 6 grade
B. alegerea unor restaurari fixe unidentare minim invazive in suprafata si profunzime
C. alegerea unor restaurari fixe unidentare mixte
D. instrumentar rotativ adecvat ca forma dimensiune si granulatie
E. convergenta ocluzala a preparatiei ideala la 21 grade
R: A, B, D

13. Mentinera vitalitatii pulpare la nivelul dintilor preparati:
A. asigurarea protectiei terimice si mecanice in timpul prepararii
B. evitarea agresiunilor fizico-chimice
C. este necesara protezarea provizorie
D. nu este obligatorie preparerea cu gacire
E. protezarea provizorie se face in functie de dorintelepacientului
R: A, B, C

14. Evitarea lezarii accidentale a dintilor vecini in timpul prepararii :
A. proximal utilizarea frezelor subtiri
B. utilizarea matricei de celuloid interdentar
C. mentinerea unei margini proximale de smalt (tehnica slice cut)
D. utilizarea matricei de metal interdentar
E. proximal utilizarea frezelor cu diametru si granulatie mare
R: A, C, D

15. Protectia parodontiului marginal se asigura prin:
A. adaptare marginala precisa
B. limita cervicala a preparatiei sa fie supragingivala
C. relatii ocluzale functionale
D. relatii ocluzale estetice
E. contacte proximale stranse
R: A, B, C

16. Urmatoarele afirmatii sunt adevarate:
A. un contact proximal prea puternic face insertia restaurarii dificila sau imposibila
B. un contact proximal prea puternic face insertia restaurarii usor de adaptat proximal
C. un contact proximal prea slab sau inexistent permite patrunderea si retentia alimentelor interdentar
D. un contact proximal prea slab sau inexistent ajuta la eliberarea alimentelor interdentareretentionate si protejeaza papila dentara
E. un contact proximal prea slab sau inexistent permite aparitia inflamatiei gingivale
R: A, C, E

17. Cauzele supraconturarii axiale include:
A. limita cervicala suficient preparata
B. prepararea insuficienta a fetelor axiale
C. nerespectarea morfologiei natural
D. limita cervicala pregatita insuficient
E. lipsa reproduceriipe restaurarile protetice a santului interradicular la molarii mandibulari la care acesta este vizibil
R: B, C, D, E

18. Avantajele plasarii limitei cervicale a preparatiei:
A. prezinta o mai mare exactitate
B. permite controlul igienizarii zonei de tranzitie dento-parodontale
C. nu prezinta o mai mare exactitate
D. vizibilitate in timpul fazelor clinice
E. nu prezinta o vizibilitate mai buna in timpul fazelor clinice
R: A, B, D

19. Indicatiile plasarii limitei preparatiei subgingival:
A. prezenta unor leziuni/obturatii subgingivale care trebuie inglobate in restaurare
B. in cazul leziunilor/obturatiilor subgingivale nu este obligatoriu plasarea limitei preparatiei subgingival
C. localizarea apicala a contactului proximal
D. prezenta hiperesteziei dentinare
E. igiena dentara necorespunzatoare
R: A, C, D, E

20. Indicatiile plasarii limitei preparatiei subgingival sunt:
A. ratiuni estetice
B. igiena dentara necorespunzatoare
C. conditii de retentive si stabilitate insuficiente
D. accesul si vizibilitate dificila
E. indicele de carie crescut
R: A, B, C, E

21. Dezavantajele plasarii limitei cervicale subgingival sunt:
A. masuri suplimentare de control al fluidelor bucale in faza de cimentare finala
B. lezarea accidental a insertiei epiteliale
C. evita lezarea accidental a parodontiului marginal
D. ratiuni estetice
E. igiena dentara necorespunzatoare
R: A, B

22. Retentia protezelor fixe este influientata de:
A. grosimea peliculei de ciment
B. geometria preparatiei

C. materialul de restaurare
D. anatomia dintilor vecini
E. prezenta succiuni intre cele doua componente (bont-proteza fixa)
R: A, B, C

23*. Mentinerea se refera la:
A. caracteristicele preparatiei dentare care se opun fortelor cu component orizontala
B. caracteristicele preparatiei dentare care se opun desprinderii restaurarilor in axul de insertie
C. caracteristicele preparatiei dentare care se opun deformarii sau uzurii
D. caracteristicele preparatiei dentare care se opundesprinderii materialele structurate
E. caracteristicele preparatiei dentare care se opun fracturarii materialelor derestaurare
R: B

24. Stabilitatea este :
A. direct proportionala cu inaltimea preparatiei
B. direct proportionala cu diametrul bontului protetic si convergenta ocluzala a preparatiei
C. invers proportionala cu diametrul bontului protetic si convergenta ocluzala a preparatiei
D. invers proportionala cu inaltimea preparatiei
E. toate raspunsurile sunt corecte
R: A, C

25. Argintul nu poate fi utilizat in asociere cu ceramica deoarece:
A. este instabil
B. are o duritate ridicata
C. poate modifica culoarea ceramici de placaj spre verde
D. poate modifica culoarea ceramici de placaj spre albastru
E. toate raspunsurile sunt corecte
R: A, C

26. Principiul estetic de preparare:
A. asigurarea unei grosimi maxime a ceramici
B. asigurarea unei grosimi minime a ceramic
C. suprafete ocluzale de ceramic
D. vizibilitate minima a metalului
E. vizibilitate maxima a metalului
R: A, C, D

27. Instrumentarul utilizat in prepararea dintilor pentru proteze fixe include:
A. diamantate pentru turbine conice cu diametrul maxim 1-2mm in functie de latimea pragului
B. pietre Arcansas
C. gume pentru finisare
D. freze special pentru santurile de ghidaj
E. nici un raspuns nu este correct
R: A, B, C, D

28. Obiectivele generale ale preparatiilor pentru protezele fixe sunt:

A. asigurarea spatiului suficinet din punct de vedere functional si estetic pentru tipul de material
B. asigurarea unei axe unice de insertie
C. asigurarea ficarui dinte a unei axe de insertie
D. crearea unei limite cervicale care sa asigure etanseitate, rezistenta si estetica corespunzatoare tipului de material utilizat
E. asigurarea unui spatiu minim din punct de vedere functional pentru tipul de material
R: A, B, D

29. Geometrial limitei cervicale variaza in functie de:
A. tipul restaurarii
B. tehnica de preparare
C. tehnica de finisare
D. tehnica de fixare
E. materialul de restaurare
R: A, D, E

30. Reconstituirea corono-radiculara:
A. este o piesa protetica intermediara care reface un bont protetic in vederea acoperiri cu o corona totala
B. este o piesa protetica intermediara care reface un bont protetic in vederea acoperiri cu o fateta estetica
C. poate fi realizata in laboratorul de tehnica dentara din materiale nobile,
D. poate fi realizata in laboratorul de tehnica dentara din materiale nenobile sau titan
E. poate fi realizata direct de catre medic cu dispozibive radiculare prefabricate si rasini composite pentru restaurari coronare
R: A, C, D, E

31. La prepararea pentru inlay si onlay ceramic:
A. se rotunjesc toate unghiurile de intalnire dintre peretii cavitatii
B. unghiurile de intalnire dintre peretii cavitatii raman drepti
C. marginile cavitatii se bizoteaza
D. marginile cavitatii nu se bizoteaza
E. adancimea preparatiei este de minim 1,5mm
R: A, D, E

32. Erorile preparatiilor pentruproteze dentare fixe:
A. spatiul functional insuficient
B. limita cervicala neclara
C. spatiul functional in exces
D. lipsa de ax de insertie din cauza fetelor proximale ale dintilor vecini
E. toate de mai sus sunt corecte
R: A, B, D

33. In etapa de amprentare a protezelor fixe, se transmit in laboratorul de tehnica dentara urmatoarele elemente:
A. suprafetele crestelor edentate

B. suprafetele dintilor vecini ai viitoarelor restaurari protetice
C. suprafetele dintilor omologi ai viitoarelor restaurari
D. relatiile dento-maxilare de ocluzie
E. suprafata rugilor palatine
R: A, B, C, D

34. Materialele de amprenta acceptate in amprentarea restaurarilor fixe sunt:
A. hidrocoloizi ireversibili
B. siliconi cu reactive de condensare
C. siliconi cu reactive de aditie
D. polieterii
E. toate de mai sus
R: B, C, D

35. Portamprentele standard:
A. pot fi confectionate din metal
B. pot ficonfectionate din mase plastic
C. pot fi confectionate din placa de baza
D. pot fi confectionate dincompozite fotopolimerizabile
E. toata de mai sus sunt adevarate
R: A, B

36. Portamprentele individuale:
A. pot fi confectionate din metal
B. pot ficonfectionate din mase plastic
C. pot fi confectionate din placa de baza
D. pot fi confectionate dincompozite fotopolimerizabile
E. toata de mai sus sunt adevarate
R: C, D

37. Portamprentele standard:
A. principalal calitate este rigiditatea
B. principalal calitate este elasticitatea
C. pot fi utilizate de mai multe ori
D. pot avea diferite dimensiuni
E. pot fi de unica folosinta
R: A, C, D

38. Portamprentele individuale:
A. principalal calitate este rigiditatea
B. principalal calitate este elasticitatea
C. pot fi utilizate de mai multe ori
D. pot avea diferite dimensiuni
E. pot fi de unica folosinta
R: A, D, E

39. Portamprentele individuale:
A. se confectioneaza in laboratorul de tehnica dentara
B. se confectioneza in cabinet
C. sunt realizate din acrilat autopolimerizabil
D. sunt realizate din rasini termoplastice
E. sunt realizate din metal
R: A, C, D

40. Tehnici de amprentare:
A. amprenta monofazica (single mix technique)
B. amprenta in dublu amestec
C. amprenta in trei timp
D. amprenta de spalare (wash-technique sau amprenta in doi timpi)
E. amprenta bimaxilara in acluzie
R: A, B, D, E

41. Amprenta de spalare (wash-technique sau amprenta in doi timpi):
A. se folosesc material de consintenta diferite (chitos si fluid)
B. repozitionarea gresita pe campul protetic a portamprentei cu materialul chitos si fluid in cadrul timpului doi
C. materialul fluid trebuie aplicat la nivelul dintilor preparati
D. materialul fluid trebuie aplicat pe tot campul protetic
E. se amprenteaza ambele arcade in acelasi timp
R: A, B, D

42. Amprenta dublului amestec:
A. este o amprenta in doi timpi
B. este o amprenta intr-un singur timp
C. vascozitatea celor doua material trebuie sa fie apropiate
D. un sigur material in consistente diferite care fac prize in acelasi timp
E. tehnica se preteaza pentru siliconi,polieteri, polisulfuri si hidrocoloizi revesibili
R: B, C, D, E

43. Amprenta monofazica:
A. o amprenta care foloseste un singur material, o singura consistenta, un singur timp
B. o amprenta care foloseste un singur material, doua consistente, un singur timp
C. o amprenta care foloseste un singur material, o singura consistenta, doi timpi
D. acest tip de amprenta nu se poate folisi in implantologie
E. acet tip de amprenta se foloseste deseori in implantologie
R: A, E

44. Amprenta optica:
A. elimina folosirea materialelor de amprenta
B. elimina folosirea portamprentelor

C. materialele indicate in acest tip de amprentare sunt polieterii
D. materialele indicate in acest tip de amprentare sunt siliconii
E. foloseste un scanner 3D
R: A, B, E

45. Controlul amprentei:
A. sa fie inregistrat cu precizie maxima limita cervicala a preparatiilor dintilor
B. inregistrarea corecta a suprafetelor acluzale a dintilor
C. sa cuprinda toate elementele campului protetic
D. sa cuprinda intreg osul maxilar
E. toate de mai sus
R: A, B, C

46. Erori in amprentare:
A. limita neclara a preparatiei
B. bule de aer in zonele critice
C. bule de aer in palat sau pe rugile palatine
D. material de amprenta care nu a facut prize
E. vizibilitatea portamprentei
R: A, B, D, E

47*. Erori in amprentare:
A. omogenizarea incorecta a materialului de amprenta
B. desprinderea materialulul de portamprenta
C. fuga materialului fluid
D. lipsa inregistrarii tuturor elementelor campului protetic
E. toate de mai sus
R: E

48. Dezinfectia amprentei:
A. un protocol de dezinfectie incorect poate afecta iremediabil amprenta
B. amprenta cu material hidrofile nu trebuie scufundata in solutie de dezinfectie, ci doar puverizate pe suprafata amprentei
C. amprenta trebuie dezinfectata inainte sa fie trimisa in laboratorul de tehnica dentara
D. daca a fost sapalata si uscata amprenta nu mai are nevoie de dezinfectie
E. alegerea metodei de dezinfectie se face in functie de materialul de maprentare folosit
R: A, B, C, E

49. La controlul piesei protetice pe model se verifica:
A. corectitudinea montarii in articulator a modelelor
B. integritatea modelelor si relatia de intercuspidare maxima
C. raportul cu creasta edentate a corpului de punte
D. absenta bascularii
E. nu este obligatoriu ca sa fie inscrierea lucrarii protetice in morfologia arcadei dentare
R: A, B, C, D

50. Caracteristicile cimentului ideal:
A. sa aiba timp de lucru lung si timp de prize scurt
B. sa aiba timp de lucru scurt sit imp de prize lung
C. sa furnizeze o buna sigilare
D. excesul sa fie indepartat cu usurinta
E. sa nu aiba efect cariostatic
R: A, C, D

51. Din punct de vedere al tehnici de realizare, protezele fixe pot fi:
A. mixte-din aliaje metalice
B. mixte – cu o component care asigura rezistenta mecanica si una fizionomica
C. monolitice din material composite
D. monolitice din ceramic
E. toate de mai sus
R: B, C, D

52. Clasificarea puntilor dentare trebuie sa tina cont de un numar mare de variabile cum ar fi:
A. topografia edentatiei
B. intinderea dintilor stalpi
C. valoarea parodontala a dintilor restanti
D. nivelul cerintelor estetice ale restaurarii
E. toate de mai sus
R: A, C, D

53. Clasificarea lui Costa:
A. terminale, limitate numai anterior de dinti restanti – notate cu “T”
B. terminale, limitate atat anterior cat si posterior de dinti restanti – notate cu “T”
C. frontale, limitate la ambele extremitati de dinti restanti, situate in zona frontal – notate cu “F”
D. laterale, limitate atat anterior cat si posterior de dinti restanti,situate in zona laterala – notate cu “L”
E. laterale, limitate numai anterior de dinti restanti,situate in zona laterala – notate cu “L”
R: A, C, D

EDENTAŢIA PARŢIALĂ ÎNTINSĂ ŞI TOTALĂ

1. Etiologia edentaţiei parţiale întinse poate fi:
A. unică
B. multifactorială
C. variată
D. doar dobândită
E. doar congenitală
R: A, B, C

2. Etiologia edentaţiei parţiale întinse are rol în:
A. alegerea soluţiei terapeutice corecte.
B. realizarea pregătirii nescpecifice

C. realizarea pegătirii specifice
D. nu are nici un rol
E. conturarea morfologiei cîmpului protetic
R: A, C, E

3. Factorii determinanţi ai edentaţiei parţiale întinse sunt reprezentaţi d următoarele cauze:
A. congenitale
B. dobîndite locale
C. aparente
D. dobîndite generale
E. socio-economice
R: A, B, C, D

4. Factorii favorizanţi ai edentaţiei parţiale întinse sunt:
A. genetici
B. de risc
C. socio-demografici
D. ecnomici
E. niciuna
R: A, B, C, D

5. Cauzele incluziei dentare sunt:
A. absenţa potenţialului eruptiv
B. osteomielitele maxilare
C. persistenţa dinţilor temporari
D. rahitismul
E. prezenţa tumorilor
R: A, C, E

6. Cauzele incluziei dentare pot fi:
A. condensarea osoasă
B. osteporoza
C. prezenţa chistelor
D. boala de focar
E. displazii ectodermale care generează anomalii de morfodiferenţiere în perioada de dezvoltare.
R: A, C, E

7. În funcţie de grosimea osului supraiacent incluzia poate fi:
A. profundă
B. superficială
C. totală
D. în evoluţie
E. parţială.
R: A, B, C, E

8. Cauzele incluziei dentare sunt:

A. necunoscute
B. locale
C.loco-regionale
D. generale
E. iatrogene.
R: B, C, D

9. Cauzele locale ale incluziei dentare sunt:
A. forma mugurelui dentar
B. poziţia profundă a mugurelui dentar
C. existenţa dspicăturilor labio-palatinale
D. lipsa de spaţiu pe arcadă
E. carenţele vitaminice.
R: A, B, D

10. Cauzele locale ale incluziei dentare sunt:
A. forma dintelui inclus
B. traumatismele dentare repetate
C. structurile traversate în timpul erupţiei
D. afecţiunile sistemice
E. absenţa spaţiului pe arcadă.
R: A, C, E

11. Cauzele loco-regionale ale incluziei dentare sunt:
A. sidroamele disgenice
B. traumatismele
C. rahitismul
D. despicăturile labio-palatine
E. toate.
R: B, D

12. Cauzele generale ale incluziei dentare sunt:
A. diferite carenţe
B. hipovitaminoze D şi C
C. afecţiuni sistemce care afectează metabolismul osos
D. discromiile
E. toate.
R: A, B, C

13. Anclavarea dentară înseamnă:
A. unitate dento-parodontală parţial degajată de os
B. unitate dento-parodontală situată sub mucoasa gingivală
C. unitate dento-parodontală care comunică cu cavitatea bucală
D. erupţie dentară oprită de un obstacol
E. doar a şi c.
R: A, B, C, D

14. În caz de incluzie dentară extinderea edentaţiei reduse la una întinsă este favorizată de:
A. restaurări incorecte
B. absenţa restaurărilor protetice
C. patologii generale dobânite
D. patologii locale dobândite
E. b şi c.
R: A, C, D

15*. Se remarcă următoarelr cauze în prevalenţa etiologiei edentaţiei parţiale întinse:
A. congenitale
B. aparente
C. dobândite
D. genetice
E. demografice.
R: C

16. Cauzele etiologiei dobândite ale edentaţiei parţial întinse sunt:
A. suma complicaţiilor afecţiunilor ADM
B. iatrogenia
C. eşecul terapeutic al fiecărei entităţi clinice din tertoriul oro-maxilo-facial
D. extracţia în scop ortodontic
E. niciuna.
R: A, B, C, D

17. Cauzele dobândite locale ale edentaţiei parţiale întinse sunt:
A. caria şi complicaţiile ei
B. extracţia în scop ortodontic
C. parodontopatia marginală
D. osteoporoza senilă
E. traumatismele complexe.
R: A, B, C, E

18. Cauzele dobândite locale ale edentaţiei parţiale întinse pot fi:
A. tumorile maxilare
B. gangrena pulpară
C. osteomielita maxilară
D. rahitismul
E. nevralgia de trigemen.
R: A, B, C, E

19. Cauzele generale ale edentaţiei parţiale întinse pot fi:
A. diabetul zaharat
B. iatrogenia
C. osteoporoza senilă
D. boala de focar

E. rahitismul.
R: A, C, E

20. Iatrogenia în stomatologie:
A. nu este posibilă
B. are o frecvenţă deosebită
C. apare din cauze obiective
D. apare din cauze subiective
E. toate raspunsurile sunt corecte.
R: C, D

21. Cauzele obiective ale iatrogeniei în stomatologie ţin de:
A. complexitatea cazului
B. particularităţile pacientului
C. dotarea tehnică
D. deficenţele medicului dentist
E. nu se cunosc
R: A, B

22. Cauzele subiective ale iatrogeniei în stomatologie ţin de:
A. insuficienta pregătire a medicului
B. deficienţe conceptuale
C. deficenţe în execuţia actului terapeutic
D. dotarea necorespunzătoare
E. complexitatea cazului
R: A, B, C, D

23. Iatrogeniile care duc la extracţii dentare au drept cauză erori în terapia:
A. odontală coronară
B. afecţiunilor pulpare
C. afecţiumilor periapicale
D. bolilor paradontale
E. in nici una din aceste situaţii
R: A, B, C, D

24. Iatrogeniile care duc la extracţii dentare se datorează erorilor din tratamentele:
A. anomaliilor dento-maxilare
B.chirurgicale
C. protetice
D. parodontale
E. în niciunul din cazuri
R: A, B, C, D

25. Eşecul terapeutic cu repercursiuni asupra integrităţii unităţilor odonto-parodontale restante se datorează:
A. necorectării complicaţiilor locale

B. necorectării complicaţiilor regionale
C. menţinerii parametrilor negativi odonto-parodontal
D. menţinerii parametrilor negativi muco-osoşi
E. doar celor de la a şi b
R: A, B, C, D

26. Prepararea substructurilor dentare vitale din etapa protetică propriu-zisă poate fi iatrogenă prin:
A. prepararea fără irigare cu apă
B. absenţa protezării provizorii
C. folosirea unor instrumente diamantete uzate
D. şlefuiri exagerate
E. doar a şi c
R: A, B, C, D

27. Amprenarea intempestivă cu unele materiale poate fi iatrogenă:
A. termic
B. chimic
C. mecanic
D. limitată
E. generalizată
R: A, B, C, D

28. Erorile în înregistrarea relaţiilor mandibulo-cranine :
A. nu au repercursiuni grave
B. pacientul se obişnuieşte rapid cu noua situaţie
C. duc la protezări necorepuzătoare
D. generează RP care devin extractoare de dinţi
E. genereză RP care produc înbolnăviri grave ale componentelor ADM
R: C, D, E

29. În etapa protetică propriu-zisă iatrogenia poate apărea în timpul :
A. conceperii planului de tratament
B. şlefuirii dentare
C. amprentării câmpului protetic
D. determinării RIM
E. execuţiei tehnologice digitale
R: A, B, C, D

30*. Sursa cea mai frecventă a iatrogeniilor protetice o reprezintă:
A. execuţia tehnologică clasică
B. execuţia tehnologică digitală
C. erori în înregistrarea clasică a RIM
D. erori în înregistrarea digitală a RIM
E. erori de amprentare digitală
R: A

31. Principalele cauze de eroare în cazul protezării mobilizabile sunt alegerea incorectă a:
A. elementelor de menţinere
B. elementelor de sprijin
C. elementelor de stabilizare
D. design-ul conectorului principal
E. design-ului croşetului secundar
R: A, B, C, D

32. Cauzele dobândite generale ale edentaţiei parţiale întinse sunt:
A. diabetul zaharat
B. rahitismul
C. osteoporoza
D. vârstă
E. sexul
R: A, B, C

33. Factorii favorizanţi genetici ai apariţiei edentaţiei parţiale întinse sunt:
A. rasa
B. vârsta
C. sexul
D. profesia
E. niciunul dintr cele de mai sus
R: A, B, C

34. Factorii de risc pentru apariţia edentaţiei parţiale întinse îl reprezintă consumul de:
A. alcool
B. cafea
C. tutun
D.ceai
E. gumă de mestecat
R: A, B, C

35. Factorii socio-economici şi demografici favorizanţi apariţiei precoce a edentaţiei parţiale întinse sunt:
A. problemele financiare
B. accesibilitate greoaie la cabinetul stmatologic
C. neânţelegerea necesităţii przervării cât mai mult timp a dinţilor.
D. graba de a scăpa de dureri dentare într-o şedinţă
E. niciunul de mai sus
R: A, B, C, D

36. Edentaţia parţială întinsă generează:
A. modificări locale grave
B. modificări regionale grave
C. perturbări majore ale funcţiilor ADM.

D. un tablou clinic complex
E. nimic din cele de mai sus
R: A, B, C, D

37. Tabloul clinic al edentaţiei parţiale întinse:
A. are faţete multiple
B. este în acord cu tipul edentaţiei
C. este în acord cu numărul unităţilor dento-parodontale absente.
D. începe cu modificări locale
E. generează de la început modificări generale
R: A, B, C, D

38. Complicaţiile locale primare ale edentaţiei parţiale întinse sunt:
A. migrările dentare orizontale
B. migrările dentare verticale
C. modificarea spaţiului potenţial protetic
D. modificarea aspectului facial
E. absente
R: A, B, C, D

39. Aspectul facial poate fi modificat în caz de edentaţe parţială întinsă prin:
A. înfundarea obrajilor
B. înfundarea buzelor
C. scăderea DVO
D. asimetrii
E. înfundarea ochilor
R: A, B, C, D

40. Aspectele subiective din tabloul clinic al edentaţiei parţiale întinse sunt:
A. fenomenul dureros
B. insuficienţa funcţională
C. modificări faciale
D. modificarea câmpulu protetic
E. modificarea spaţiului potenţial protetic
R: A, B

41. Care sunt formele durerii fiziologice:
A. somatică
B. cutanată
C. neuropată
D. persistentă
E. repetitivă
R: A, B,C

42. Ce forme îmbracă durerea fiziologică:
A. a membrului fontană

B. a membrului superior de partea rspectivă
C. viscerală
D. neuropată
E. somatică
R: A, C, D, E

43. Durerea acută:
A. este asociată cu o afectare tisulară
B. implică stimularea nocivă a nociceptorilr periferici de către substanţe algogenice
C. are intensitate redusă
D. e declanşată de stimuli fizici
E. e declanşată de stimuli chimici
R: A, B, D, E

44. Durerea cronică:
A.implică prelungirea durerii
B. poate apărea în absenţa unor leziuni manifeste
C. persistă mai mult de o lună
D. se poate repeta pentru mai mult de trei luni
E. dispare imediat
R: A, B, C, D

45. Insuficienţa funcţională care alarmează asupra consecinţelor edentaţiei parţiale întinse:
A. fizionomică
B. fonetică
C. masticatorie
D. de deglutiţie
E. niciuna deoarece pacientul se adaptează în timp la situaţie
R: A, B, C, D

46. Tulburările de ordin psihic ce pot apărea la pacienţii cu edentaţie parţială întinsă sunt:
A. pierderea echilibrului interior
B. apariţia stărilor de nelinişte
C. apariţia stărilor de nevroză
D. senzaţia de neapartenenţă la propria persoană
E. atac de panică
R: A, B, C, D

47. Tulburările consecutive edentaţiei parţiale întinse se concretizează pri:
A. insuficienţa funcţiei de automenţinere
B. eforturi de compensare funcţională parţială
C. eforturi de adaptare
D. eforturi de compensare şi adaptare totală
E. toate
R: A, B, C

48*. Semnele obiective exobucale ale EPI sunt:
A. faciale
B. ocluzale
C. ale câmpului protetic
D. parodontale
E. odontale
R: A

49. Complicaţiile locale ale edentaţiei parţiale întinse pot modifica relaţiile mandibulo-craniene care generează:
A. asimetrii faciale
B. inegalităţile etajelor feţei
C. modificarea profilului
D. deviaţie de sept
E. riduri frontale
R: A, B, C

50. Când tabloul clinic îmbracă caracteristicile edentaţiei subtotale pscientul prezintă:
A. orbite largi
B. faţă lată
C. arcade zigomatice proeminente
D. fantă nazală largă
E. unghiul goniac de 110°-120°
R: A, B, C, D

51. Ce tulburări morfologice faciale apar în edentaţia parţială întinsă:
A. mentonul se apropie de vârful nasului
B. obrajii se invaginează
C. roşului buzelor dimunuă
D. şanţurile periorale se adâncesc
E. acestea apar doar în edentaţia totală
R: A, B, C, D

52. Modificările tisulare faciale în cazul EPI se pot datora:
A. deshidratării
B. vârstei
C. edentaţiei întinse
D. combinaţiei acestor cauze
E. nu apar modificări datorită capacităţii de adaptare a ADM
R: A, B, C, D

53. În cazul EPI cel mai adesea se produce:
A. micşorarea etajului inferior
B. supradimensionara etajului inferior
C. egalizarea etajelor
D. nu se produc modificări

E. se produc toate aceste modificări
R: A, C

54. Măsurarea etajului inferior al feţei poate fi făcută cu metoda:
A. Leonardo da Vinci
B. Boianov
C. Stents
D. Kerr
E. Willis
R: A, B, E

55. Măsurarea etajului inferior al feţei poate fi făcută cu metoda:
A. Leonardo da Vinci modificată
B. Boianov modificată
C. Stents
D. Kerr
W. Willis
R: A, B, E

56. Măsurarea etajului inferior al feţei poate fi făcută cu metoda:
A. planului Frankfurt
B. compasului de aur
C. Appenrodt
D. Kerr
E. Stens
R: A, B, C

57. Parametrii care caracterizează spaţiul potenţial protetic depind de:
A. forma clinică a edentaţiei
B. etiologia edentaţiei
C. topografia edentaţiei
D. complicaţiile apărute
E. rămân nemodificaţi datorită adaptării la noua situaţie
R: A, B, C, D

58. Spaţiul potenţial protetic (SPP) se modifică datorită:
A. deplasării meziale a mandibulei
B. deplasării verticale a dinţilor
C. rezorbţiei osoase
D. atrofiei osoase
E. nu se modifică
R: A, B, C, D

59. Parametrii SPP:
A. nu se modifică
B. înălţimea poate creşte

C. amplitudinea rămâne constantă
D. lăţimea poate scădea
E. adâncimea creşte
R: B, D

60. Înălţimea SPP se apreciază:
A. pe baza distanţei dintre muchia crestei edentate superioară şi inferioară
B. pe baza distanţei dintre muchia crestei edentate şi înălţimea dinţilor vecini
C. doar pe modelul de studiu
D. doar în cavitatea bucală
E. nu e important pentru medic să o aprecieze deoarece rămâne constantă
R: A, B

61. Înălţimea SPP se poate mări în următoarele situaţii clinice:
A. atrofii accetuate ale crestei alveolare
B. extruzii ale dinţilor limitrofi edentaţiei
C. egresii ale dinţilor limitrofi edentaţiei
D. ocluzie deschisă
E. ocluzie cap la cap
R: A, B, C, D

62. Înălţimea SPP se poate micşora în caz de:
A. abrazie a dinţilor limitrofi breşei edentate
B. distrucţie coronară a dinţilor limitrofi breşei edentate
C. subocluzia dinţilor limitrofi breşei edentate
D. ocluzie deschisă
E. egresia antgoniştilor
R: A, B, C, E

63. Amplitudinea SPP reprezintă spaţiul :
A. dintre crestele edentate superioară şi inferioară din zona laterală
B. dintre crestele edentate superioară şi inferioare din zona frontală
C. de pe o arcadă limitat doar M de dinţi
D. de pe o arcadă limitat M şi D de dinţi
E. de pe o arcadă limitat numai D de dinţi
R: C, D, E

64. Amplitudinea SPP reprezintă poate fimărită în caz de :
A. migrări ale dinţilor limitrofi edentaţiei către dinţii vecini sau alte spaţii edentate
B. versii ale dinţilor limitrofi edentaţiei către dinţii vecini sau alte spaţii edentate
C. modificări de volum ale substructurilor odontale prin preparare
D. modificări de volum ale substructurilor odontale prin distrucţie
E. modificări de volum ale dinţilor limitrofi prin obturaţii sau RP
R: A, B, C, D

65. Lăţimea SPP se măreşte în caz de:

A. înclinări V-O ale dinţilor limitrofi
B. tratamente odontale necorespunzătoare
C. creste exostotice
D. atrofie a crestelor alveolare
E. în nici un caz
R: A, B, C

66. Lăţimea SPP poate fi micşorată în caz de:
A. creste exostatice
B. rotaţii în axa dinţilor limitrofi edentaţiei
C. restaurări protetice necorespunzătoare
D. preparări ale dinţilor limitrofi
E. atrofie a crestelor alveolare
R: B, D, E

67. Creasta edentată se caracterizează prin următoarele elemente:
A. înălţime
B. amplitudine
C. stabilitate
D. profil
E. orientare
R: A, B, D, E

68*. Lăţimea crestei edentate se măsoară între:
A. planurile virtuale ce trec prin versanţii V şi orali ai crestei edentate
B. limita de reflexie a mucoasei mobile V şi orale
C. limita M şi D a SPP
D. muchiile crestelor alveolare edentate antagoniste
E. planul de ocluzie şi creasta edentată antagonistă
R: A

69. Versanţii crestei edentate pot fi:
A. oblici
B. uşor convecşi
C. foarte convecşi
D. concavi
E. nu se modifică
R: A, B, C, D

70. Orientarea crestei edentate poate fi:
A. ascendentă
B. regulată
C. descendentă
D. neregulată
E. orizontală
R: A, C

71. Consecinţele migrărilor dentare în timp asupra elementele odonto-parodontale limitrofe SPP sunt:
A. abrazii în diferite grade
B. diminurea înălţimii coronareă
C. malpoziţionarea
D. pierderea punctului de contact cu dinţii vecini
E. nu suferă nici o modificare
R: A, B, C, D

72. Port amprentele individuale pot fi faţă de câmpul protetic:
A. cu contact complet
B. complet distanţate
C. cu contact marginal
D. distanţate parcelar
E. segmentare
R: A, B, C, D

73*. Mişcările din amprentarea funcţională în protezarea mobilizabilă:
A. nu sunt necesare
B. sunt reflexe
C. sunt efectuate doar de medic
D. sunt efectuate doar de pacient
E. sunt efectuate de ambii
R: E

74. Mişcările automatizate efectuate de pacient în cadrul amprentei funcţionale sunt reprezentate de testele:
A. fonetice
B. de masticaţie
C. de deglutiţie
D. de mimică
E. de respiraţie
R: A, B, C

75*. Ce autor a sistematizat cel mai bine testele funcţionale pentru amprenta secundară:
A. Devin
B. Herve
C. Hromatca
D.Poggioli
E. Herbst
R: E

76. Verificarea portamprentei individuale pe model este:
A. statică
B. dinamică

C. combinată
D. extraorală
E. extra şi intraorală
R: A, D

77. Verificarea intraorală a port-amprentei individuale este:
A. statică
B. dinamică
C. extraorală
D. extra şi intraorală
E. nu este necesară dacă s-a verificat extraoral
R: A, B

78. La verificarea intraorală a port-amprentei individuale se urmăreşte:
A. respectarea indicaţiilor date tehnicianul dentar
B. corectitudinea execuţiei
C. rapoartele statice ale marginilor cu zona pasiv mobilă
D. rapoartele dinamice ale marginilor cu zona pasiv mobilă
E. dacă s-a verificat pe model nu mai este necesară
R: A, B, C, D

79. Ce tehnici de amprentare funcţională cunoaşteţi:
A. cu portamprentă individuală completă
B. cu portamprentă decupată V
C. cu portamprentă decupată dentar
D. cu portamprentă decupată incizal
E. fără portamprentă
R: A, B, C, D

80. Ce tehnici de amprentare funcţională cunoaşteţi:
A. tehnica dublului amestec
B. wash technique
C. cu gura închisă
D. bimaxilară
E. toate cele de mai sus sunt proprii protezării fixe
R: A, B

81. Ce tehnici de amprentare funcţională cu model secţionat se pot folosi în protezările hibride:
A. cu proteza adapată pe câmpul protetic
B. amprenta globală a câmpului protetic
C. amprentă statică
D. amprenta cu gura închisă
E. amprenta bimaxilară
R: A, B

82. Amprentarea finală cu model corectat are următoarele avantaje în cadrul edentaţiei parţiale întinse:
A. se realizează un singur model de lucru
B. pe acesta se realizează mai întîi PF şi apoi PPS
C. se face economie de materiale şi timp
D. este mai corectă
E. are aceleaşi avantaje ca şi tehnica clasică
R: A, B, C, D

83. Care sunt poziţiile mandibulo-craniene fundamentale necesare evaluării stării de normalitate precum şi a gradului de afectare a ADM în cazul edentaţiei parţiale întinse:
A. IM
B. RP
C. RC
D. niciuna
E. toate
R: B, C

84. Cauzele posibile ale alterării RC şi RP în caz de edentaţie parţial întinse sunt:
A. pierderea stopurilor ocluzale centrice
B. destrămarea reflexelor parodonto-musculare
C. neconcordarea activităţii musculare
D. alterarea reflexelor de postură
E. toate
R: A, B, C, D

85. În scopul determinării cât mai exacte a RC şi RP trebuie ca bolnavul:
A. să fie informat aupra importanţei acestei etape
B. să fie învăţat să participe activ la această determinare
C. să aibe condiţii de confort fizic şi psihic
D. să aibe încredere în medic
E. medicul se poate descurca singur cu această etapă
R: A, B, C, D

86. În cazul necesităţii determinării RC şi RP în edentaţia parţial întinsă la pacienţii cu malrelaţii mandibulo-craniene este necesară:
A. depistarea cauzelor
B. instituirea unui tratament adecvat
C. facilitarea repoziţionării corecte a mandibulei
D. consolidarea uor relaţii corecte
E. se procedează ca la un pacient obişnuit
R: A, B, C, D

87. În caz de mişcări mandibulare blocate de contacte deflective sau interferenţe ocluzale este necesară şi posibilă reechilibrarea ocluziei prin:
A. extracţii selective

B. şlefuiri selective
C. reşapări coronare
D. remodelarea reliefului ocluzal protetic
E. înlocuirea restaurărilor protetice defectuoase
R: B, C, D, E

88. Penru determinarea corectă a relaţiilor mandibulo-craniene trebuie contracarate acţiunile reflexe:
A. dentare
B. musculare
C. articulare
D. tuse
E. strănut
R: B, C

89. Relaxarea musculară necesară determinării corecte a relaţiilor mandibulo-craniene se poate face prin:
A. miogimnastică
B. fizioterapie
C. medicaţie
D. inhibitori de ocluzie
E. niciuna deoarece pacientul poate colabora folosindu-se de autocontrol
R: A, B, C, D

90. Mijloacele pentru obţinerea unor relaţii mandibulo-craniene corecte în caz de acţiune reflexă cu punctde plecare muscular sau articular sunt:
A. inhibitorii de ocluzie
B. protezele tranzitorii
C. restaurările coronare
D. terapia durerii
E. psihoterapie
R: A, B, C, D

91. Arcul facial permite înregistrarea tridimensională a mşcărilor mandibulare fundamentale în cazul:
A. dentaţilor
B. edentaţiilor parţial reduse
C. edentaţiilor parţial întinse
D. edentaţiilor totale
E. are alte utilzări
R:A, B, C, D

92. Machetele de ocluzie sunt piese protetice intermediare care:
A. permit determinarea relaţiilor mandibulo-crniene
B. prefigurează viitoarele protezări
C. oferă suportul material stabilizării oaselor maxilare în poziţiile fundamentale

D. permit transferul datelor determinate pe un simulator al ADM
E. nu au o importanţă prea mare
R: A, B, C, D

93. Adaptarea şi individualizarea machetelor de ocluzie urmăresc:
A. determinarea nivelului şi a planului de ocluzie
B. determinarea RP
C. asigurarea reperelor în determinarea RC
D. determinarea IM
E. determinarea tuturor RIM
R: A, B, C

94*. DV a etajului inferior al feţei se obţine prin măsurarea distanţei dintre:
A. glabelă şi gnation
B. subnazion şi gnation
C. punctul interspîncenos şi gnation
D. punctul interspîncenos şi subnazial
E. toate
R: B

95. DV a etajului inferior în RC:
A. este unică
B. trebuie reprodusă cu exactitate
C. este egală cu DV din poziţie de postură
D. este ma mare cu 2-4 mm decât cea din PP
E. este ma mică cu 2-4 mm decât cea din PP
R: A, B, E

96. Cele mai simple metode de determinare a RC sunt cele ale:
A. deglutiţiei
B. tusei
C. strănutului
D. flexiei forţate a capului
E. stimulării reflexului de ocluzie molară
R: A, D, E

97. Metodele cele mai simple de determinare a RC sunt:
A. a homotropismlui linguomandibular
B. a compresiunii pe meton
C. a flexiei forţate a câmpului
D. Patterson
E. Hromatka
R: A, B, C, D

98. Manevrele prin care se poate determina RC sunt:
A. condiliană

B. maseterină
C. temporală
D. Green
E. Sterets
R: A, B, C, D

99. Solidarizarea corectă a celor două machete de ocluzie în RC se poate realiza:
A. cu anse de sârmă
B. cu Reprin
C. cu ceară topită
D. prin simpla ramolire a bordurilor de ceară
E. nu e necesară
R: A, B, C

100. Reperele pentru alegerea şi montarea dinţilor artificiali sunt:
A. volumul bordurii machetei
B. forma bordurii machetei
C. poziţia bordurii machetei
D. nu e nevoie de repere deoarece bolnavul alege dinţii
E. nu e nevoie de repere deoarece tenicienii sunt talentaţi
R: A, B, C

101. Principalele repere necesare alegerii şi montării dinţilor artificiali sunt:
A. linia incisivilor
B. linia caninilor
C. linia mediană
D. linia premolarilor
E. linia surâsului
R: B, C, E

102. Verificarea clinică a scheletului şi machetei cu dinţi pentru PPMS urmăreşte:
A. respectarea indicaţiilor terapeutice
B. calităţile tehnologice
C. corectitudinea fazelor tratamentului preprotetic
D. corectitudinea fazelor tratamentului proprotetic
E. nu este necesară dacă amprentele au fost bune
R: A, B, C, D

103. La controlul scheletului PPMS în afara modelului efectuat de către medic se apreciază:
A. rigiditatea conectorului principal
B. prezenţa de plusuri
C. prezenţa porozităţilor
D. lipsuri inportante la nivelul EMSS
E. modul de execuţie tehnologică a elementelor componente
R: A, B, C, D

104. La controlul scheletului PPMS înafara modelului se caută:
A. muchii tăioase
B. zone de minimă rezistenţă între şa şi conectorul principal şi seundar
C. descreştera uniformă a grosimii braţelor retntive ale croşetelor
D. corectitudinea prelucrării şi lustruirii
E. dacă intră forţat pe dinţi
R: A, B, C, D

105. Examenul intraoral al scheletului PPMS se realizează după igenizarea:
A. dinţilor restanţi
B. zonelor de amplasare a EMSS
C. scheletului
D. limbii
E. igienizare nu mai este necesară în această fază
R: A, B, C

106. Verificarea scheletului PPMS în cavitatea orală urmăreşte:
A. angajarea corectă a tuturor elementelor
B. stabilitaea statică
C. stabilitatea dinamică
D. lejeritatea pe câmp
E. confortul
R: A, B, C

107. Verificarea scheletului PPMS în cavitatea orală urmăreşte dacă:
A. braţele active ale croşetelor sunt plasate corect
B. braţele opozante ale croşetelor sunt plasate corect
C. pintenul ocluzal are grosimea smalţului şlefuit
D. pintenul ocluzal pătrunde perfect în lăcaşul realizat
E. aceste aspecte nu se mai verifică deoarece au fost verificate pe model
R: A, B, C, D

108. Eementele de MSSale PPS:
A. nu trebuie să se opună dezinserţiei involutare
B. trebuie să se opună deplasărilor voluntare
C. trebuie să aibă o fricţiune eficientă
D. trebuie să aibă rapoarte ocluzale corecte static
E. trebuiesă aibă rapoarte ocluzale corecte în mişcările de lateralitate
R: C, D, E

109. Adaptarea biologică a scheletului PPMS inferioare (bara lingual) ţine în principal de:
A. absenţa la inseţie a leziunilor părţilor moi
B. absenţa la inseţie a durerii la nivelul părţlor moi şi a dinţilor
C. păstrarea unui spaţiu suficient pentru acrilatul şeilor
D. aplicarea pe versantul palatinal al procesului alveolar
E. poziţionarea pe planşeul lingual

R: A, B, C

110. Adaptarea biologică a plăcii palatinale a PPMS maxilare ţine de:
A. sprijinul pur dento-parodontal
B. sprijinul pe torus
C. despovărarea papilei burnoide
D. despovărarea zonelor Schröder
E. îngroşarea conectorului principal
R: C, D

111. Verificarea clinică a machetei cu dinţi pentru PPMS se face:
A. intraoral
B. extraoral pe model cu simulatorul închis
C. extraoral pe model cu simulatorul deschis
D. extraoral detaşată de pe model
E. nu este necesară dacă toate fazele de până acum au fost bune
R: A, B, C, D

112*. La proba unei machete pentru PPMS se pot aprecia următoarele funcţii:
A. masticatorie
B. fonatorie
C. estetică
D. de deglutiţie
E. de automeţinere
R: C

113. Adaptarea PPMS poate fi:
A. imediată
B. primară
C. secundară
D. tardivă
E. nu este necesară nciodată dacă toate fazele anterioare au decurs bine
R: A, B, C, D

114. Adaptarea imediată a PPMS la gata:
A. are lc la primul contact al pacientului cu proteza finită
B. este precedată de o examinare extraoralĕ
C. este urmată de o verificare intraoralĕ
D. are loc a doua zi după inserţia protezei finite
E. are loc la o săpămână după inserţia protezei finite
R: A, B, C

115*. Verificarea extraoralĕ a PPMS la gata:
A. se va efectua înainte de venirea pacientuli
B. se va efectua în faţa pacientului
C. se va efectua în faţa tehnicianului dentar

D.nu e necesară deoarece s-au verificat scheletele şi şabloanele de ocluzie
E. nu e necesară deoarece s-au verificat machetele cu dinţi
R: A

116. La verificarea extraorală a PPMS la gata se apreciază:
A. excuţia tehnică a componentei metalice
B. excuţia tehnică a bazei acrilice
C. excuţia tehnică a arcadelor artificiale
D. EMSS
E. uşurnţa inserţiei şi dezinserţiei
R: A, B, C, D

117. Pentru verificarea intraorală a PPMS la gata sunt necesare:
A. spălarea şi dgresarea protezei în faţa pacientului
B. toaletarea câmpului protetic
C. detartraj
D. instrirea pacientului asupra inserţiei şi dezinserţiei protezei
E. igienizarea doar a câmpul protetic deoarece restul este curat
R: A, B, C, D

118*. Adaptarea primară a pacientului la PPMS se face:
A. imdiat după inserţia protezei
B. la 2 zile după inserţia protezei
C. la o săptămână de la inserţia protezei
D. la 30 de zie după inserţia protezei
E. după 30 de zile după inserţia protezei
R: C

119*. Adaptarea secundaă a pacientului la o PPMS:
A. durează 3 zile
B. durează o săptămână
C. durează 30 d zile
D. durează mai mult de 30 de zie
E. se face imediat după inserţie
R: C

120. Adaptarea tardivă a bolnavului la o PPMS:
A. este condiţionată de modificările rapoartelor proteză-câmp protetic
B. are loc după 30 de zile de la inserţie
C. semnifică faptul că bolnavul s-a adaptat perfect la proteză şi poteza la ţesuturile cavităţii orale
D. nu e necesară deoarece bolnavul s-a adaptat de la început
E. nu e necesară deoarece câmpul protetic nu se mai modifică
R: A, B, C

121. Ce fel de sprijin poate avea PPMS în edentaţia de clasa I Kennedy cu absenţa celor trei molari bilateral:

A. muco-osos
B. dento-parodontal
C. mixt rigid
D. mixt foarte rigid
E. mixt elastic
R: C, D, E

122. Ce fel de sprijin putem avea la o PPMS în edentaţia de clasa I Kennedy cu absenţa celor trei molari:
A. mixt-rigid
B. mixt foarte rigid
C. mixt elastic
D. mixt foarte elastic
E. mixt articuat
R: A, B, C, E

123*. Care este abordarea în cazul edentaţiei uniterminale redusă (clasa a II Kennedy) cu absenţa a cel puţin trei molari :
A. nu e nevoie de protezare
B. necesită întotdeauna şi protezare de urgenţă
C. se tratează mai bine cu PPMA
D. se tratează întotdeauna cu proteză cu miniconvector metalic
E. se tratează corect cu PPMS
R: E

124. În edentaţia de clasa a IV-a, srijinul PPMS poate fi:
A. mixt (croşete)
B. foarte rigid (culise)
C. parodontal(pinteni ocluzali)
D. muco-osos (şa lungă)
E. mucos
R: A, B, C, D

125. În edentaţia subtotală putem avea următoarele direcţii terapeutice:
A. menţinerea dinţilor pe arcadă şi protezarea fixă
B. menţinerea dinţilr pe arcadă şi protezarea rigidă(culise)
C. menţinerea dinţilr pe arcadă, tratament endodontic şi overlay
D. extracţia dinţilor restanţi şi implantarea
E. extracţia dinţilor restanţi şi PT
R: A, C, D, E

126. Amplitudinea SPP poate fi micşoraă în caz de:
A. versii ale dinţilor limitrofi spre breşa edentată
B. migrări corporale ale dinţilor limitrofi spre breşa edentată
C. modificarea volumului dinţilor limitanţi prin obturaţii debordante
D. modificarea volumului dinţilor limitanţi prin tratamente protetice necorespunzătoare

E. supraşlefuiri ale dinţilor limitanţi
R: A, B, C, D

127. Amplitudinea crestei edentate este:
A. similară amplitudinii SPP
B. mărită de migrările dinţilor limitrofi
C. micşortă de migrările dinţilor limitrofi
D. normală dacă nu s-au produs migrări
E. nemodificabilă de RP sau obturaţii
R: A, B, C, D

128. Creasta edentată poate avea următoarele forme pe secţiune:
A. triunghi cu baza spre osul maxilar
B. triunghi cu baza spre osul mandibular
C. trapezoidală cu baza mică spre muchia crestei
D. trapezoidală cu baza mică spre osul maxilar
E. trapezoidală cu baza mică spre osul mandibular
R: A, B, C

129. Migrarea antagoniştilor în plan vertical către breşa edentată îmbracă următoarele forme:
A. extruzie
B. expulzie
C. versie
D. translaţie
E. egresie
R: A, E

130. Pentru care dintre următoarele clase de edentație după Kennedy, proteza parțială mobilizabilă reprezintă o indicație de elecție:
A. clasa I
B. clasa II
C. clasa III
D. clasa IV
E. toate variantele
R: A, B

131. Edentațiile de clasa III și IV după Kennedy pot beneficia cu succes de terapie prin protezare parțială mobilizabilă:
A. da
B. nu
C. în unele situații
D. întotdeauna
E. niciodată
R: A, B

132. Protezele parțiale mobilizabile sunt indicate la pacienții cu:

A. stare generală bună
B. psihic echilibrat
C. igienă orală bună
D. toate variantele
E. nici una dintre variante
R: A, B, C

133. Care dintre următoarele categorii de pacienți beneficiază de tratament protetic prin proteze parțiale mobilizabile:
A. bolnavii tineri cu cameră pulpară voluminoasă
B. bolnavii cu cameră pulpară voluminoasă
C.copii în perioada de creștere deoarece acest tip de protezare poate bloca dezvoltarea suturilor
D.copii în perioada de creștere deoarece acest tip de protezare nu poate bloca dezvoltarea suturilor
E. toate variantele
R: A, C

134*. Care sunt contraindicațiile mijloacelor protetice mobile parțiale:
A. stare generală alterată
B. psihic neechilibrat
C.infecții cronice
D.infecții acute (lues, TBC, actinomicoză)
E.toate variantele
R: E

135. Care sunt contraindicațiile mijloacelor protetice mobile parțiale:
A. leziunile canceroase
B. cavitățile orale neasanate
C. câmpurile protetice nefavorabile
D. toate variantele
E.nici una dintre variante
R: A, B, C

136. De ce protezele mobilizabile sunt considerate a fi mai biologice:
A. nu necesită rezecții tisulare importante
B. refac corespunzător morfologia
C. redau funcțiile ADM (aparatului dento- maxilar)
D. toate variantele
E. nici una dintre variante
R: A, B, C

137. Care sunt dezavantajele protezelor mobile parțiale:
A. prin mobilizarea lor mențin bolnavul într- o stare de infirmitate
B. au un volum mult mai mare în raport cu cele fixe
C. pot crea uneori disconfort
D. toate variantele

E. nici una dintre variante
R: A, B, C

138*. Care sunt dezavantajele protezelor mobile parțiale:
A. prin mobilizarea lor mențin bolnavul într- o stare de infirmitate creând adevărate psihoze cu fenomene de rejet psihic față de terapia mobilă
B. au un volum mult mai mare în raport cu cele fixe creând uneori disconfort
C. datorită volumului mare pot crea tulburări de fonație
D.datorită volumului mare pot crea tulburări de deglutiție
E. toate variantele
R: E

139. Situațiile clinice cele mai frecvente care necesită proteze imediate cu caracter provizoriu, sunt:
A. arcadele dentare integre la care se vor executa extracții în zona frontală și laterală în mai multe etape
B. arcadele dentare integre la care apare o breșă redusă în zona frotală
C. arcadele dentare edentate parțial, protezate prin restaurări fixe la care se recomandă ablația punților dentare în scopul refacerii lor
D. toate variantele
E. nici una dintre variante
R: A, B, C

140. Situațiile clinice cele mai frecvente care necesită proteze imediate cu caracter provizoriu, sunt:
A. arcadele dentare integre la care se vor executa extracții în zona frontală și laterală în mai multe etape
B. arcadele dentare integre la care nu se vor executa extracții în zona frontală și laterală în mai multe etape
C.arcadele dentare integre la care apare o breșă redusă în zona frotală
D.arcadele dentare integre la care nu apare o breșă redusă în zona frotală
E. arcadele dentare edentate parțial protezate mobil la care se recomandă noi extracții, cu transformarea protezei parțiale în proteză totală
R: A, C, E

141. Care sunt situațiile limită pe care le poate rezolva o protezare de urgență:
A. când considerente personale ale pacientului, de maximă urgență, precum fizionomia, o impun
B.când considerente personale ale pacientului, de maximă urgență, precum fonația, o impun
C. nu există situații limită
D. toate variantele
E. nici una dintre variante
R: A, B

142*. Care este principalul scop al protezării de urgență:
A. de a conserva integritatea morfologică a ADM
B. de a conserva integritatea funcțională a ADM

C. de a menaja psihicul bolnavului
D. în condițiile unor intervenții chirurgicale de amploare, complexe
E. toate variantele
R: E

143. Ce posibilități oferă protezarea de urgență:
A. dirijarea cicatrizării, întrucât proteza va acționa ca un conformator
B. contribuie la procesul vindecării unor zone ale fibro- mucoasei de acoperire
C. ajută la pregătirea câmpului protetic în vederea amprentării
D. toate variantele
E. nici una dintre variante
R: A, B, C

144*. Ce posibilități oferă protezarea de urgență:
A. ajută la reducerea fenomenelor de resorbție osoasă
B. va orienta funcțional organizarea trabeculelor osoase
C. ameliorează procesul de cicatrizare
D.ameliorează procesul de osteogeneză
E. toate variantele
R: E

145*. De ce depinde capacitatea de vindecare sau de compensare, în cadrul protezării de temporizare:
A. vârsta pacientului
B. gravitatea afecțiunii
C. poate grăbi aplicarea protezei definitive
D.poate întârzia aplicarea protezei definitive
E. toate variantele sunt corecte
R: E

146*. În cadrul protezărilor de temporizare, funcție de fiecare caz se indică și proceduri recuperatorii (fizioterapice, chinezioterapice, medicamentoase), care este rolul acestora:
A. de a anula orice proces inflamator
B. de a contribui la repoziționarea mandibulo- craniană corectă
C. de a proteja câmpul protetic
D. întregește dezideratul terapiei de condiționare tisulară
E. toate variantele sunt corecte
R: E

147. Importanța utilizării protezării mobile relevă următoarele aspecte:
A. obligativitatea izolării substructurilor de mediul oral
B. obligativitatea izolării substructurilor de agenții fizici
C. obligativitatea izolării substructurilor de mediul oral și de agenții fizici datorită plăgii create prin preparare
D. împiedicarea migrărilor odontale și imobilizarea elementelor odonto- parodontale
E. toate variantele

R: C, D

148. Importanța utilizării protezării mobile relevă următoarele aspecte:
A. protejarea parodonțiului marginal și dirijarea cicatrizării lui
B. refacerea temporară a funcțiior pierdute prin preparare
C. conservarea rapoartelor mandibulo- craniene
D. toate variantele
E. nici una dintre variante
R: A, B, C

149*. Proteza parțială acrilică este compusă din următoarele elemente:
A. șeile protezei
B. arcada dentară artificială
C. conectorul principal
D. elemente de menținere, sprijin și stabilizare
E. toate variantele
R: E

150. Șeile acrilice:
A. reprezintă principalele elemente ale protezelor parțiale mobile
B. vin în contact direct cu creasta edentată
C. refac din punct de vedere funcțional deficitul produs prin edentație
D. refac din punct de vedere morfologic deficitul produs prin edentație
E.nuvin în contact direct cu creasta edentată
R: A, B, C, D

151. Care sunt caracteristicile șeilor acrilice:
A. au rolul de suport al dinților artificiali și de transmitere a forțelor masticatorii spre suportul muco- osos și dento- parodontal
B. au rolul de suport al dinților artificiali
C. transmit forțele de solicitare conectorului principal
D.transmit forțele de solicitare
E. se opun forțelor de deplasare verticale și orizontale constituind și un element antibasculant
R: A, C, E

152. Care sunt caracteristicile șeilor acrilice:
A. sunt realizate din polimetacrilat de metil de grosime 2 mm
B. sunt realizate din polimetacrilat de metil de grosime 4 mm
C. numărul acestora este în acord cu numărul spațiilor protetice potențiale
D. numărul acestora nu este în acord cu numărul spațiilor protetice potențiale
E. prezintă 2 versanți: vestibular și oral
R: A, C, E

153. Arcadele artificiale:
A. sunt susținute de șeaua protetică
B. sunt elemente componente ale protezei parțiale acrilice

C. nu sunt elemente componente ale protezei parțiale acrilice
D. contribuie esențial la refacerea funcțiilor perturbate ale ADM prin edentație
E. nu contribuie esențial la refacerea funcțiilor perturbate ale ADM prin edentație
R: A, B, D

154. Care sunt elementele caracteristice ale arcadelor artificiale:
A. alegerea dinților artificiali trebuie să fie concordantă prin formă cu dinții restanți integri, sau cu restaurările fixe prezente pe arcadă
B. alegerea dinților artificiali trebuie să fie concordantă prin culoare cu dinții restanți integri, sau cu restaurările fixe prezente pe arcadă
C. alegerea dinților artificiali trebuie să fie concordantă prin grad de transluciditate cu dinții restanți integri, sau cu restaurările fixe prezente pe arcadă
D. toate variantele
E. nici una dintre variante
R: A, B, C

155.Care sunt elementele caracteristice ale arcadelor artificiale:
A. pot fi realizate din porțelan sau acrilat
B. pot fi realizate din metal și acrilat
C. pot fi realizate din metal și porțelan
D. nu pot fi realizate din porțelan
E. toate variantele sunt corecte
R: A, B, C

156*. Realizarea arcadelor artificiale este guvernată de o serie de legi biomecanice, care sunt acestea:
A. Chayes
B. Conod
C. Ant
D. Ackermann – ”Legea celor trei H”
E. toate variantele sunt corecte
R: E

157. Realizarea arcadelor artificiale este guvernată de o serie de legi biomecanice, Ackermann – ”Legea celor trei H”:
A. heteropoziția
B. heteromorfia
C. heteronumărul
D. toate variantele
E. nici una dintre variante
R: A, B, C

158. Conectorul principal acrilic:
A. este o componentă a protezei parțiale mobilizabile
B. are rolul de a reuni într- o structură unitară elementele construcției protetice mobile
C. are rolul de a reuni într- o structură rigidă elementele construcției protetice mobile

D. are rolul de a reuni într- o structură rezistentă elementele construcției protetice mobile
E. are rolul de a reuni într- o structură unitară, rigidă și rezistentă elementele construcției protetice mobile
R: A, E

159*. Croșetele acrilice:
A. sunt realizate din acrilat
B. fac corp comun cu restul construcției protetice
C. pot porni din conectorul principal
D. pot porni din șea
E. toate variantele sunt corecte
R: E

160. Croșetele acrilice sunt reprezentate prin:
A. croșete simple acrilice alveolare
B. croșete simple acrilice dentare
C. croșete simple acrilice dento- alveolare
D. croșete din sârmă
E. toate variantele
R: A, B, C

161*. După raportul pe care îl au cu dintele, croșetele din sârmă rotundă sau semirotundă se clasifică în:
A. croșet cervico- ocluzal deschis dental sau croșetul cu umăr
B. croșet cervico- ocluzal deschis edental
C. croșet cervico- ocluzal bidental
D. croșet cervico- ocluzal întors
E. toate variantele
R: E

162*. După raportul pe care îl au cu dintele, croșetele din sârmă rotundă sau semirotundă se clasifică în:
A. croșet cervico- ocluzal interdentar (croșetul Stahl, Adams)
B. croșet cervico- alveolar deschis dental
C. croșet cervico- alveolar deschis edental
D. croșet cervico- alveolar interdentar
E. toate variantele
R: E

163*. După raportul pe care îl au cu dintele, croșetele din sârmă rotundă sau semirotundă se clasifică în:
A. croșet proximal cu patrice
B. croșet proximal cu casetă
C. croșet din sârmă cu trei brațe
D. croșet alveolar (muco- alveolar)
E. toate variantele

R: E

164. Care sunt indicațiile protezării flexibile:
A. pacienți alergici la acrilate
B. pacienți non alergici la acrilate
C. situații clinice la care parametri ce caracterizează suportul odontal nu oferă condițiile necesare amplasării corecte a croșetelor turnate
D. situații clinice la care parametri ce caracterizează suportul odontal oferă condițiile necesare amplasării corecte a croșetelor turnate
E. aspecte clinice particulare caracterizate de torusuri sau tuberozități voluminoase
R: A, C, E

165. Care sunt indicațiile protezării flexibile:
A. considerente estetice de mascare a recesiunii gingivale
B. evitarea stresului pe unitățile odonto- parodontale restante
C. evitarea stresului pe unitățile odontale restante
D. evitarea stresului pe unitățile parodontale restante
E. pacienți alergici la acrilate
R: A, B, E

166. Contraindicațiile protezării flexibile:
A. stare generală alterată
B. psihic neechilibrat
C. infecții cronice sau acute
D. în situațiile clinice caracterizate de prezența leziunilor precanceroase
E. doar în infecții cronice
R: A, B, C, D

167. Contraindicațiile protezării flexibile:
A. igienă orală precară
B. când spațiul protetic posterior este mai mic de 4- 6 mm
C. când spațiul protetic posterior este mai mic de 6- 8 mm
D. când spațiul protetic posterior este mai mic de 8- 10 mm
E. atrofia accentuată a câmpului protetic
R: A, B, E

168. Indicațiile utilizării acrilatului flexibil de tip VALPLAST:
A. pacienții care prezintă protuberanțe osoase sau tuberozități plonjante
B. pacienți care prezintă alergii la monomerul acrilic
C. pentru căptușiri cosmetice cu scopul de a masca recesiunea gingivală
D. pacienții care nu prezintă protuberanțe osoase sau tuberozități plonjante
E. pacienți care nu prezintă alergii la monomerul acrilic
R: A, B, C

169. Indicațiile utilizării acrilatului flexibil de tip VALPLAST:

A. rezolvă mai multe probleme dificile de tratament care implică dinți parodontotici, sensibilitate dentară, cancere orale sau alte
B. situații în care dinții sunt compromiși
C. situații în care confortul este problematic
D. de elecție în tratamentul pacienților cu torus foarte mare sau despicături palatine
E. situații în care confortul nu este problematic
R: A, B, C, D

170*. Biomaterialele implicate în realizarea protezelor parțiale amovibile scheletate clasice, pot fi:
A. aliaje nobile cu conținut crescut de aur
B. aliaje nobile cu conținut redus de aur
C. aliaje pe bază de Ag- Pd
D. aliaje pe bază de Pd (Pd- Ag, Pd- Cr)
E. toate variantele
R: E

171*. Biomaterialele implicate în realizarea protezelor parțiale amovibile scheletate clasice, pot fi:
A. aliaje nenobile pe bază de Ni- Cr
B. aliaje nenobile pe bază de Co- Cr
C. aliaje nenobile pe bază de Fe
D. aliaje nenobile pe bază de Ti
E. toate variantele
R: E

172*. Care sunt elementele structurale ale protezelor parțiale scheletate:
A. conectorii principali
B. conectorii secundari
C. conectorii principali și conectorii secundari
D. toate variantele
E. nici una dintre variante
R: C

173. Conectorul principal alunei proteze parțiale scheletate:
A. realizează unirea șeilor protetice
B. transmite forțele de solicitare ocluzală de la o șea la alta
C. transmite forțele de solicitare ocluzală de la șea la elementele de menținere și stabilizare
D. nu transmite forțele de solicitare ocluzală de la o șea la alta
E. nutransmite forțele de solicitare ocluzală de la șea la elementele de menținere și stabilizare
R: A, B, C

174. Conectorul principal al unei proteze parțiale scheletate:
A. arcul de conexiune să fie rigid și plasat cât mai simetric
B. arcul de conexiune să fie flexibil și plasat cât mai simetric

C. pentru a asigura profilaxia parodontală a dinților restanți se va plasa la distanță suficientă de parodonțiul marginal
D. pentru a asigura profilaxia parodontală a dinților restanți nu se va plasa la distanță de parodonțiul marginal
E. va avea un volum redus și o grosime minimă
R: A, C, E

175. Care sunt caracteristicile conectorului principal metalic sub formă de bară în cadrul unei proteze parțiale scheletate:
A. are o lățime de 6- 7 mm
B. are o lățime de 8- 9 mm
C. are o grosime de 3 mm
D. are o grosime de 5 mm
E. are dezavantajul grosimii crescute ce modifică esențial relieful bolții palatine
R: A, C, E

176. Care sunt caracteristicile conectorului principal metalic sub formă de bară în cadrul unei proteze parțiale scheletate:
A. este poziționat la distanță de mucoasă în funcție de rezilință și de unele zone precum torus, papila bunoidă
B. pe secțiune are formă ovalară, rotundă sau semiovalară
C. pe secțiune are formă ovalară
D. pe secțiune are formă rotundă
E. pe secțiune are formă semiovalară
R: A, B

177. Barele mandibulare pot fi plasate
A. lingual
B. vestibular
C. dentar
D. toate variantele
E. nici una dintre variante
R: A, B, C

178. Conectorii principali sub formă de plăcuță:
A. sunt benzi metalice cu o lățime mai mare de 10 mm și o grosime cuprinsă între 0,3 -0,5 mm
B. sunt benzi metalice cu o lățime mai mare de 12 mm și o grosime cuprinsă între 0,6 -0,8 mm
C. cu cât lățimea conectorului plăcuță este mai mare, cu atât mai mult se poate reduce grosimea ei
D. cu cât lățimea conectorului plăcuță este mai mică, cu atât mai mult se poate reduce grosimea ei
E. toate variantele
R: A, C

179. Conectorii secundari:
A. sunt elemente rigide ale protezelor parțial amovibile scheletate

B. se realizează prin turnare odată cu celelalte elemente metalice ale protezei
C. au rolul de a uni șeile protetice la elementele de menținere și stabilizare
D. au rolul de a uni elementele de menținere și stabilizare la conectorul principal
E. sunt elemente flexibile ale protezelor parțial amovibile scheletate
R: A, B, C, D

180. Elementele de menținere, sprijin și stabilizare a unei proteze scheletate:
A. sunt părți componente ale protezelor parțiale mobilizabile
B. asigură contactul permanent al piesei protetice cu câmpul protetic în poziție statică
C. asigură uneori contactul piesei protetice cu câmpul protetic în poziție statică
D. asigură contactul permanent al piesei protetice cu câmpul protetic în timpul funcționării aparatului dento- maxilar (ADM)
E. toate variantele
R: A, B, D

181. Funcția de menținere a croșetelor turnate:
A. împiedică desprinderea involuntară a protezei de pe câmpul protetic
B. se datorează brațului retentive al croșetului
C. nuse datorează brațului retentive al croșetului
D. depinde de gradul de retentivitate a dintelui stâlp
E. nu depinde de gradul de retentivitate a dintelui stâlp
R: A, B, D

182. Funcția de stabilizare a croșetelor turnate:
A. croșetul se opune deplasărilor ocluzale
B.croșetul nu se opune deplasărilor ocluzale
C. se obține prin elementele rigide ale croșetului care trebuiesc plasate bilateral
D. seobține prin elementele flexibile ale croșetului care trebuiesc plasate bilateral
E. prelungirea brațelor opozante rigide pe mai mulți dinți mărește stabilizarea
R: A, C, E

183. Funcția de reciprocitate a croșetelor turnate:
A. neutralizează efectul porțiunii flexibile a brațului retentiv, care solicită orizontal dintele stâlp în timpul inserției și dezinserției
B. neutralizează efectul porțiunii flexibile a brațului retentiv, care solicită orizontal dintele stâlp în timpul inserției
C. neutralizează efectul porțiunii flexibile a brațului retentive, care solicită orizontal dintele stâlp în timpul dezinserției
D. solidarizarea prin microproteze a dinților stâlpi mărește valoarea lor parodontală și rezistența la mișcările orizontale ale protezei
E. se frealizează prin șlefuirea fațetei pe care se aplică brațul opozant
R: A, D, E

184. Funcția de reciprocitate a croșetelor turnate:
A. cu aplicarea ulterior de microproteze al căror perete oral este parallel cu axa de inserție

B. se renunță la brațul opozant, rolul de contracroșet revenind unui pinten intern sau unui conector secundar, plasat interdentar
C. nu se renunță la brațul opozant, rolul de contracroșet revenind unui pinten intern
D. neutralizează efectul porțiunii flexibile a brațului retentiv, care solicită orizontal dintele stâlp în timpul inserției și dezinserției
E. toate variantele
R: A, B, D

185. Funcția de sprijin a croșetelor turnate:
A. se opun deplasărilor verticale în direcția mucozală asigurând sprijinul parodontal
B. nu se opun deplasărilor verticale în direcția mucozală asigurând sprijinul parodontal
C. elementul principal care asigură sprijinul parodontal este pintenul
D. pintenii interni vor fi plasați pe dinți acoperiți cu microproteze
E. orice pinten trebuie ranforsat cu un conector secundar
R: A, C, D, E

186. Funcția de încercuire a croșetelor turnate:
A. trebuie să cuprindă mai mult de 180° din circumferința dintelui
B. nu trebuie să cuprindă mai mult de 180° din circumferința dintelui
C. la încercuire trebui să ia parte numai porțiunile rigide ale croșetului
D. la încercuire trebui să ia parte toate porțiunile croșetului
E. asigură stabilizarea orizontală a protezei în sens sagittal și transversal
R: A, C, E

187. Funcția de menținere indirectă a croșetelor turnate:
A. este realizată prin porțiunile terminale felxibile ale brațelor retentive ale croșetelor circulare orientate către edentație
B. este realizată prin porțiunile terminale ale brațelor croșetelor
C. se obține prin jumătatea distală, subecuatorială, orientată către edentație, a porțiunii orizontale a croșetului divizat în ”T”
D. se obține prin jumătatea distală, orientată către edentație
E. se obține prin brațele opozante, mai ales cele care sunt plasate pe microproteze prevăzute cu prag supragingival
R: A, C, E

188. Croșetele speciale sunt nestandardizate și utilizate în cazuri particulare, dintre acestea fac parte:
A. croșetul circular Ackers, denumit și croșet cu trei brațe
B. croșetul continuu (Housset)
C. croșetul în formă de agrafă de păr
D. toate variantele
E. nici una dintre variante
R: A, B, C

189*. Care sunt indicațiile elementelor speciale de menținere, sprijin și stabilizare (EMMS):
A. în asigurarea menținerii, sprijinului și stabilizării protezelor compozite

B. în asigurarea menținerii, sprijinului și stabilizării protezelor overlay
C. în asigurarea menținerii, sprijinului și stabilizării protezelor Swing- lock
D. conferă valențe estetice și de stabilitate bio- mecanică protezărilor mobile
E. toate variantele
R: E

190. Contraindicațiile elementelor speciale de menținere, sprijin și stabilizare (EMMS):
A. la pacienții cu stare generală precară
B. la bolnavii necooperanți
C. la bolnavii cu disabilități psihomotorii
D. la pacienții cu stare generală bună
E. toate variantele
R: A, B, C

191. Avantajele sistemelor speciale de menținere, sprijin și stabilizare (EMMS):
A. realizează o foarte bună menținere, sprijin și stabilizare a protezelor mobile
B. asigură o foarte bună solidarizare a protezei la elemetele restante, realizând o legătură stabilă și inofensivă pentru țesuturile orale
C. asigură o solidarizare a protezei la elemetele restante
D. prin distribuirea corectă a forțelor la nivelul câmpului protetic pot reduce sau amortiza forțele care se transmit de la proteză la dinții restanți
E. sunt elemente puțin vizibile
R: A, B, D, E

192. Avantajele sistemelor speciale de menținere, sprijin și stabilizare (EMMS):
A. sunt elemente discrete, plasate intra sau extracoronar în zona proximală a dinților restanți, respectând astfel funcția fizionomică
B. se depreciază greu
C. rezistă bine în timp
D. nu rezistă în timp
E.Cse pot reoptimiza în caz de dezactivare
R: A, B, C, E

193. Dezvantajele sistemelor speciale de menținere, sprijin și stabilizare (EMMS):
A. sunt laborioase
B. necesită exigențe în execuție
C. necesită materiale speciale
D. tehnica executării lor este dificilă
E. nici una dintre variante
R: A, B, C, D

194. Dezvantajele sistemelor speciale de menținere, sprijin și stabilizare (EMMS):
A. necesită exigențe în execuție
B. aplicarea lor necesită o instruire specială a întregii echipe stomatologice
C. nu necesită exigențe în execuție
D. necesită preparări complexe

E. impun devitalizarea dinților suport
R: A, B, D, E

195*. Elementele speciale de menținere și stabilizare conjunctoare, sunt descrise după cum acționează, astfel,:
A. realizate prin telescopare
B. realizate prin culisare
C. bare
D. capse
E. toate variantele
R: E

196*. Indicațiile coroanelor telescopate:
A. în edentațiile terminale, frontale sau combinate unde protezele mobilizabile au sprijin mixt muco- parodontal
B. în edentațiile terminale, unde protezele mobilizabile au sprijin mixt muco- parodontal
C. în edentațiile frontale unde protezele mobilizabile au sprijin mixt muco- parodontal
D. în edentațiile combinate unde protezele mobilizabile au sprijin mixt muco- parodontal
e. toate variantele
R: A

197. Contraindicațiile coroanelor telescopate:
A. adulți tineri la care camera pulpară este încă prea mare
B. adulți tineri la care camera pulpară este prea mică
C. pacienți la care camera pulpară păstrează un aspect juvenil, documentat prin radiografia dentară
D. pacienți la care camera pulpară păstrează un aspect juvenil
E. nici una dintre variante
R: A, C

198. Avantajele coroanelor telescopate:
A. asigură o stabilizare optimală a protezelor parțiale mobilizabile în toate sensurile
B. de cele mai multe ori asigură transmisia axială a presiunilor ocluzale, deci solicită fiziologic parodonțiul
C. de cele mai multe ori nu asigură transmisia axială a presiunilor ocluzale
D. prin însumarea acțiunii, coroanele telescopate asigură ”imobilizarea activă” secundară a dinților acoperiți
E. prin însumarea acțiunii, coroanele telescopate nu asigură ”imobilizarea activă”
R: A, B, D

199. Avantajele coroanelor telescopate:
A. aplicate în regiunea frontală, sunt în același timp și fizionomice
B. nu favorizează acumularea plăcii dentare
C. favorizează acumularea plăcii dentare
D. favorizează autocurățirea și igiena prin periaj

E. pierderea unui dinte este urmată printr- o manoperă simplă de umplere cu acrilat a coroanei secundare și eventual extinderea bazei
R: A, B, D, E

200. Dezavantajele coroanelor telescopate:
A. sunt costisitoare
B. presupun o supraspecializare a tehnicianului
C. presupun supradotarea laboratorului
D. nu se pot aplica pe dinții tinerilor chiar dacă situația o cere
E. se pot aplica și pe dinții tinerilor dacă situația o cere
R: A, B, C, D

201. Culisele intracoronare:
A. sunt elemente conjunctoare care se fixează pe substructura organică printr- o coroană de înveliș sau corp de punte
B. în interior prezintă un lăcaș retentiv în toate sensurile cu excepția axului de inserție și dezinserție a protezei
C. în interior prezintă un lăcaș retentiv în toate sensurilecu excepția axului de dezinserție a protezei
D. în interior prezintă un lăcaș retentiv în toate sensurile cu excepția axului de inserție a protezei
E. toate variantele
R: A, B

202. Indicațiile culiselor intracoronare:
A. protezările cu sprijin odonto- parodontal
B. soluție de elecție în edentațiile frontale
C. soluție de elecție în edentațiile frontale și laterale
D. soluție de elecție în edentațiile laterale
E. conexiunea se realizează profund în interiorul coroanei dintelui suport, astfel încât forțele ocluzale se direcționează foarte aproape de axul dintelui
R: A, B, E

203. Indicațiile culiselor extracoronare:
A. când se impune o reducere minimă din structura dentară
B. când se impune o reducere majoră din structura dentară
C. presupune o preparare facilă a substructurii organice
D. sistemele extracoronare sunt ușor de inserat
E. sistemele extracoronare sunt ușor de îndepărtat
R: A, C, D, E

204. Barele:
A. sunt elemente conjunctoare
B. realizează o bună stabilizare și sprijin a protezelor
C. realizează o bună repartiție a presiunilor pe suportul dento- parodontal restant
D. nu realizează o repartiție a presiunilor pe suportul dento- parodontal
E. toate variantele

R: A, B, C

205*. Tipuri de bare:
A. Gilmore
B. Dolder
C. Ackermann
D. bara de tip Steg
E. toate variantele
R: E

206. Elementele conjunctoare cu amortizor:
A. sunt elemente de precizie
B. anihilează suprasolicitarea câmpului protetic
C. nu anihilează suprasolicitarea câmpului protetic
D. anihilează deplasările protezelor generate de diferența între reziliența mucozală și cea parodontală
E. anihilează deplasările protezelor
R: A, B, D

207*. Care dintre următoarele croșete sunt disjunctoare:
A. croșetul în formă de balansoar descris de Kennnedy
B. croșetul cu acțiune contrară
C. croșetul prelungit
D. croșetul cu extremitate liberă Rigolet
E. toate variantele
R: E

208. Elementele disjunctoare articulate fără dispozitiv de revenire sunt:
A. șarnierele (balamalele)
B. sistemul AX- RO
C. balamalele
D. șarniera cu resort elastic
E. coroane cu amortizor
R: A, B, C

209. Elementele disjunctoare articulate cu dispozitiv de revenire sunt:
A. șarniera cu resort elastic
B. coroane cu amortizor
C. alte sisteme amortizate
D. sistemul AX- RO
E. șarnierele (balamalele)
R: A, B, C

210. În categoria dințior stâlpi (DS) care nu necesită microproteze sunt incluși:
A. dinții restanți care au o grosime a smalțului crescută
B. dinți care nu prezintă leziuni carioase

C. au o implantare convenabilă
D. dinții restanți care au o grosime a smalțului scăzută
E. dinți care prezintă leziuni carioase
R: A, B, C

211. Secvența preparării dinților stâlpi presupune următoarele etape:
A. realizarea planurilor de ghidaj
B. remodelarea dinților stâlp
C. modelarea dinților stâlp
D. prepararea lăcașelor pentru pinteni externi
E. prepararea lăcașelor pentru pinteni interni
R: A, B, D

212. Prepararea lăcașelor pentru pinteni este necesară deoarece:
A. se asigură o suprafață optimă pentru aplicarea elementelor de suport dento- parodontal
B. se asigură o suprafață optimă pentru aplicarea elementelor de suport
C. previne apariția contactelor premature
D. previne apariția contactelor premature și a interferențelor
E. pintenii devin mai puțin sesizabili tactil de către pacient
R: A, D, E

213. Pregătirea lăcașelor pentru pinteni va conduce la:
A. o solicitare a dintelui în axul de implantare
B. va asigura un suport dento- parodongtal mai eficient
C. va preveni migrarea dentară
D. nu va preveni migrarea dentară
E. nici una dintre variante
R: A, B, C

214. Un pinten aplicat pe o suprafață dentară nepreparată va fi în relief, determinând:
A. interferențe
B. retenția alimentelor
C. dificultăți de adaptare din partea pacientului
D. facilitate de adaptare din partea pacientului
E. toate variantele
R: A, B, C

215. Pregătirea unui lăcaș pentru pinten va determina:
A. plasarea acestuia în interiorul conturului dintelui
B. va fi mai greu sesizabil de către pacient
C. nu va produce interferențe ocluzale
D. nu va produce contacte premature
E. va produce contacte premature
R: A, B, C, D

216. Indicațiile acoperirii dinților stâlpi cu microproteze:

A. pacient cu boală carioasă cu nivel de afectare mediu sau crescut
B. pacient cu boală carioasă cu nivel de afectare mic sau mediu
C. igienă orală deficitară
D. când dinții nu prezintă retentivități naturale
E. când dinții prezintă retentivități naturale
R: A, C, D

217. Indicațiile acoperirii dinților stâlpi cu microproteze:
A. remodelarea fețelor laterale necesită sacrificii mari de substanță
B. remodelarea fețelor laterale nu necesită sacrificii mari de substanță
C. realizarea lăcașelor ocluzale implică sacrificiu mare de substanță
D. realizarea lăcașelor ocluzale nu implică sacrificiu mare de substanță
E. nivelarea planului de ocluzie presupune șlefuiri importante
R: A, C, E

218. Indicațiile acoperirii dinților stâlpi cu microproteze:
A. când dinții restanți prezintă mobilitate patologică și necesită imobilizare
B. există microproteze vechi necorespunzătoare
C. când dinții prezintă abrazie accentuată
D. când dinții nu prezintă abrazie accentuată
E. când este necesară realizarea unor rapoarte ocluzale normale
R: A, B, C, E

219. Caracteristici ale microprotezelor:
A. lăcașele pentru pintenii ocluzali se prepară cu o adâncime mai mare decât pe dinții naturali
B. convexitatea vestibulară va fi adaptată tipului de croșet, dar nu mai mare de 1mm, în general plasată spre mezial sau distal
C. convexitatea vestibulară va fi adaptată tipului de croșet, dar nu mai mare de 3mm, în general plasată spre mezial sau distal
D. convexitatea vestibulară va fi adaptată tipului de croșet, în general plasată spre mezial sau distal
E. planurile de ghidare pe fețele proximale se realizează în funcție de axa de inserție a viitoarei proteze
R: A, B, E

220. Când se recurge la dispozitivele corono- radiculare:
A. raportul coroană- rădăcină este modificat în favoarea coroanei
B. raportul coroană- rădăcină este modificat în favoarea rădăcinii
C. când dinții prezintă mobilitate patologică
D. când dinții prezintă mobilitate fiziologică
E. se impun măsuri de ancorare fizionomice ale protezei
R: A, C, E

221.În funcție de modalitatea de realizare a obiectivelor amprentării, port- amprentele se clasifică astfel:
A. port- amprente standard

B. port- amprente semifuncționale
C. port- amprente individuale funcționale
D. port- amprente
E. toate variantele
R: A, B, C

222. În cadrul realizării amprentei preliminare se ține cont de:
A. particularitățile câmpului protetic edentat partial, acesta fiind retentiv
B. alternanța suportului dento- parodontal
C. alternanța suportului muco- osos
D.particularitățile câmpului protetic edentat partial, acesta fiind reretentiv
E. toate variantele
R: A, B, C

223. Alegerea port- amprentei standard se realizează în funcție de câteva criterii:
A. să prezinte rigiditate
B. să nu jeneze jocul formațiunilor mobile
C. să cuprindă în totalitate câmpul protetic
D. să nu cuprindă în totalitate câmpul protetic
E. să nu fie rigidă
R: A, B, C

224. Alegerea port- amprentei standard se realizează în funcție de câteva criterii:
A. să asigure o grosime suficientă materialului de amprentă
B. marginile materialului de amprentă să se oprească la 2- 3 mm de linia ghirlandată
C. marginile materialului de amprentă să se oprească la 4- 5 mm de linia ghirlandată
D. să prezinte rigiditate
E. să cuprindă în totalitate câmpul protetic
R: A, B, D, E

225. Prin definiție amprenta preliminară:
A. reprezintă negativul câmpului protetic edentat
B. se înregistrează cu un material specific de amprentare
C. se realizează într- o portamprentă standard
D. se realizează în condițiile de mobilizării periferiei de către medic
E. se realizează într- o portamprentă funcțională
R: A, B, C, D

226. Care sunt obiectivele amprentării:
A. mecanice
B. funcționale
C. biologice
D. toate variantele
E. nici una dintre variante
R: A, B, C

227*. În funcție de condițiile clinice și obiectivele urmărite, se va opta pentru unul din următoarele materiale de amprentă preliminare:
A. mase alginice
B. mase termoplastice
C. siliconi
D. mase alginice, mase termoplastice, siliconi
E. toate variantele
R: D

228. Realizarea în cadrul amprentării a funcționalizării periferiei câmpului protetic precizează:
A. limita marginilor viitoarei restaurări mobilizabile
B. grosimea marginilor viitoarei restaurări mobilizabile
C. influențează menținerea viitoarei restaurări mobilizabile
D. nuinfluențează menținerea stabilității viitoarei restaurări mobilizabile
E. influențează stabilitatea viitoarei restaurări mobilizabile
R: A, B, C, E

229. Schematizând posibilitățile de funcționalizare a periferiei câmpului protetic, putem descrie 3 tipuri de mișcări care se pot realiza în cursul amprentării:
A. mișcări nefuncționale
B. mișcări funcționale neautomatizate
C. mișcări funcționale automatizate
D. mișcări nefuncționale automatizate
E. toate variantele
R: A, B, C

230. Înaintea fazei de amprentare propriuzisă se procedează la o serie de pregătiri în vederea realizării amprentării:
A. se pregătește materialul necesar
B. se pregătește materialul necesar (instrumente de consultație, două tăvițe renale, compas, creion chimic, spatula, fuloar)
C. materialul necesar pentru prepararea materialului de amprentă
D. se va face o pregătire a bolnavului
E. toate variantele
R: B, C, D

231. În etapa de amprentare propriuzisă vom efectua următoarele pregătiri ale pacientului:
A. psihică
B. medicamentoasă
C. fizică
D. toate variantele
E. nici una dintre variante
R: A, B, C

232. Vom încerca obținerea colaborării pacientului prin:
A. calmarea acestuia

B. cu ajutorul unor substanțe medicamentoase vom combate anxietatea
C. cu ajutorul unor substanțe medicamentoase vom diminua refexul de vomă care poate să apară în timpul amprentării
D. vom diminua secreția salivară
E. vom stimula hipersalivația
R: A, B, C, D

233. Pregătirea fizică a bolnavului presupune:
A. așezarea acestuia în poziție corectă
B. protecția vestimentară cu halite, babete și șorțuri
C. se va folosi tăvița renală pentru colectarea salivei
D. se va folosi tăvița renală pentru colectarea surplusului de material de amprentă
E. calmarea psihică a pacientului
R: A, B, C, D

234. Se va acorda o atenție deosebită pregătirii câmpului protetic în cadrul etapei de amprentare, prin:
A. îndepărtarea mucusului salivar
B. realizarea unei vasoconstricții a mucoasei
C. dușuri orale reci
D. dușuri orale calde
E. toate variantele
R: A, B, C

235. În caz de reflex de vomă accentuat în timpul etapei de amprentare, se poate desensibiliza vălul palatin prin:
A. utilizarea anestezicelor de contact prin badijonare
B. utilizarea anestezicelor de contact prin spray
C. nu există metode de desensibilizare
D. toate variantele
E. nici una dintre variante
R: A, B

236. Având în vedere particularitățile câmpului protetic edentate partial întins, utilizarea materialelor alginice este cea mai frecventă deoarece:
A. au un gust plăcut
B. au aspect plăcut
C. vâscozitatea este medie
D. vâscozitate crescută
E. prezintă elasticitate
R: A, B, C, E

237. Pregătirea materialului de amprentă alginic, va trebui să țină seama de recomandările firmei producătoare privind:
A. proporția pulbere apă
B. timpul de spatulare

C. timpul de manipulare
D. timpul de priză
E. pregătirea materialului de amprentă se poate realiza empiric
R: A, B, C, D

238. Materialul de amprentă odată preparat se introduce în portamprentă, apoi:
A. se netezește suprafața sa cu mâna umedă
B. se redă impresiunea crestei în zona edentată
C. se poziționează centric portamprenta în cavitatea orală exercitând presiuni dinspre posterior spre anterior, pentru îndepărtarea surplusului de material
D.se poziționează portamprenta în cavitatea orală exercitând presiuni dinspre anterior spre posterior, pentru îndepărtarea surplusului de material
E. toate variantele
R: A, B, C

239. În timpul amprentării medicul va realiza o serie de mișcări:
A. masaje
B. tracțiuni
C. rotații ale buzelor și obrazului în scopul obținerii unei amprente preliminare cât mai exacte
D. nu sunt necesare intervenții din partea medicului
E. mișcările realizate de către medic pot deforma amprenta
R: A, B, C

240. După dezinserția amprentei din cavitatea bucală, aceasta:
A. nu se va spăla
B. nu se va decontamina
C. se va examina atent
D. se va trimite laboratorului de tehnică dentară pentru turnarea modelului
E. se va spăla, se va decontamina pentru îndepărtarea mucusului, salivei sau sângelui și a florei bacteriene
R: C, D, E

241. Amprentele funcționale mucostatice:
A. se înregistrează cu ajutorul port- amprentelor individuale
B. port- amprentele individuale folosite pentru amprentarea funcțională vor avea margini scurte pentru a nu influența periferia câmpului protetic
C. se utilizează materiale de amprentare de mare fluiditate
D. se utilizează materiale de amprentare de fluiditate scăzută
E. se înregistrează cu ajutorul port- amprentelor standard
R: A, B, C

242. Prin amprentarea muco- statică se obțin amprente de adeziune care:
A. nu utilizează și nu pun în valoare succiunea
B.utilizează și pun în valoare succiunea
C. nu utilizează și nu pun în valoare tonicitatea musculară
D. utilizează și pun în valoare tonicitatea musculară

E. prin amprenta muco- statică nu se obțin amprente de adeziune
R: A, C

243. Amprentele funcționale muco- dinamice se împart în mai multe categorii în funcție de poziția mandibulei în timpul amprentării, astfel:
A. amprente cu gura deschisă
B. amprente cu gura întredeschisă
C. amprente cu gura închisă
D. amprente combinate
E. toate variantele
R: A, C, D

244. Amprentele funcționale cu gura deschisă:
A. sunt cele mai frecvent utilizate
B. sunt rar utilizate
C. oferă ușurință în înregistrarea detaliilor câmpului protetic
D. oferă o serie de posibilități de mobilizare a periferiei câmpului protetic prin teste
E. nu oferă posibilități de mobilizare a periferiei prin teste
R: A, C, D

245. Amprentele funcționale cu gura închisă:
A. sunt de regulă amprente înregistrate sub presiune ocluzală
B. necesită port- amprente rezistente prevăzute cu valuri de ocluzie
C. în loc de port- amprente se pot folosi protezele vechi
D. în loc de port- amprente nu se pot folosi protezele vechi
E. nu necesită port- amprente prevăzute cu valuri de ocluzie
R: A, B, C

246. După numărul de materiale utilizate, amprentele funcționale se pot clasifica în:
A. amprente funcționale simple
B. amprente
C. amprente combinate
D. amprente preliminare
E. amprente funcționale compozite
R: A, E

247. După gradul de compresiune, amprentele funcționale se impart în:
A. amprente funcționale compresive
B.amprente funcționale decompresive
C.amprente funcționale cu compresiune selectivă
D. toate variantele
E. nici una dintre variante
R: A, B, C

248. Amprentele funcționale compresive:
A. se adresează câmpurilor protetice dure

B. se adresează câmpurilor protetice cu duritate scăzută
C. necesită port- amprente rezistente
D. necesită materiale cu vâscozitate ridicată
E. necesită materiale cu vâscozitate scăzută
R: A, C, D

249.Amprentele funcționale decompresive:
A. sunt rezervate câmpurilor protetice moi
B. sunt rezervate câmpurilor protetice dure
C. utilizează port- amprente la distanță
D. necesită material de amprentă fluide
E. necesită materiale de amprentă cu vâscozitate ridicată
R: A, C, D

250. Amprentele funcționale cu compresiune selectivă:
A. se bucură de cea mai largă utilizare
B. sunt rar utilizate
C. obținerea compresiunii selective derivă din utilizarea materialului în raport cu rezilienta câmpului protetic
D. obținerea compresiunii selective nu derivă din utilizarea materialului în raport cu rezilienta câmpului protetic
E. nici una dintre variante
R: A, C

251. Obținerea compresiunii selective în cazul amprentelor funcționale cu compresiune selectivă, se realizează prin:
A. utilizarea materialului în raport cu rezilienta câmpului protetic
B. distanțarea port- amprentei prin foliere sau radiere
C. despovărarea selectivă cu ajutorul orificiilor practicate în baza port- amprentei individuale
D. evitarea orificiilor în baza port- amprentei
E. nu are importanță materialul de amprentă utilizat
R: A, B, C.

252. În raport de funcția stimulată în declanșarea testelor automatizate, amprentele funcționale pot fi:
A. fonetice (Harve, Devin)
B. de masticație (Max Speng)
C. de deglutiție (Hromatke)
D. toate variantele
E. nici una dintre variante
R: A, B, C

253. Port- amprentele individuale:
A. sunt variate ca formă
B. nu sunt variate ca formă
C. sunt variate prin concepție

D. se confecționează din placă de bază
E. se confecționează din acrilate autopolimerizabile
R: A, C, D, E

254. Port- amprentele individuale:
A. se confecționează din acrilate termopolimerizabile (mai ales pentru mandibulă)
B. se confecționează din acrilate autopolimerizabile
C. sunt variate prin concepție
D. nu sunt variate prin concepție
E. nu sunt variate ca formă
R: A, B, C

255*. În raport de concepția ce stă la baza amprentării, se cunosc mai multe metode de confecționare a port- amprentelor:
A. port- amprente în contact complet
B. port- amprente complet distanțate
C. port- amprente cu contact marginal
D. port- amprente distanțate parcelar
E. toate variantele
R: E

PROTEZA PARŢIALĂ MOBILIZABILĂ ACRILICĂ

1. În cadrul factorilor cauzali determinanţi ai edentaţiilor parţiale întinse intră:
A. Cauze congenitale
B. Cauze aparente
C. Cauze dobândite
D. Factori de risc
E. Factori socio-demografici şi economici
R: A, B, C

2. În cadrul factorilor cauzali favorizanţi ai edentaţiilor parţiale întinse intră:
A. Cauze congenitale
B. Factori de risc
C. Cauze aparente
D. Factori genetici
E. Cauze dobândite
R: B, D

3*. Incluzia dentară este o cauză a edentaţiei parţiale întinse:
A. Aparentă
B. Congenitală
C. Dobândită de cauze locale
D. Dobândită de cauze generale
E. Dată de factori de risc
R: A

4. Cauzele locale ale incluziei dentare sunt reprezentate de:
A. Lipsa spaţiului pe arcadă
B. Forma dintelui inclus
C. Despicătura labio-palatină
D. Rahitismul
E. Poziţia prea profundă a mugurelui
R: A, B, E

5. În cadrul cauzele dobândite locale ale edentaţiei parţiale întinse intră:
A. Caria şi complicaţiile ei
B. Incluzia dentară
C. Parodontopatia marginală
D. Rahitismul
E. Iatrogeniile
R: A, C, E

6*. Cauzele obiective ale iatrogeniilor produse în practica stomatologică sunt reprezentate de:
A. Insuficienta pregătire practică a medicului
B. Complexitatea cazului sau particularităţile pacientului
C. Lipsa de dotare corespunzătoare
D. Rahitismul
E. Deficienţe în execuţia actului terapeutic
R: B

7. Semnele subiective ale unui pacient cu edentaţie parţială întinsă ce se prezintă la seviciile noastre sunt reprezentate de:
A. Fenomenul dureros
B. Semne faciale
C. Insuficienţa funcţională
D. Modificarea unghiului goniac
E. Simetria facială
R: A, B

8*. Hipodonţia defineşte:
A. Lipsa tuturor unităţilor odontale
B. Lipsa a 1-4 muguri dentari
C. Prezenţa pe arcadă a 1-2 dinţi
D. Absenţa unui număr mai mare de 8 unităţi dentare
E. Prezenţa tuturor dinţilor pe arcade
R: B

9*. Oligodonţia defineşte:
A. Lipsa tuturor unităţilor odontale
B. Lipsa a 1-4 muguri dentari
C. Prezenţa pe arcadă a 1-2 dinţi

D. Absenţa unui număr mai mare de 8 unităţi dentare
E. Prezenţa tuturor dinţilor pe arcade
R: D

10. Manifestările durerii la pacientul edentat parţial întins se pot regăsi sub următoarele forme:
A. Hiperestezie dentinară
B. Durere neuropată
C. Durere fantomă
D. Durere viscerală
E. Sindromul de bont dureros
R: A, C, E

11. Manifestările durerii la pacientul edentat parţial întins se pot regăsi sub următoarele forme:
A. Hiperestezie alveolară
B. Durere somatică
C. Durere fantomă
D. Durere viscerală
E. Disfuncţia sistemului stomatognat
F. R: A, C, E

12. Cele mai frecvente metode antropometrice de măsurare a etajelor feţei fără repere preextracţionale sunt:
A. Metoda Leonardo de Vinci
B. Metoda arcului de cerc
C. Metoda şublerului
D. Metoda Willis
E. Metoda Boianov
R: A, D, E

13. În edentaţia parţială întinsă înălţimea spaţiul protetic potenţial poate fi mărită datorită:
A. Atrofiei accentuate a crestei alveolare
B. Ocluziei deschise
C. Extruziei sau egresiei dinţilor limitanţi în condiţiile absenţei dinţilor antagonişti breşei edentate
D. Subocluziei dinţilor limitrofi breşei edentate
E. Abraziei sau distrucţiei coronare a dinţilor limitanţi breşei edentate
R: A, B, C

14. În edentaţia parţială întinsă înălţimea spaţiul protetic potenţial poate fi micşorată datorită:
A. Atrofiei accentuate a crestei alveolare
B. Ocluziei deschise
C. Extruziei sau egresiei dinţilor limitanţi în condiţiile absenţei dinţilor antagonişti breşei edentate
D. Subocluziei dinţilor limitrofi breşei edentate
E. Abraziei sau distrucţiei coronare a dinţilor limitanţi breşei edentate
R: D, E

15. În edentaţia parţială întinsă amplitudinea spaţiul protetic potenţial poate fi micşorată datorită:
A. Modificări de volum ale dinţilor limitrofi breşei edentate prin obturaţii debordante sau tratamente protetice necorespunzător realizate
B. Ocluziei deschise
C. Extruziei sau egresiei dinţilor limitanţi în condiţiile absenţei dinţilor antagonişti breşei edentate
D. Versii sau migrări corporeale ale dinţilor limitrofi spre breşa edentată
E. Abraziei sau distrucţiei coronare a dinţilor limitanţi breşei edentate
R: A, D

16. În edentaţia parţială întinsă amplitudinea spaţiul protetic potenţial poate fi mărită datorită:
A. Modificări de volum ale dinţilor limitrofi breşei edentate prin preparare sau distrucţie coronară
B. Ocluziei deschise
C. Extruziei sau egresiei dinţilor limitanţi în condiţiile absenţei dinţilor antagonişti breşei edentate
D. Versii sau migrări corporeale ale dinţilor limitrofi spre breşa edentată
E. Abraziei sau distrucţiei coronare a dinţilor limitanţi breşei edentate
R: A, D

17. În edentaţia parţială întinsă lăţimea spaţiul protetic potenţial poate fi mărită datorită:
A. Creste exostotice
B. Înclinări vestibulo-orale ale dinţilor limitrofi
C. Extruziei sau egresiei dinţilor limitanţi în condiţiile absenţei dinţilor antagonişti breşei edentate
D. Versii sau migrări corporeale ale dinţilor limitrofi spre breşa edentată
E. Tratamente odontale sau protetice necorespunzătoare pe dinţii limitrofi
R: A, B, E

18. În edentaţia parţială întinsă lăţimea spaţiul protetic potenţial poate fi micşorată datorită:
A. Rotaţii în ax ale dinţilor limitrofi
B. Înclinări vestibulo-orale ale dinţilor limitrofi
C. Preparări ale dinţilor limitrofi
D. Versii sau migrări corporeale ale dinţilor limitrofi spre breşa edentată
E. Atrofia crestei alveolare
R: A, C, E

19*. Insuficienţa funcţională masticatorie în edentaţiile frontale afectează:
A. Fizionomia
B. Triturarea alimentelor
C. Fonaţia
D. Incizia alimentelor
E. Zdrobirea alimentelor
R: D

20. Prin antecedentele personale stomatologice ale pacientului se obţin o serie importantă de date privind:
A. Suspiciunea pentru o anumită afectare stomatologică
B. Evoluţia şi importanţa acordată de pacient patologiei oral
C. Valorile tensiunii arteriale
D. Consemnarea eventualelor parafuncţii existente şi modul lor de manifestare
E. Prezenţa unor boli infecto-contagioase
R: A, B, D

21. În cazul unui pacient purtător de proteze mobilizabile la antecedentele personale stomatologice ale pacientului ne interesează:
A. Momentul protezării
B. Preţul tratamentului
C. Modul cum a decurs şi a fost suportat tratamentul
D. Modul cum s-a acomodat pacientul cu proteza
E. Efectele protezării asupra câmpului protetic
R: A, C, D

22. La inspecţia din normă frontală a edentatului parţial întins se au în vedere următoarele elemente:
A. Aspectul morfologic static şi dinamic de ansamblu
B. Conturul feţei
C. Profilul feţei
D. Simetria facială
E. Stereotipul individual de masticaţie
R: A, B, D

23. La inspecţia de profil a edentatului parţial întins se au în vedere următoarele elemente:
A. Profilul facial
B. Conturul feţei
C. Postura buzelor
D. Simetria facială
E. Unghiul nazo-labial
R: A, C, E

24. La inspecţia de profil a edentatului parţial întins se au în vedere următoarele elemente:
A. Treapta labială
B. Conturul feţei
C. Poziţia mentonului
D. Simetria facială
E. Şanţul labio-mentonier
R: A, C, E

25. Prin palparea superficială a pacientului se urmăreşte:
A. Starea de hidratare a tegumentelor

B. Sensibilitatea
C. Temperatura
D. Punctele de emergenţă ale trigemenului
E. Eventuale denivelări şi deformări
R: A, B, C, E

26*. În mod normal grupele ganglionare sunt:
A. Palpabile
B. Nepalpabile
C. Cu temperatură ridicată
D. Vizibile cu ochiul liber
E. De consistenţă păstoasă
R: B

27. Palparea articulaţiei temporo-mandibulare în dinamică se realizează:
A. În închidere-deschidere
B. Cu gura închisă
C. Cu patru degete poziţionate pretragian
D. Palpare bidigitală
E. Palpare bimanuală cu toată palma
R: A, C, D

28. La exemnul suportului odontal se va preciza dacă:
A. Punctul de contact este punctiform sau în suprafaţă
B. Dacă punctul de contact este absent prin tremă, diastemă sau edentaţie
C. Se vor aprecia rădăcinile
D. Se va examina papila interdentară dacă este prezentă
E. Dacă este prezent se descrie spaţiul protetic potenţial
R: A, B, D, E

29. Bolta palatină se va examina din punct de vedere al:
A. Formei
B. Simetriei
C. Adâncimii
D. Mărimea tuberozităţilor
E. Dacă este prezent torusul palatin se va descrie mărimea şi poziţia lui
R: A; B; C; E;

30. Situaţiile clinice cele mai frecvente care necesită proteze imediate acrilice amovibile parţiale cu caracter provizoriu sunt:
A. Arcade dentare integre la care se vor executa extracţii în zona frontală şi laterală în mai multe etape
B. Arcade dentare integre la care apare o breșă redusă în zona frontală
C. Arcade dentare edentate parţial protezate prin restaurări fixe la care se recomandă ablaţia punţilor dentare în scopul refacerii lor

D. Arcade edentate total
E. Arcade dentare edentate parţial protezate mobil la care se recomandă noi extracţii cu transformarea protezei parţiale în proteză totală
R: A, B, C, E

31. Proteza parţială acrilică este compusă din următoarele elemente:
A. Şeile protezei
B. Arcada dentară artificială
C. Conectorul principal
D. Elementele de menţinere, sprijin şi stabilizare
E. Capsele elastice
R: A, B, C, D

32. Ce examene paraclinice generale se pot efectua în cabinetul de medicină dentară:
A. Determinarea tensiunii arteriale
B. Examen sumar de urină
C. Determinarea glicemiei
D. Determinarea formulei leucocitare
E. Hemoleucograma
R: A, C

33. Suportul dento-parodontal în edentaţia parţială întinsă este format din:
A. Dinţii restanţi
B. Bolta palatină
C. Parodonţiul dinţilor restanţi
D. Tuberozităţile maxilare
E. Tuberculii piriformi
R: A, C

34. Aşa numitele „zone biostatice” sunt reprezentate de:
A. Crestele edentate
B. Bolta palatină
C. Parodonţiul dinţilor restanţi
D. Tuberozităţile maxilare
E. Tuberculii piriformi
R: B, D, E

35. Elementele componente ale spaţiului protetic potenţial sunt:
A. Dinţii limitrofi breşei edentate
B. Bolta palatină
C. Dinţii arcadei antagoniste în raport cu spaţiul edentat
D. Crestele edentate
E. Tuberculii piriformi
R: A, C, D

36. Şeile protezelor parţiale:
A. Reprezintă suportul de fixare al dinţilor artificiali
B. Acopere crestele edentate
C. Numărul lor este în acord cu numărul spaţiilor protetice potenţiale
D. Acopere bolta palatină până la linia „Ah”
E. Refac forma şi volumul crestelor afectate de rezorbţie şi atrofie
R: A, B, C, E

37. Şeile protezelor parţiale:
A. Reprezintă suportul de fixare al dinţilor artificiali
B. Transmit forţele de solicitare conectorului principal
C. Se opun forţelor de deplasare verticale şi orizontale constituind şi un element antibasculant
D. La contactul cu dintele limitrof trebuie să pătrundă în zonele retentive sub ecuatorul protetic
E. Prezintă doi versanţi: vestibular şi oral
R: A, B, C, E

38. Versantul oral al şeilor:
A. Trebuie să protejeze papila interdentară şi parodonţiul marginal
B. Trebuie să aibe o înălţime mai mică decât versantul vestibular
C. Trebuie să aibe o înălţime egală cu versantul vestibular
D. La contactul cu dintele limitrof nu trebuie să pătrundă în zonele retentive sub ecuatorul protetic
E. Acopere zonele biostatice
R: A, C, D, E

39. Versantul vestibular al şeilor:
A. Acopere versantul vestibular al crestei, de la vârf până la fundul de sac vestibular
B. Trebuie să aibe o înălţime mai mică decât versantul oral
C. Se modelează anatoform mai ales în zona frontală
D. Are marginile rotunjite, ocolind bridele şi frenul buzei
E. Trebuie să aibe o înălţime egală cu versantul oral
R: A, C, D, E

40*. Conform principiilor biomecanice ale realizării arcadelor artificiale formulate de Ackerman, prin heteropoziţie se înţelege:
A. Schimbarea culorii dinţilor artificiali
B. Schimbarea ordinii dinţilor artificiali
C. Reducerea numărului de dinţi artificiali
D. Modificarea cuspidării dinţilor artificiali
E. Modificarea morfologiei dinţilor artificiali
R: B

41*. Conform principiilor biomecanice ale realizării arcadelor artificiale formulate de Ackerman, prin heteromorfie se înţelege:
A. Schimbarea culorii dinţilor artificiali
B. Schimbarea ordinii dinţilor artificiali

C. Reducerea numărului de dinţi artificiali
D. Modificarea cuspidării dinţilor artificiali
E. Modificarea morfologiei dinţilor artificiali
R: E

42*. Conform principiilor biomecanice ale realizării arcadelor artificiale formulate de Ackerman, prin heteronumăr se înţelege:
A. Schimbarea culorii dinţilor artificiali
B. Schimbarea ordinii dinţilor artificiali
C. Reducerea numărului de dinţi artificiali
D. Modificarea cuspidării dinţilor artificiali
E. Modificarea morfologiei dinţilor artificiali
R: C

43. Placa palatinală (conectorul principal acrilic) are rolul:
A. Uneşte şeile între ele
B. Acopere crestele edentate
C. Îmbunătăţeşte stabilitatea protezei prin adeziune
D. Dispersează presiunile masticatorii pe o suprafaţă mai mare
E. Reprezintă suportul de fixare al dinţilor artificiali
R: A, C, D

44. Croşetele simple acrilice:
A. Se utilizează rar deoarece provoacă leziuni ale mucoasei
B. Se pot fractura uşor
C. Produc rezorbţii şi atrofii marcate ale ţesutului muco-osos
D. Sunt cele mai utilizate la proteza mobilizabilă acrilică
E. Fac corp comun cu restul construcţiei protetice pornind din conectorul principal
R: A, B, C, E

45. Croşetul Stahl (cervico-ocluzal interdentar) este cel mai frecvent utilizat în:
A. Ortodonţie
B. Chirurgie dento-alveolară
C. La proteze parţiale acrilice pe hemiarcade integre
D. Neurologie
E. La proteza totală
R: A, C

46*. Cel mai elastic croşet din sârmă este:
A. Cervico-alveolar deschis dental
B. Cervico-alveolar deschis edental
C. Cervico-ocluzal deschis edental
D. Cervico-ocluzal deschis dental
E. Ocluzo-interdentar
R: A

47. Protezarea flexibilă are următoarele indicaţii:
A. La pacienţii cu alergie la acrilat
B. La pacienţii cu torusuri sau tuberozităţi voluminoase
C. Pentru evitarea stresului pe unităţile odonto-parodontale restante
D. Când starea de igienă orală este precară
E. Din considerente estetice de mascare a retracţiei gingivale
R: A, B, C, E

48. Materialele din care se confecţionează protezele parţiale mobilizabile flexibile prezintă următoarele proprietăţi:
A. Memorie elastică deosebită
B. Greutate specifică mare
C. Absenţa porozităţilor
D. Teoretic nu se fracturează
E. Nu pot fi rebazate
R: A, C, D

49. Amprenta preliminară în edentaţia parţială întinsă:
A. Este copia pozitivă a câmpului protetic
B. Este copia negativă a câmpului protetic
C. Se ia cu linguri individuale
D. Serveşte la confecţionarea modelului preliminar
E. Reproduce toate elementele zonei de sprijin a viitoarei proteze
R: B, D, E

50. Lingurile universale (standard) folosite la amprentarea preliminară trebuie să îndeplinească următoarele condiţii:
A. Să fie rigide
B. Să retenţioneze cât mai bine materialul de amprentă
C. Să limiteze mişcările funcţionale ale părţilor moi
D. Să corespundă ca mărime şi formă arcadei amprentate
E. Să nu cuprindă în interiorul lor tuberozităţile maxilare sau tuberculii piriformi
R: A, B, D

51*. Ce material se foloseşte cu predilecţie la amprentarea preliminară a edentaţiei parţiale tratată prin proteze mobilizabile acrilice:
A. Gipsul
B. Alginatele (hidrocolozii ireversibili)
C. Materialele buco-plastice
D. Hidrocoloizii reversibili
E. Stentzul
R: B

52. Pregătirea cavităţii bucale a pacientului în vederea amprentării preliminare în edentaţia parţială întinsă constă din:
A. Detartraj riguros

B. Deretentivizarea zonelor retentive ale câmpului protetic
C. Pulpectomia dinţilor stâlpi
D. O perfectă igienă bucală
E. Extracţia molarilor de minte
R: A, B, D

53. Obiectivele amprentării preliminare în edentaţia parţială întinsă sunt:
A. Cuprinderea întregului câmp protetic
B. Creearea premizelor unei menţineri şi stabilităţi optime
C. Evitarea interferenţelor cu musculatura periprotetică
D. Evitarea interferenţelor cu dinţii stâlpi
E. Realizarea închiderii marginale
R: A, B, C

54. Avantajele utilizării alginatelor în amprentarea preliminară sunt:
A. Nu aderă de lingura standard
B. Reproduc cu fidelitate detaliile câmpului protetic
C. Sunt elastice după priză
D. Sunt lipsite de toxicitate
E. Apar modificări dimansionale ale amprentei prin fenomene de hidrocinetică
R: B, C, D

55. La prepararea alginatului pentru amprenta preliminară:
A. Apa trebuie să fie fierbinte
B. Apa trebuie să aibe 18-20 grade Celsius
C. În bol se pune mai întâi apa şi apoi pudra
D. În bol se pune mai întâi pudra şi apoi apa
E. Malaxarea se face la început prin mişcări lente
R: B, C, E

56. Aplicarea alginatului în lingura standard de amprentare se face:
A. Pe o lingură umezită în prealabil
B. Pe o lingură bine uscată
C. Se umple pornind de la o extremitate a lingurii
D. Se umple pornind din centrul lingurii
E. După umplere, suprafaţa materialului se netezeşte cu mâna uşor umezită
R: B, C, E

57*. La amprentarea preliminară la maxilar medicul stă:
A. În poziţie latero-posterioară dreapta faţă de pacient
B. În faţa pacientului
C. În poziţie antero-laterală dreapta faţă de pacient
D. În spatele pacientului
E. Unde îi este mai comod
R: A

58*. La amprentarea preliminară la mandibulă medicul stă:
A. În poziţie latero-posterioară dreapta faţă de pacient
B. În faţa pacientului
C. În poziţie antero-laterală dreapta faţă de pacient
D. În spatele pacientului
E. Unde îi este mai comod
R: C

59. La verificarea amprentei preliminare trebuie ca:
A. Materialul de amprentă să prezinte o grosime uniformă în toate zonele
B. Marginile să fie modelate după forma şi dimensiunile fundurilor de sac
C. Amprenta să fie asimetrică
D. Suprafaţa amprentei să nu prezinte aspect de material tras
E. Să se vadă marginile lingurii
R: A, B, D

60. Lingura individuală este:
A. Suportul rigid, nedeformabil pentru materialul de amprentă funcţională
B. De unică folosinţă
C. Individualizată pentru fiecare pacient
D. Sunt gata confecţionate de firmele de specialitate
E. Asigură o extindere maximă a bazei viitoarei proteze
R: A, B, C, E

61. Lingurile individuale se pot confecţiona din:
A. Ceară
B. Placă de bază
C. Răşini diacrilice fotopolimerizabile
D. Metale
E. Sticlă
R: B. C, D

62. Amprenta funcţională (finală) este:
A. Copia negativă a câmpului protetic
B. Copia pozitivă a câmpului protetic
C. Luată cu o lingură universală
D. Luată cu o lingură individuală
E. Luată cu un material de mare precizie
R: A, D, E

63*. Materialele de elecţie pentru amprentarea finală în edentaţia parţială întinsă sunt:
A. Alginatele
B. Elastomerii de sinteză
C. Gipsul
D. Masele termoplastice
E. Materialele buco-plastice

R: B

64*. Dintre amprentele funcţionale după poziţia mandibulei cea mai utilizată metodă în edentaţia parţială întinsă este:
A. Cu gura închisă
B. Cu gura deschisă
C. Combinate
D. Toate
E. Niciuna
R: B

65. Pentru amprentele funcţionale maxilare mişcările realizate de pacient în edentaţia parţială întinsă sunt:
A. Umezirea buzei inferioare cu vârful limbii
B. Deschiderea largă a gurii
C. Mimarea fluieratului
D. Manevra Valsalva
E. Mişcarea limbii dintr-un obraz în altul
R: B, C, D

66. La amprentarea funcţională pentru modelarea marginală a materialului de amprentă mişcările sunt efectuate de:
A. Medic
B. Pacient
C. Asistentă
D. Tehnicianul dentar
E. Nu se face nicio mişcare
R: A, B

67. Pentru amprentele funcţionale mandibulare mişcările realizate de pacient în edentaţia parţială întinsă sunt:
A. Umezirea buzei inferioare cu vârful limbii
B. Deschiderea largă a gurii
C. Mimarea fluieratului
D. Manevra Valsalva
E. Mişcarea moderată a limbii dintr-un obraz în altul
R: A, B, E

68. Şablonul de ocluzie la edentaţia parţială întinsă:
A. Se foloseşte la determinarea relaţiilor intermaxilare
B. Se foloseşte la amprentarea funcţională
C. Conturează arcadele dentare artificiale sub aspectul formei şi mărimii
D. Reproduce aproximativ baza viitoare proteze
E. Se foloseşte la determinarea culorii viitorilor dinţi artificiali
R: A, C, D

69. Fiecare dinte articulează cu doi antagonişti cu excepţia:
A. Incisivului central superior
B. Incisivului central inferior
C. Caninului
D. Primului molar superior
E. Ultimului molar superior
R: B, E

70. Protezele parţiale acrilice au tendinţa să se mobilizeze de pe câmpul protetic datorită:
A. Gravitaţiei la maxilar
B. Gravitaţiei la mandibulă
C. Alimentelor lipicioase
D. Croşetelor
E. Mobilităţii părţilor moi de la periferia câmpului protetic
R: A, C, E

71*. Segmentul dentar al unui croşet din sârmă se aplică:
A. În zona subecuatorială retentivă
B. În baza protezei
C. În zona supraecuatorială
D. Unde doreşte pacientul
E. Unde îi este mai uşor tehnicianului dentar
R: A

72*. Reacţia de polimerizare este:
A. Endotermă
B. Exotermă
C. Cu eliminare de apă
D. Cu absorbţie de apă
E. Fără nici o modificare
R: B

73. Înainte de introducerea protezei parţiale acrilice în cavitatea orală se verifică:
A. Dacă faţa ei externă este corect şi uniform lustruită
B. Dacă faţa internă este corect şi uniform lustruită
C. Dacă faţa internă nu prezintă urme de gips sau plumb
D. Dacă marginile protezei sunt rotunjite, fără muchii tăioase
E. Dacă dinţii sunt poziţionaţi corect şi bine în acrilatul bazei
R: A, C, D, E

74. Inserţia protezei parţiale acrilice se face:
A. Prin tatonare
B. Brusc şi cu forţă
C. Dinţii care opun rezistenţă se vor extrage
D. Dacă apar obstacole vor fi depistate cu ajutorul hârtiei de articulaţie
E. Se adaptează prin şlefuire atentă din aproape în aproape

R: A, D, E

75. Cauzele basculării protezelor parţiale acrilice pot fi:
A. Montarea dinţilor laterali în afara crestelor
B. Montarea dinţilor laterali strict pe mijlocul crestelor
C. Folierea insuficientă a torusului maxilar
D. Atrofia accentuată a crestelor
E. Inocluzia sagitală a dinţilor frontali
R: A, C, D

76*. În cazul reparării unui croşet fracturat la proteza parţială acrilică, medicul trebuie:
A. Să trimită proteza direct la laborator
B. Să ia o amprentă a dintelui pe care va fi croşetul
C. Introduce un croşet nou în proteză prin încălzire
D. Cu proteza inserată pe câmpul protetic ia o amprentă a dintelui pe care se face croşetul
E. Trimite pacientul la alt medic
R: D

77*. Dacă un croşet împiedică inserţia protezei parţiale acrilice, medicul trebuie:
A. Să îl secţioneze
B. Să şlefuiască dintele
C. Să încerce cu grijă să îl dezactiveze
D. Să încălzească baza protezei ca să se dilate
E. Să amprenteze dintele şi tehnicianul să facă alt croşet
R: C

PROTEZA TOTALA

1*. Tehnica modernă de amprentare, în cazul PPMS,utilizează:
A. Amprenta finală prin tehnica dublului amestec (wash technique)
B. Amprenta finală cu o portamprentă individuală completă
C. Amprenta finală cu o portamprentă decupată vestibular/ dentar
D. Amprenta funcțională cu portamprentă decupată incizal
E. Amprenta globală, cu model corectat (secționat)
R: E

2*. Prin palparea superficială cervico-facială, se evaluează:
A. mușchii
B. ATM
C. sensibilitate, denivelări și deformări
D. reliefuri osoase
E. glande salivare
R: C

3*. Tulburarile datorate edentatiilor::
A. obliga intreg ansamblul cavitatii bucale la eforturi suplimentare
B. nu obliga intreg ansamblul cavitatii bucale la eforturi suplimentare

C. nu exista tulturari datorate edentatiilor
D. nu sunt grave si nu Influenteaza negativ viata edentatului
E. nu exista adaptare la acestea din partea edentatului
R: A

4*. In legatura cu Inspecția de fața sunt adevarate urmatoarele:
A. Are in vedere analiza mai multor elemente
B. Are in vedere analiza unui singur element
C. Nu este importantă
D. Se face exclusiv la persoanele peste 50 de ani)
E. Trebuie făcută exclusiv la lumina naturală
R: A

5*. Sensibilitatea elementelor articulare:
A. Se decelează executând presiuni pe menton în sens postero superior în timp ce bolnavul are gura întredeschisă
B. evidentierea sensibilitatii zonelor periferice vestibulare se face prin palpare de la dreapta la stânga atât static cat și dinamic
C. este dominată de durerea reflectata de la dintii laterali
D. Se examinează discurile articulare din punctul de vedere al formei si integritatii lor
E. Se analizează în sens transversal în raport cu axul vertical al feței
R: A

6*Zona lingual centrală(ZLC) este:
A. zona de deschidere marginala similară zonei de la maxilar
B. poziția limbii NU impune caracteristicile Anatomo-clinice ale zonei
C. zona cheie de închidere marginala similară zonei "Ah" este dominata de inserția mușchiului genioglos.
D. insertia posterioară a limbii micșorează puțin dimensiunile zonei
E. insertia anterioara a limbii mareste forta muschiului genioglos
R: C

7*. Examenul ocluziei în cazul pacienților protezați mobil:
A. Se va efectua examenul protezei extraoral, la final
B. Când pacientul este protezat bimaxilar, se vor examina rapoartele ocluzale statice și dinamice artificiale, urmărind aceeași metodologie ca și la arcadele naturale
C. Când pacientul este protezat bimaxilar, se vor examina rapoartele ocluzale statice și dinamice artificiale, fără a urmări aceeași metodologie ca și la arcadele naturale
D. În prima etapa se va urmări stabilitatea și maniera de refacere a funcțiilor perturbate
E. În stabilirea diagnosticului si planului de tratament nu se impune analiza și cuantificarea parametrilor ocluzali
R: B

8*. Testele F. Herbst pentru mandibulă sunt:
A. Sugere, fluierat modelează zona vestibulară centrală
B. Rostirea vocalelor A,E,I,O,U modelează buzele
C. Proba spatului
D. Testul vizibilității premolarilor

E. Umezirea lingurii individuale
R:A

9*. Metoda Patterson:
A. Foloseste machete de ocluzie
B. La machetele de ocluzie folosite, scurteaza bordura de ocluzie Mx si Mb cu 1 mm
C. Se sapa in grosimea machetelor un sant neretentiv
D. In santul neretentiv se pune un material neabraziv
E. Pacientul executa miscari de retropulsie
R : A

10*. Verificarea clinica a scheletului si a machetei cu dinti:
A. Este o etapa fara importanta
B. Se face extraoral si intraoral
C. Nu necesita respectarea indicatiilor terapeutice
D. Nu necesita faze de tratament anterioare
E. Nu necesita respectarea calitatilor tehnologice
R : B

11*. Verificarea extraorala a scheletului si a machetei cu dinti:
A. Se face pe model
B. Scheletul se insera fortat pe model
C. Butonii de distantare de la nivelul seilor nu trebuie sa pastreze spatiu suficient pt componenta acrilica
D. Conectorul principal al scheletului este flexibil
E. La nivelul EMSS (elemente de mentinere sprijin si stabilizare) prezinta plusuri
R: A

12*. Verificarea scheletului in cavitatea orala urmareste:
A. Stabilitatea statica si dinamica a scheletului pe camp
B. Bascularile latero-laterale nu necesita remedierea lor
C. Bascularile antero-posterioare nu necesita remedierea lor
D. Pintenul ocluzal nu trebuie sa patrunda perfectin lacasul realizat
E. La nivelul EMSS (bare, culise, telescoape) nu se realizeaza frictiune
R: A

13*. Adaptarea biologica a scheletului:
A. Tine de raportul dintre elementele scheletului si elementele campului protetic
B. Se urmareste sa apara leziuni la nivelul partilor moi
C. Se urmareste sa apara dureri la dintii restanti
D. Se urmareste la Mb daca conectorul principal (bara) este alipita de parodontiul dintilor restanti
E. Se urmareste la Mx daca conectorul principal (placa palatina) este alipita de dintii restanti si de mucoasa cand exista torus
R: A

14*. Verificarea clinica a machetei cu dinti:
A. Se face extraoral si intraoral
B. Extraoral se verifica cu simulatorul inchis
C. Extraoral, nu se mai verifica daca dintii au fost montati dupa reguli générale si individuale
D. Nu se mai verifica intinderea si topografia SPP
E. La montarea si alegerea dintilor nu se mai tine seama de morfologia si pozitia dintilor restanti
R: A

15. Examenul clinic al cavității orale corect, cuprinde:
A. arcadele dentare
B. profilul facial
C. vestibulul cavității orale
D. palatul dur și moale
E. mucoasa jugală
R: A, C, D, E

16. Suportul odontal se va examina prin:
A. inspecție
B. palpare
C. percuție
D. poziția pe arcadă
E. simetrie
R: A, B, C, D

17. Punga Einsering;
A. zona de mucoasă pasiv-mobilă se va aprecia prin inspecție și prin palpare cu fuloarul din aproape in aproape.
B. Se va examina cu atenție prin inspecție îndepărtându-se e cu oglinda țesuturile moi și prin palpare cu degetul sau fuloarul, apreciindu-se corect dimensiunile.
C. este o zona cheie periferică mandibulară de închidere marginală cu rol în realizarea succiunii
D. Se evidențiază prin eversarea ușoară a buzei inferioare
E. este dominată de inserția mușchiului masticator.
R: A, B

18. Zona “Ah”:
A. este o zonă cheie periferică de închidere marginală cu rol în realizarea succiunii.
B. poziția oblică este considerată cea mai favorabilă permițând o realizare a succiunii interne și externe
C. este dominată de mușchiul maseter
D. Se examinează arcadele in zona Ah din punctul de vedere al formei, simetriei și continuității lor
E. examinarea torusului maxilar se va face prin inspecție și palpare digitală.
R: A, B

19. Amplitudinea SPP (Spațiul Protetic Potențial) poate fi marita prin:
A. migrari sau versii ale dintilor limitrofi edentatiei catre dintii vecini sau alte spati edentate

B. modificari de volum ale substructurilor odontale prin preparare sau distructie coronara
C. Augumentarea crestei alveolare
D. dinti supranumerari
E. creste exostotice
R: A, B

20. Creasta edentata care delimita SPP(Spatiul Protetic Potential), se caracterizeaza prin:
A. Inaltime
B. latime
C. profil
D. orientare
E. anduranță
R: A, B, C, D

21. Tulburările morfologiei faciale la edentatul total implică urmätoarele aspecte:
A. mentonul se apropie de vârful nasului
B. obrajii si buzele se invaginează datorită disparitiei suportului reprezentat de arcadele dentoalveolare
C. conturul al fetei se rotunjeste
D. derma fetei se iritä
E. invaginarea buzelor provoacà hipertofia limbii
R: A, B

22. Cele mai frecvente metode antropometrice utilizate, farà repere preextractionale, sunt :
A. metoda Leonardo da Vinci (MLV) - compară etajul inferior (Sn - Gn) cu etajul mijlociu
B. metoda Leonardo da Vinci modificatà (MLVm) - compară dimensiunea subnazale-gnation (Sn-Gn) cu Oph-Sn;
C. metoda artizanală cu aproximația valorilor fetei
D. metoda Molotov compara positia limbii cu dimensiuna subnazale-gnation
E. metoda Willis - utilizează ocluzometrul Willis, ce mäsoarà egalitatea distantelor Sn-Gn si fanta labialà - fanta palpebralã;
R: A, B, E

23. Modificäri tisulare faciale:
A. cu vârsta, tesuturile moi din organism isi pierd elasticitatea
B.tegumentele devin mai
uscate
C. este necesar a se diferentia procesele produse de imbätrânire de cele datorate edentatiei
D. aceste fenomene se suprapun si bolnavul considerà cà in urma
tratamentului protetic aceste fenomene vor dispärea
E. necesita metode de chirurgie plastică
R: A, B, C, D

24. APS (Antecedentele personale stomatologice) prin consemnarea "istoricului stomatologic" al pacientului obtin o serie de date importante referitoare la:
A. suspiciunea pentru un anumit tip de afectare stomatologica;

B. rata mortalității infantile;
C. evolutia si importanta acordată de pacient patologiei orale;
D. tratamentele efectuate, modul in care pacientul a fost satisfacut de solutiile terapeutice;
E. consemnarea eventualelor parafunctii existente (ex. bruxismul), modul lor de manifestare dI acuzele legate de acestea;
R: A, C, D, E

25. Insuficienta functionala la edentatul total are legătura cu funcția:
A. masticatorie
B. fizionomică
C. deglutitia
D. fonetică
E. de reglare
R: A, B, C, D

26. Cresta edentata se carecterizeaza prin:
A. amplitudine
B. inaltime
C. forma pe sectiune
D. versanți
E. culoare
R: A, B, C, D

27. Principale afectiuni patologie generale ale edentatului total sunt reprezentate de:
A. afectiuni cardiovasculare
B. afectiuni metabolice; diabet , obezitate
C. afectiuni ale sistemului endocrin
D. afectiuni ale sistemului nervos
E. extruzii și egresii
R: A, B, C, D

28. Tulburarile psihice care pot acompania edentația totală:
A. Apar foarte frecvent la persoanele cu arcade mutilate prin edentatie
B. Se manifesta prin stari de neliniste sau de nevroza
C. Starea de edentatie este inregistrata de catre pacient ca un fenomen de amputare
D. Stare de edentatie este inregistrata de catre pacient ca fenomen natural legat de vârstă
E. Starea de edentatie este inregistrata de catre pacient ca fenomen de neapartenenta la propria persoana
R: A, B, C, E

29. Examenele clinice si paraclinice in edentatia partiala si totala consemnează:
A. Varsta, reflectanduse asupra terenului pacientului
B. Domiciliul pacientului nu conditioneaza etapizarea planului de tratament
C. Profesia poate da indicatii asupra factorilor etiologici
D. Anamneza nu are un rol deosebit de important in cadrul examenului clinic al pacientului

E. Examinarea clinica incepe cu stabilirea datelor anamnestice, sexul, varsta, sau profesia pacientului
R: A, C, E.

30. AHC stomatologice se analizeaza in vederea depistari afectiunilor stomatologice cu trasmitere genetica:
A. anomalii dento-maxilare
B. parodontopatii
C. carii multiple
D. malformatii congenitale
E. carcinomul labial
R: A, B, C. D

31. Precautiile abordarii terapeutice in teritoriul patologiei orale concordante cu diagnosticul de stare generala vor fi:
A. alegerea solutiei anestezice corespunzatoare, fara vasoconstrictor
B. evitarea manoperelor dureroase, deziderat ce guverneaza intreaga medicina dentara actuala
C. planificarea ergonomica, respectarea protocolului terapeutic pentru profilaxia endocarditei infectioase,
D. tratamente chirurgicale efectuate doar în cabinete stomatologice private
E. certitudinea ca pacientul respecta medicatia pentru patologia generala
R: A, B, C, E

32. Insuficienta functionala:
A. Este o cauza importanta ce sta la baza constientizarii si alarmarii pacientului
B. In functie de amploarea sa, prevaleaza ca importanta afectarea unei functii ADM
C. Insuficienta functionala se clasifica in: masticatorie, a functiei fizionomice, a functiei fonetice, a functiei de deglutitie
D. Nu este clasificata
E. Nu afecteaza ADM
R: A, B, C

33. Urmatoarele afirmatii sunt adevarate:
A. Modificarile faciale se regasesc si la nivelul unghiul goniac (UG)
B. Tulburarile de ordin psihic apar frecvent la persoanele edentate
C. Tulburarile de ordin psihic nu apar la persoanele edentate
D. Modificarile la nivel facial sunt in deplin acord cu aploarea si topografia edentatiei
E. Complicatiile cauzate de absenta unui numar mare de unitati odonto-parodontale isi pun amprenta pe arhitectura faciala
R: A, B, D, E

34. Complicațiile locale ale edentatie:
A. antrenează modificarea relațiilor mandibulo-craniene
B. se observa prezenta asimetriilor faciale
C. simetria faciala nu este modificata
D. pot apărea inegalități ale fetei afectând și profilul facial

E. faciesul nu releva caracteristicile edentatului total
R: A, B, D

35. Tulburările de ordin psihic:
A. starea de edentație este perceputa ca și o amputare de către pacient
B. pacientul edentat consideră această traumă ca și o neapartenență la propia persoană
C. apar foarte frecvent la pacienții cu igienă bucală nesatisfăcătoare
D. se manifestează la pacientul edentat ca și o pierdere a echilibrului interior, apariția stării de neliniște sau de nevroză
E. la edentat este influențat gradul de socializare ceea ce duce la o pierdere a echilibrului interior
R: A, B, D, E

36. Tulburarile morfologiei faciale la pacientul edentat total constau in:
A. mentonul se apropie de varful nasului
B. obrajii si buzele se invagineaza datorita disparitiei suportului arcadelor dentoalveolare
C. rosul buzelor creste
D. marginea bazilara si mentonul apar mai proeminente
E. curbarea fantei labiale cu convexitatea spre superior
R: A, B, D

37. In fisa de observatie a edentatului partial sau total se regasesc:
A. antecedentele personale generale
B. motivul prezentarii
C. datele financiare personale
D. antecedente personale stomatologice
E. conditiile de viata si munca
R: A, B, D, E

38. Inspecția statica al ATM se face:
A. se realizează la nivelul regiunii pretragiene.
B. se controlează excursiile condiliene.
C. se controlează excursiile mentonului din fața.
D. se urmăresc comparativ stânga-dreapta, din fața și profil,urmărind modificările de culoare,integritate,asimetrie.
E. se realizează la nivelul regiunii mentoniere.
R: A, D, E

39. Care parametri se examinază in sondajul parodontal:
A. aspectul gingiei.
B. mobilitatea dentara.
C. existența sângerării la sondaj.
D. puncții de contact.
E. morfologiei coronare.
R: A, B, C

40. In legatura cu zonele funcționale maxilare(ZF), sunt adevarate urmatoarele:
A. Se vor examina atât din punct de vedere dimensional cât și din punct de vedere al Conținutului și al calității suportului muco-osos.
B. Se apreciază limitele anatomice, amplitudinea, înălțimea, lațimea, zona de mucoasa pasiv mobila, prezența unor eventuale formațiuni patologice (bride- cicatrici)
C. Nu este necesară examinarea lor
D. Este suficient sa se examineze doar din punct de vedere dimensional
E. Nu se apreciază prezența unor eventuale formațiuni patologice
R: A, B

41. Inspecția de profil urmărește următoarele elemente:
A. profilul facial
B. Unghiul nazo- labial
C. Postura buzelor
D. Ocluzia
E. Poziția mentonului
R: A, B, C, E

42. Palparea în cazul examenului clinic al pacientului edentat total poate pune în evidenta:
A. Dureri la nivelul ATM
B. Starea grupurilor ganglionare
C. Amplitudinea deschiderii gurii
D. Parodontite apicale cronice
E. Gradul de dezvoltare a limbajului
R: A, B, C

43. Examenul Cervico-Facial cuprinde:
A. Inspecția de față
B. Identificarea conturului osos
C. Simetria faciala
D. Gingiile
E. Limba
R: A, B, C

44. Simetria facială se analizează:
A. în sens transversal.
B. în raport cu axul vertical al feței.
C. se trasează imaginar planul de simetrie median.
D. în sens vertical.
E. toate răspunsurile sunt corecte.
R: A, B, C

45. Inspecția de profil urmărește următoarele elemente:
A. profilul facial (în funcție de planurile Simon,Dreyfus, Frankfurt).
B. ostura buzelor (în funcție de tangenta gurii).
C. șanțul labio-mentonier.

D. poziția mentonului.
E. nici un răspuns nu este corect.
R: A, B, C, D

46. Examenul articulației temporo-mandibulare (ATM):
A. se realizează în strânsă corelație cu examenul mușchilor și examenul ocluziei.
B. inspecția statică se realizează la nivelul regiunii pretragiene și mentoniere.
C. palparea în dinamică se realizează în închidere-deschidere.
D. inspecția dinamică urmărește excursiile condiliene.
E. nu se realizează palparea regiunii pretragiene.
R: A, B, C, D

47. In cadrul palpării ATM în dinamică se pot aprecia următoarele:
A. poziția condililor
B. zgomote articulare
C. dezvoltarea musculaturii
D. mobilitatea dentară
E. excursiile condiliene
R: A, B, E

48. Eventualele asimetrii localizate la nivelul părților moi sunt date de:
A. supurații
B. edentații
C. hipertrofii
D. abcese
E. tumori
R: A, D, E

49. Identificați afirmațiile adevărate:
A. auscultația se poate realiza numai direct
B. auscultația se poate realiza direct sau indirect
C. auscultația poate decela prezența zgomotelor succesive sau concomitente în articulații
D. auscultația nu poate decela prezența zgomotelor succesive sau concomitente în articulații
E. auscultația directă este mediată de un dispozitiv intermediar
R: B, C

50*. Prin palparea masei musculare putem evalua următoarele, cu excepția:
A. tonicitatea
B. consistența
C. sensibilitatea regiunii pretragiene
D. sensibilitatea
E. dezvoltarea mușchiului
R: C

51. Palparea profunda:
A. Se realizează pe elementele componente ale ADM

B. este efectuata prin inspecție din față și profil
C. palparea mușchilor membrelor inferioare
D. palparea mușchilor completează inspecția lor și are în vedere masa musculară și inserțiile simetric și comparativ
E. faciliteaza obținerea datelor asupra culorii și texturii labiale.
R: A, D

52. Tulburarile morfologiei faciale intereseaza:
A. Faciesul bolnavului
B. Grad de afectare neobservabil, si evoluta pana la caracterul profund mutilant.
C. Rezultatul coroborarii tipului de edentatie cu amplitudinea acesteia si intreg cortegiul de elemente negative generate de complicatile locale si loco regionale.
D. In general cand nu se modifica morfologiei faciale in functie edentatiei intinse.
E. In edentatiile terminale reduse modificari faciale nu sunt insesizabile.
R: A, B, C

53. În funcție demodalitatea de realizare a obiectivelor amprentării, port-amprentele se pot clasifica în:
A. Port-amprente standard
B. Port-amprente etalon
C. Port-amprente semifuncționale
D. Port-amprente individuale
E. Port-amprente de grup
R: A, C, D

54. Alegerea port-amprentei:
A. Sa cuprinda totalitatea câmpului protetic
B. Sa nu jeneze jocul formațiunilor mobile
C. Sa asigure o grosime suficienta materialului de amprentă
D.Sa fie flexibilă
E. Marginile acesteia să se oprească la 2-3 mm de planul lui Camper
R: A, B, C

55. Obiectivele amprentării preliminare:
A. Obiective etice
B. Obiective mecanice
C. Obiective funcționale
D. Obiective estetice
E. Obiective biologice
R: B, C, E

56. Mișcările realizate în timpul amprentării:
A. Mișcări test
B. Mișcări de pronație-supinație
C. Mișcări funcționale neautomatizate
D. Mișcări funcționale automatizate

E. Mișcări nefuncționale
R: C, D, E

57: Mișcări realizate de către medic asupra buzelor și obrazului în timpul amprentării:
A. Masaje
B. Tracțiuni
C. Rotații
D. Ciupiri
E. Percuții
R:A, B, C

58. După poziționarea mandibulei în timpul amprentării, amprentele funcționale se împart în:
A. Cu gura deschisă
B. Cu limba în protracție maximă
C. Cu gura închisă
D. Amprente în doi timpi
E. Amprente combinate
R: A, C, E

59. Materialele utilizate în amprenta funcțională:
A. Materiale ceramice
B. Materiale rigide
C. Materiale semirigide
D. Materiale elastice
E. Materiale semifizionomice
R: B, C, D

60. PV (Postura Verticala) urmărește:
A. Egalitatea etajelor feței prin metode antropometrice
B. Profilul facial
C. Dimensiunea mandibulei
D. Evidentierea ei în Relatie Centrica și Relatia de Postura
E. Overjet
R: A, D

61. Restaurările mobile vor fi apreciate:
A. Din punct de vedere al materialului din care sunt confecționate
B. Al rapoartelor cu dinții restanți si cu arcada antagonistă
C. Al stabilității statice și dinamice
D. Al corectitudinii execuției tehnice
E. Doar din punct de vedere al concepției
R: A, B, C, D

62. Arcul facial permite inregistrarea tridimensionala a miscarilor functionale la:
A. Subiecti dentati
B. Subiecti edentati partial

C. Subiecti edentati total
D. Nici un raspuns nu este corect
E. Doar primul raspuns este corect
R: A, B, C

63. Machetele de ocluzie:
A. Sunt piese intermediare protetice, care prin volum si forma prefigureaza viitoarele protezari
B. Au rol de proteze provizorii in tratamentul edentatiei totale
C. Sunt alcatuite dintr-o baza confectionate din material termoplastic sau acrilat
D. Sunt alcatuite si dintr-o bordura de ocluzie din ceara sau alt material termoplastic
E. Au forma bordurii de ocluzie asemanatoare cu forma viitoarei arcade dentare artificiale
R: A, C, D, E

64. Determinarea DV (dimensiunii verticale de ocluzie):
A. DV a etajului inferior al fetei reprezinta distanta dintre Sn si Gn
B. DV e unul din reperele comune RC si RP (relatie centrica si relatie de postura)
C. DV in RC este unica
D. Diferenta dintre DV in RP si DV in RC este de aproape 2-4 mm
E. Nici un raspuns nu e corect
R: A, B, C, D

65. Determinarea RC se face prin:
A. Metoda ,,homotropismului lingomandibular,,
B. Metoda compresiunii pe menton
C. Metoda deglutitiei
D. Metoda flexiei
E. Nici un raspuns nu e corect
R: A, B, C, D

66. Solidarizarea machetelor de ocluzie in RC:
A. Cu anse de sarma in U
B. Cu ceara topita sau REPIN
C. Cu ancose in cele doua valuri la nivelul primilor premolari
D. Cu linii oblice intersectate in zonele laterale in ceara bordurilor de ocluzie
E. Nu se solidarizeaza cu nimic
R: A, B, C, D

67. Stabilirea reperelor pentru alegerea si montarea dintilor artificiali:
A. Linia mediana ce va reprezenta planul medio-sagital al fetei
B. Linia caninilor materializeaza fata distala a caninilor
C. Linia surasului reprezinta limita de maxima vizibilitate a grupului frontal superior
D. Linia coletelor dentare se plaseaza la nivelul liniei surasului
E. Linia paramediana
R: A, B,C, D

68. Examenul extraoral al scheletului:

A. Se face dupa o igienizare perfecta a dintilor restanti
B. Se face dupa o igienizare perfecta a scheletului
C. Se face dupa o igienizare perfecta a zonelor de amplasare a EMSS (elemente de mentinere, sprijin si stabilizare)
D. Se verifica scheletul daca se adapteaza perfect in cavitatea orala
E. Scheletul nu se reface daca exista defectiuni
R: A, B, C, D

69. In cavitatea orala, se verifica scheletul in ocluzie:
A. In intercuspidare maxima
B. In RC
C. In lateralitate dreapta si stanga
D. In propulsie
E. Nici un raspuns nu e corect
R: A, B, C, D

70. Verificarea intraorala a machetei cu dinti:
A. Nu se spala si nu se raceste inainte de a se insera pe campul protetic
B. Se verifica stabilitatea statica a machetei
C. Se verifica stabilitatea dinamica a machetei
D. Se verifica rapoarte ocluzale statice si dinamice RC, RP
E. Se verifica daca contactele ocluzale sunt multiple, stabile fara interferenta pe dintii naturali si pe cei artificiali
R: B, C, D, E

71. Etapele de adaptare a protezei partiale amovibile:
A. Adaptarea imediata
B. Adaptarea primara
C. Adaptarea secundara
D. Adaptarea tardiva
E. Nici un raspuns nu e corect
R: A, B, C, D

72. În cazul unor malrelații mandibulo-craniene, este necesar:
A. Depistarea cauzelor, ce blochează mișcările mandibulare
B. Instituirea unui tratament adecvat, afecțiunilor ATM
C. Repoziționarea corectă a mandibulei, prin miogimnastică, inhibitori de ocluzie și chiar balneofizioterapie
D. Consolidarea unor relații corecte, prin aplicarea unor proteze tranzitorii
E. Nu se face nici o intervenție descrisă mai sus
R: A, B, C, D