TESTE TIP PENTRU EXAMENUL DE LICENȚĂ
PROGRAM DE STUDII MEDICINĂ DENTARĂ

ODONTOTERAPIE

1. **La nivelul dintelui și al aparatului său de susținere, următoarele țesuturi derivă din ectoderm :**
   A). Dentina.
   B). Smalțul.
   C). Cementul.
   D). Epiteliul gingival.
   E). Țesutul pulpar.

2. **În cazul dentinei expuse direct mediului bucal, sensibilitatea dureroasă poate să apară în urma:**
   A) Depunerii dentinei secundare.
   B) Acțiunii agenților fizici.
   C) Acțiunii agenților chimici.
   D) Acțiunii agenților mecanici.
   E) Depunerii dentinei terțiare.

3. **La nivelul coletului dentar:**
   A) Cementul este celular.
   B) Dentina prezintă un număr mai mic de canalicule dentinare.
   C) Cementul este acelular.
   D) Forța adezivă a materialelor de restaurare oferă retenție superioară.
   E) Numărul canaliculelor dentinare este foarte mare.

4. **La nivelul șanțurilor și fosetelor ocluzale:**
   A) Potențialul cariogen este redus.
   B) Riscul de apariție al cariei este crescut.
   C) Este favorizată stagnarea biofilmului bacterian.
   D) Sunt izolate frecvent specii de streptococus mutans și sanguis.
   E) Autocurățirea și periajul dentar sunt foarte eficiente.

5. **Smalțul:**
   A) Este singurul țesut de origine ectodermică ce nu se mineralizează.
   B) Are cea mai mare duritate la nivelul suprafețelor ocluzale.
   C) Are cea mai mare duritate la nivelul suprafețelor aproximale.
   D) În condiții normale, nu este translucid.
   E) Culoarea variază între alb-gălbui și albastru-cenușiu.

6. **Smalțul expus unui mediu acid:**
   A) Este solubil.
   B) Are o solubilitate care nu poate fi influențată prin aplicații topice de fluor.

C) Este insolubil.
D) Are o solubilitate mai mare la nivelul joncțiunii smalț-dentină.
E) Are o solubilitate mai mică la suprafață.

7. Dentina:
A) Are duritatea egală cu a smalțului.
B) Are duritatea egală cu a osului.
C) Este mai bună conducătoare de căldură decât smalțul.
D) Este mai slabă conducătoare de electricitate decât smalțul.
E) Are cea mai mare duritate la nivelul joncțiunii smalț-dentină.

8. Dentina:
A) Este un țesut cu un anumit grad de elasticitate.
B) Are o radioopacitate mai mare decât smalțul.
C) Este un țesut rigid.
D) Asigură stabilitatea morfologică a smalțului datorită elasticității sale.
E) Are o radioopacitate mai mare decât a cementului.

9. *Mantaua dentinară:
A). Se mai numește dentină periferică.
B). Este un strat hipomineralizat.
C). Este formată din fibre de colagen.
D). Se află situată imediat sub smalț.
E). Toate de mai sus.

10. Cementul primar:
A) Este acelular.
B) Se formează în straturi succesive, după erupția dintelui.
C) Este celular.
D) Poate fi și extracelular.
E) Se formează în cursul erupției dintelui.

11. *Cementul afibrilar:
A) Este prezent mai ales coronar.
B) Este prezent la nivelul coletului dentar.
C) Nu conține fibre de colagen.
D) Este în general acelular.
E) Toate de mai sus.

12. Dentina de reacție:
A) Apare în urma acțiunii unui stimul puternic.
B) Apare în urma trecerii de la evoluția cronică de intensitate mică, la evoluția accelerată, acută, a procesului carios.
C) Este produsă de odontoblaștii diferențiați în cursul dezvoltării germenului dentar.
D) Apare ca răspuns la stimuli de intensitate mică.
E) Este o dentină cu caracter localizat.

13. *Sistemul tampon al bicarbonaților:

A) Este cel mai eficient sistem tampon.
B) Nu este influențat de fluxul salivar.
C) Capacitatea sa maximă este la pH de 5-6.
D) Este caracterizat printr-o concentrație constantă a ionilor bicarbonat.
E) Toate de mai sus.

14. Demineralizarea:

A) Este procesul de dizolvare superficială a cristalelor de hidroxiapatită.
B) La nivelul smalțului are caracter ireversibil.
C) Amplifică porozitatea normală a smalțului.
D) Se produce la suprafața smalțului, care este mai puțin rezistent la acțiunea acizilor.
E) Nu interesează stratul de subsuprafață, care rămâne intact.

15. Factorii care influențează timpul necesar remineralizării sunt:

A) Vârsta pacientului.
B) Tipul hidrocarbonatelor consumate.
C) Prezența fluorului din lichidul bucal.
D) Cantitatea de mucină din salivă.
E) Ionii de calciu și fosfați din lichidul bucal.

16. În formarea biofilmului bacterian:

A) Colonizarea cu bacterii pioniere este dependentă de prezența zaharozei.
B) Coloniile microbiene devin stabile la 2 zile de la apariția biofilmului.
C) Adeziunea bacteriană se caracterizează prin fenomenul de recunoaştere specifică.
D) Streptococul mutans sintetizează polizaharizi extracelulari.
E) Glucanul secretat de streptococul mutans reprezintă o sursă de energie.

17. Glicocalixul:

A) Se mai numește matrice intermicrobiană.
B) Apare mai ales ca urmare a sintezei de glucan.
C) Este alcătuit dintr-o rețea de filamente polizaharidice.
D) Împiedică aderența streptococului mutans la suprafața smalțului.
E) *Favorizează fagocitarea celulelor bacteriene de către leucocite*.

18. *În etapa finală a formării sale, biofilmul conține:

A) Material anorganic din salivă.
B) Hidrați de carbon.
C) Enzime.
D) Acizi (lactic, propionic).
E) Toate de mai sus.

19. Următoarele afirmații sunt adevărate:

A) Mucoasa orală este colonizată mai ales de streptococii mitis, sanguis, salivarius.
B) Șanțul gingival este colonizat mai ales de streptococul mutans.

C) Leziunile carioase în smalț sunt colonizate mai ales de actinomyces.
D) Leziunile carioase în dentină sunt colonizate mai ales de streptococul mutans și lactobacili.
E) Pe mucoasa linguală se găsesc mai ales streptococii salivarius, mutans, sanguis.

20. Demineralizarea smalțului determină următoarele modificări structurale:
A) Mărirea spațiilor interprismatice.
B) Apariția unor forme atipice de cristale de hidroxiapatită.
C) Scăderea permeabilității smalțului.
D) Posibilitatea pătrunderii ionilor de calciu în profunzimea smalțului.
E) Posibilitatea pătrunderii ionilor de fluor în profunzimea smalțului.

21. *Leziunea necavitară de la nivelul șanțurilor și fosetelor:
A) Este o manifestare tardivă a leziunii incipiente.
B) Este ușor de diagnosticat.
C) Poate scăpa unui examen clinic superficial.
D) Apare în zone unde biofilmul nu are condiții optime de stagnare.
E) Toate de mai sus.

22. Fosetele situate pe suprafețele ocluzale:
A) Au aspecte morfologice diferite.
B) Prin morfologia lor pot influența evoluția leziunii carioase.
C) Un aspect rar întâlnit este cel de fosetă în formă de V deschis.
D) Majoritatea celor din smalț (90%) au pe secțiune transversală o intrare relativ îngustă.
E) *Majoritatea celor din smalț (90%) sunt atipice, cu aspect bulbar la bază și gât îngust*.

23. Pata albă cretoasă:
A) Apare pe suprafețele netede ale dinților.
B) Este o carie dentară incipientă.
C) Apare rareori la nivelul coletului dentar.
D) Este greu de decelat pe un dinte umed.
E) Este o leziune ireversibilă.

24. *Zona translucidă:
A) Este prima zonă de alterare a smalțului.
B) Se găseşte superficial de zona întunecată.
C) Este mai puțin poroasă decât smalțul normal.
D) Este prezentă în 85-90% din cazuri la dinții permanenți.
E) *Toate de mai sus*.

25. Corpul leziunii:
A) Este situat între zona translucidă și suprafața smalțului.
B) Se mai numeşte zonă de subsuprafață.
C) Este stratul cel mai întins din smalțul cariat.
D) Este o zonă relativ neafectată de demineralizare.

E) *Are o radioopacitate asemănătoare cu smalțul normal*.

26. Dentina transparentă:

A) Prezintă canalicule dentinare obliterate prin hipercalcificare.
B) Apare ca o dentină cu degenerescență hialină.
C) Se mai numește dentină scleroasă.
D) Este caracterizată prin reducerea conținutului mineral al zonei intertubulare.
E) Poate inițial să constituie o barieră biologică în evoluția procesului carios.

27. După dinamica de evoluție, caria dentară se clasifică în:

A) Carie superficială.
B) Carie umedă.
C) Carie staționară.
D) Carie primară.
E) Carie uscată.

28. În recidiva de carie, diagnosticul diferențial se face cu:

A) Fractura coronară de origine traumatică.
B) Leziunile distrofice.
C) Caria secundară marginală.
D) Inflamația pulpară acută.
E) Gangrena pulpară.

29. Evoluția și complicațiile recidivei de carie sunt reprezentate de:

A) Remineralizarea dentinei afectate.
B) Apariția unor inflamații pulpare acute.
C) Posibilitatea apariției gangrenei pulpare.
D) Fractura pereților dentinari.
E) Formarea de denticoli intrapulpari.

30. Leziunile de abfracție:

A) Se mai numesc leziuni de abraziune.
B) Sunt localizate la nivelul marginii incizale.
C) Sunt generate de trauma ocluzală.
D) Au suprafață internă lucioasă.
E) Apar frecvent la pacienții cu bruxism.

31. *La cavitatea de clasa a V-a:

A) Retenția se obține prin înclinarea divergentă a pereților laterali spre peretele parapulpar.
B) Pereții laterali sunt perpendiculari pe suprafața externă a dintelui.
C) Peretele parapulpar urmărește în sens mezio-distal conturul extern al dintelui.
D) Peretele parapulpar este convex.
E) Toate de mai sus.

32. *La cavitatea de clasa a II-a, retenția se realizează prin:

A) Întâlnirea pereților laterali cu peretele parapulpar în unghiuri drepte.
B) Accentuarea unghiurilor de întâlnire dintre peretele parapulpar și pereții laterali.
C) Retenția în coadă de rândunică pe peretele proximal prin care s-a realizat accesul.
D) Plasarea peretelui axial în dentină sănătoasă.
E) Toate de mai sus.

33. Cavitățile mici de clasa I-a din șanțuri și fosete ocluzale modificate pentru materiale aderente:
A) Au profunzime variabilă.
B) Prezintă multă dentină necrotică
C) Necesită bizotarea marginilor supuse forțelor mecanice.
D) Au întindere mică în suprafață.
E) Au unghiuri externe rotunjite.

34. În cariile localizate proximal, tunelul:
A) Se poate realiza la dinții frontali.
B) Datorită configurației, este o preparație superficială.
C) Are aspect intern rotunjit.
D) Se poate realiza la molari.
E) Se poate realiza la premolari.

35. Protecția pulpară pasivă poate fi:
A) Chimică.
B) Termică.
C) Mecanică.
D) Neodentinogenetică.
E) Electrică.

36. Linerii:
A) Asigură protecția pasivă a plăgii dentinare.
B) Pot avea efect antimicrobian.
C) Pot avea efect neodentinogenetic.
D) Se aplică în strat cu grosime de peste 1mm.
E) Nu au efecte active asupra pulpei dentare.

37. Acidul demineralizant:
A) Se folosește în cadrul etapei de gravaj acid.
B) Când se aplică doar la nivelul smalțului se numește gravaj acid selectiv.
C) Îndepărtează fibrele de colagen de la nivelul dentinei.
D) Crează retenții în dentina peritubulară.
E) Crează microretenții în jurul prismelor de smalț.

38. Într-o cavitate profundă, coafajul indirect asigură:
A) Dezinfectarea plăgii dentinare.
B) Sigilarea plăgii dentinare.
C) Eliminarea neodentinogenezei.
D) Tratamentul antiinflamator.

E) Protecția față de agenții fizici.

39. Avantajele tehnicilor stratificate de aplicare a materialelor vâscoase sunt:

A) Reducerea contracției de polimerizare.
B) Scăderea factorului C.
C) Consumul redus de timp.
D) Evitarea formării golurilor între straturi.
E) Eliminarea posibilității de contaminare a straturilor.

40. Distrofiile dentare primare cicatriceale sau stabile:

A) Sunt anomalii de număr.
B) Sunt anomalii de dimensiune.
C) Apar după erupția dintelui.
D) Au tendință de evoluție în timp.
E) Uneori au factori determinanți necunoscuți.

ENDODONȚIE

1. ***Acul Lentullo:**
   A). Se comercializează în cinci diametre
   B). Se foloseşte la extirparea pulpei radiculare
   C). Poate fi de 16, 20 şi 31 mm
   D). De grosime medie prezintă inel verde.
   E). Se foloseşte cu rotaţie în sens orar.

2. ***Instrumentele rotative de nichel titan:**
   A). Au conicităţi cuprinse între 0,12 şi 1,9%.
   B). Sunt lipsite de aşa-numita „memoria formei”
   C). Se utilizează cu 5 mişcări verticale de introducere-extragere din canal
   D). Prezintă memorie internă de cel mult 8 RAM
   E). Sunt activate cel mult 10 secunde la o introducere în canal

3. **La realizarea cavităţii de acces endodontic:**
   A). Nu trebuie să eliminăm în totalitate conţinutul camerei pulpare
   B). Pereţii trebuie să fie uşor convergenţi spre ocluzal.
   C). Încercăm să asigurăm un acces rectiliniu până la prima curbură a canalului.
   D). Nu se impune conservarea ţesuturilor dentare integre
   E). Trebuie să eliminăm materialele de obturaţie care acoperă plafonul camerei pulpare

4. **Caracteristici ale cavităţii de acces la premolarii mandibulari:**
   A). Are formă rotundă.
   B). Are axul lung în sens mezio-distal.
   C). Este plasată uşor spre vestibular
   D). Este situată aproape în întregime sub cuspidul lingual.
   E). Are pereţi laterali divergenţi spre ocluzal

5. **Caracteristici ale cavităţii de acces la molarii maxilari:**
   A). Are formă ovală.
   B). La molarul 2 este turtită în sens vestibulo-oral
   C). Localizarea canalelor începe de obicei cu cel disto-vestibular
   D). Latura cea mai scurtă a cavităţii de acces este cea palatinală
   E). Camera pulpară a molarului 2 este turtită în sens meziodistal

6. **Obiectivele mecanice ale preparării canalului radicular:**
   A). Canalul trebuie să capete o formă cilindrică.
   B). Forma canalului trebuie să împiedice instrumentele să ajungă prea uşor în zona apicală
   C). Canalele ovale pe secţiune trebuie să capete o formă rotundă
   D). Forma canalului trebuie să permită o bună condensare a obturaţiei radiculare
   E). Preparaţia să nu prezinte praguri.

7. **Obiectivele mecanice ale preparării canalului radicular:**
   A). Trebuie să obţinem o poziţie şi formă a foramenului apical diferită de cea originală
   B). Diametrul foramenului apical trebuie mărit considerabil
   C). Ţesutul pulpar trebuie îndepărtat în totalitate
   D). Diametrul foramenului apical trebuie menţinut cât mai redus
   E). Conicizarea canalului trebuie să fie continuă, uniformă şi să nu prezinte praguri

8. **Preevazarea coronară:**
   A). Se realizează cu instrumente Donaldson
   B). Are ca scop reducerea curburii treimii apicale a canalului
   C). Elimină interferenţele dentinare situate în treimea apicală a canalului
   D). Se poate realiza cu freze Gates Glidden în porţiunea rectilinie a canalului
   E). Se poate realiza cu instrumente de tip ProTaper SX

9. **Pentru stabilirea unui diagnostic corect examenul clinic presupune:**
   A). Anamneza
   B). Examinarea exo-orală
   C). Examinarea endo-orală
   D). Testarea sensibilității pulpare
   E). Examenele complementare

10. **Examinarea endo-orală se efectuează prin următoarele manopere:**
    A). Inspecție
    B). Testarea sensibilității pulpare
    C). Anamneză
    D). Palpare
    E). Percuție

11. ***Răspunsul de apărare al complexului dentino-pulpar este organizat la următoarele niveluri:**
    A). Joncțiunea smalț-dentină
    B). Dentinar, prin apariția reacției inflamatorii
    C). În interiorul pulpei, prin apariția sclerozei tubulare
    D). La joncțiunea dentină-pulpă, unde se constituie dentina primară
    E). La joncțiunea dentină-pulpă, unde se constituie dentina terțiară

12. **Canalul radicular pregătit pentru obturația de canal trebuie să fie:**
    A). Permeabil până la 0,1mm de apex
    B). Permeabil pe toată lungimea de lucru
    C). Decontaminat
    D). Umed
    E). Fără detritusuri

13. **Tehnica de condensare verticală la cald:**
    A). Are o execuţie rapidă
    B). Prezintă riscul de depăşire

C). Se respectă cu ușurință lungimea de lucru
D). Se pot obtura și eventualele canale laterale
E). Gutaperca încălzită poate fi condensată în toate neregularitățile sistemului endodontic

14. Sunt elemente favorizante ale incidentelor și accidentelor survenite în cursul tratamentului endodontic:
A). Poziția dintelui pe arcadă
B). Imaginea radiologică absentă, inadecvată sau incorect interpretată
C). Gradul de distrucție coronară
D). Erori de diagnostic și prognostic
E). Instrumentar inadecvat situației clinice

15. Incidentele și accidentele tratamentului endodontic nu sunt reprezentate de:
A). Canale radiculare neidentificate
B). Fractura instrumentarului endodontic
C). Apariția unei leziuni periapicale
D). Cavitatea de acces incorectă
E). Anestezie insuficientă

16. Din perspectiva restaurării postendodontice, eșecul unui tratament endodontic poate fi determinat și de următoarele situații:
A). Fractură radiculară determinate de utilizarea incorectă a unui pivot endodontic
B). Recidivă de carie, carie secundară
C). Patologie radiologică periradiculară sau periapicală
D). Simptomatologie clinică specifică (durere,edem, fistulă)
E). Disfuncție ocluzală

17. Diagnosticul diferențial al pulpitei cronice deschise ulceroase se face cu:
A). Pulpită acută purulentă.
B). Necroză pulpară.
C). Pulpită acută seroasă.
D). Gangrenă pulpară.
E). Granulom intern Palazzi.

18. *Următoarele afirmații privind pulpita cronică închisă hiperplazică sunt adevărate mai puțin una:
A). Se întâlnește mai ales la molari.
B). Este denumit și „boala petelor roz”.
C). Apare modificarea conturului camerei pulpare.
D). Țesutul pulpar este substituit de țesut e granulație.
E). În timpul extirpării vitale există pericolul de fractură corono-radiculară.

19. Tehnica de obturație a canalului radicular prin condensare la rece a gutapercii prezintă următoarele dezavantaje în afară de:

A). Tehnică laborioasă.
B). Dificil de realizat.
C). Uşor de învăţat.
D). Predictibil şi eficient.
E). Sigilare apicală de bună calitate.

20. *Tehnica de obturaţie monocon:
A). Un con unic poate corespunde tuturor neregularităţilor canalului radicular , acestea fiind compensate de prezenţa într-o cantitate crescută a sigilantului .
B). Necesită mult timp.
C). Necesită o lărgire exagerată a canalelor.
D). Respectă cu uşurinţă lungimea de lucru.
E). Este destinat doar instrumentelor manuale de conicitate 0.2%.

21. În necroza pulpară întâlnim:
A). Teste de vitalitate negative.
B). Sângerare în profunzimea canalelor radiculare.
C). Examenul bacteriologic pozitiv.
D). Lărgirea spaţiului periapical sub forma unei calote.
E). Modificări de culoare ale dintelui.

22. Durerea din parodontita apicală acută seroasă:
A). Are caracter lancinant.
B). Este calmată de căldura pernei.
C). Se calmează la analgetice obişnuite.
D). Este permanentă.
E). Are un mers descendent.

23. Chist periradicular:
A). Stadiul final al granulomului epitelial tratat.
B). Are perete conjunctiv epitelial bine construit.
C). Radiologic prezintă radioopacitate.
D). Radiologic prezintă radiotransparenţă.
E). Teste de vitalitate negative.

24. *Alegeţi afirmaţia adevărată cu privire la diferenţa dintre activarea sonică şi ultrasonică:
A). Amplitudinea oscilaţiilor la dispozitivele sonice variază între 2000 şi 10000 Hz.
B). Amplitudinea oscilaţiilor la dispozitivele ultrasonice se situează în jur de 2000 Hz.
C). Amplitudinea oscilaţiilor la dispozitivele sonice variază între 1500 şi 10000 Hz.
D). Amplitudinea oscilaţiilor la dispozitivele ultrasonice se situează în jur de 20000 Hz.
E). Amplitudinea oscilaţiilor la dispozitivele sonice variază între 1000 şi 6000 Hz.

25. Alegeţi afirmaţiile false referitoare la pansamentul medicamentos cu hidroxidul de calciu:
A). Hidroxidul de calciu rezidual favorizează adeziunea şi accelerează priza sigilantului pe bază de eugenat de zinc.
B). Are efect antimicrobian, datorită pH-ului acid, însă efectul antimicrobian nu se exercită asupra tuturor germenilor din sistemul endodontic.

C). E. Faecalis are potențial de a forma biofilm, chiar și după aplicarea de hidroxid de calciu.
D). Hidroxidul de calciu rezidual compromite adeziunea și încetinește priza sigilantului pe bază de eugenat de zinc.
E). Se recomandă EDTA pentru neutralizarea hidroxidului de calciu rezidual.

26. Următoarele afirmații sunt corecte cu privire la irigarea canalului radicular:
A). Contactul clorhexidinei cu hipocloritul de sodiu determină un precipitat verde-albăstrui, cu caracter carcinogen.
B). Acidul etilendiaminotetraacetic facilitează îndepărtarea detritusului dentinar.
C). Tensiunea superficială are un efect negativ asupra penetrării soluției de hipoclorit de sodiu în canaliculele dentinare.
D). Hipocloritul de sodiu este cel mai eficient la o concentrație de 6,4%.
E). Activare soluției de irigare prin emitere de radiații laser se aplică după terminarea tratamentului mecano chimic.

27. *Alegeți afirmația adevărată cu privire la testarea vitalității dentare:
A). Testarea termică se realizează prin aplicarea stimulului rece sau cald pe suprafața dentare timp de câteva minute.
B). În cazul dinților cu apex imatur nu apar niciodată rezultate fals negative.
C). Testele de vitalitate sunt cele mai eficiente metode pentru a face diferența dintre pulpitele reversibile și ireversibile.
D). Pentru o testare electrică corectă, dintele trebuie să fie uscat și izolat.
E). Testarea termică se realizează în treimea incizală, pe fața vestibulară al dintelui în cauză.

28. *Factorii interni implicați în etiologia pulpitelor sunt:
A). Bacterii.
B). Intercurente.
C). Factori toxici.
D). Metale grele.
E). Factori traumatici.

29. Clasificare parodontitelor apicale asimptomatice cuprinde:
A). Granulomul periapical.
B). Granulomul intern Palazzi.
C). Chistul periradicular.
D). Parodontita apicală condensată.
E). Parodontita apicală cu hipercementoză.

30. Diagnosticul diferențial al pulpitei acute seroase totale se face cu:
A). Pulpita acută seroasă parțială, pulpita cronică deschisă polipoasă.
B). Pulpita purulentă, pulpita acută seroasă parțială.
C). Pulpita acută seroasă parțială, hiperemia preinflamatorie.
D). Pulpita purulentă, pulpita cronică deschisă ulceroasă .
E). Parodontita apicală acută.

31. Diagnosticul pozitiv în cazul pulpitei cronice deschise ulceroase se stabilește pe baza următoarelor semne, cu excepția:
A). Percuție în ax pozitiv.
B). Lipsa durerii.

C). Teste de vitalitate negative.
D). Carie profundă fără deschiderea camerei pulpare.
E). Sângerarea la înțeparea pulpei cu sonda.

32. Diagnosticul diferențial al imaginii radiologice în cazul granulomului periapical trebuie făcut cu următoarele elemente anatomice:
A). Gaura incisivă situată uneori pe linia interincisivă și la periferie se continuă cu spațiul periodontal.
B). Chistul periradicular.
C). Sinusul maxilar la care concavitatea radiotransparenței este îndreptată spre apexul dinților.
D). Gaura mentonieră, care este perfect rotundă.
E). Fosele nazale, a căror imagine este mare și ovală.

33. Alegeți afirmațiile adevărate referitoare la tratamentul abcesului acut apical:
A). Prioritatea o constituie evacuarea colecției purulente.
B). Fiindcă este vorba de un proces purulent, întotdeauna este nevoie și de tratament antibiotic cu spectru larg.
C). Dintele întotdeauna trebuie lăsat deschis pentru 24-48 de ore.
D). În caz de alergie la Amoxacilină (penicilină) se prescrie Augmentin combinat cu Metronidazol.
E). Drenajul endodontic asistat cuprinde izolarea cu digă, evacuarea exsudatului și lavaje cu hipoclorit de sodiu.

34. Caracteristicile principale ale instrumentelor de nichel titan:
A). Conicitatea variabilă reduce riscul de producere a căilor false.
B). Sunt de 2 ori mai flexibile decât cele din oțel inoxidabil.
C). Flexibilitatea crescută reduce riscul de producere a pragurilor.
D). Instrumentele prezintă o memoria formei, revenind la forma inițială fără să sufere nicio deformare.
E). Conicitatea instrumentului poate fi variabilă sau constantă de-a lungul părții active.

35. Caracteristicile ale cavității de acces la nivelul dinților frontali:
A). Are formă ovoidală în cazul incisivilor centrali maxilari.
B). Poate fi triunghiulară sau ovalară în cazul dinților frontali inferiori.
C). În cazul incisivilor laterali maxilari are forma ovoidală alungită în sens cervico-incizal.
D). În cazul incisivilor și a caninului superior extinderea cavității se face spre incizal cu scopul creării unei intrări în linie dreaptă .
E). Cavitatea de acces în zona frontală nu se extinde niciodată către incizal, fiind o zonă estetică.

36. Alegeți afirmațiile adevărate referitoare la sistemul WaveOne Gold:
A). Forma secțiunii transversale este de paralelogram.
B). Vârful instrumentelor este activ, fiind conică ascuțită.
C). Ordinea celor 4 instrumente este: Primary, Small, Medium și Large.
D). Este un sistem bazat pe mișcarea de rotație reciprocă.
E). Forma instrumentului nu favorizează îndepărtarea detritusului dentinar.

37. Printre calitățile materialului ideal de obturație endodontică se numără:
A). Insolubilitate.

B). Caracter antimicrobian.
C). Radiotransparență.
D). Stabilitate dimensională.
E). Non resorbabil.

38. Următoarele afirmații sunt corecte cu privire la sealerii pe bază de materiale bioceramice:
A). Sunt materiale hidrofile, non alergice, non mutagene.
B). Prezintă adeziune chimică la pereții canalului radicular.
C). În asociere cu Resilon se poate obține obturația de tip monobloc.
D). Prezintă contracție de priză crescută.
E). Efect antibacterian de lungă durată, exceptând E. Faecalis.

39. Alegeți afirmațiile false referitoare la tehnica de obturare backfiling:
A). Permite obturarea situațiilor prezentând resorbții radiculare interne.
B). Tehnica a fost introdusă de către John McSpadden în 1978.
C). Este utilizată cel mai frecvent în treimea medie și coronară al canalului radicular, în asociere cu condensarea verticală la cald în treimea apicală.
D). Se bazează pe ramolirea termică și condensarea laterală și verticală simultană a gutapercii cu ajutorul unui instrument rotativ..
E). Injectarea gutapercii permite o adaptare foarte bună la geometria canalului radicular.

40. Elementele determinante ale incidentelor și accidentelor survenite în cursul tratamentului endodontic sunt reprezentate de:
A). Imagine radiologică absentă,inadecvată sau incorect interpretată.
B). Gradul de distrucție coronară.
C). Tehnică și instrumentar inadecvate situației clinice respective.
D). Existența unor tratamente endodontice și odontale realizate în antecedente.
E). Erori de diagnostic și/sau prognostic.

OCLUZOLOGIE

1. Forțele care determină poziționarea dinților pe arcade sunt:

A). Musculatura oro-facială.
B). Musculatura din vecinătatea dinților.
C). Contactul ocluzal.
D). Intruzia.
E). Extruzia.

2. Teoria sferei are următoarele elemente caracteristici:

A). Se referă la relațiile interarcadice.
B). A fost elaborată de Bonwill.
C). A fost elaborată de Monson.
D). A fost elaborată de Wilson.
E). Sfera are o rază de 10-11 cm.

3. În cadrul gnalotogiei la examinarea arcadelor a fost descrisă curba lui Spee, care are următoarele noțiuni definitorii:

A). Este examinată în sens vestibulo-oral la mandibulă.
B). Este examinată în sens mezio distal la maxilar.
C). Se examinează când arcadele dentare se afla în I.M.
D). Este corelată cu overbit-ul.
E). Este variabilă în funcție de raza sferei și de poziționarea dinților, dacă sunt înclinați spre mezial sau distal.

4. Poziționarea dinților în ”culoarul muscular” presupune:

A). Existența unui echilibru între forțele externe și interne înaintea erupției dinților.
B). Persistența unor obiceiuri vicioase în timpul copilăriei.
C). Musculatura linguo-oro-facială are importanță în poziționarea dinților.
D). Funcția fonetică este determinantă în poziționarea dinților.
E). Existența unui echilibru între musculatura externă și cea internă după erupția dinților.

5. Prima grupă de cuspizi de sprijin oclud în cadrul unei relații interarcadice ortognate cu:

A). Cuspizi de sprijin antagoniști.
B). Fose centrale.
C). Fose distale.
D). Versante proximale ale crestelor marginale.
E). Toate de mai sus.

6. *Determinantul anterior al ocluziei:

A). Este reprezentat de cuzpizii activi, de sprijin sau de ghidaj.
B). Este reprezentat de cuspizii pasivi, principali sau primari.
C). Este reprezentat de structurile denare.
D). Este infuențat de raporturile ocluzale statice și dinamice.
E). Este influențat în special de curbele de ocluzie.

7. *Situația în care dinții mandibulari sunt situați mai mezial, în sens sagital, apare în:

A). Situații fiziologice.
B). În ocluzia patologică, mezializata.
C). În sensul în care lipsesc unitățile odonto-parodontale vecine.
D). În anomaliile dento-maxilare de clasa a II-a Angle.
E). În anomaliile dento-maxilare de clasa a III-a Angle.

8. Stopurile ocluzale se obțin prin:
A). Contacte între cuspizii linguali ai premolarilor și molarilor inferiori cu crestele marginale ale antagonistului.
B). Cuspizii distali ai M_2 și M_3 și centrovestibular al M_1 inferior cu fosete centrale antagoniste.
C). Marginile libere ale frontalilor inferiori contactează infracingular cu grupul frontal superior.
D). Cuspizii palatinali ai premolarilor și molarilor contactează doar cu fosete centrale antagoniste.
E). Cuspizii palatinali ai premolarilor și molarilor contacteaza doar cu fosete distale antagoniste.

9. Printre rolurile cuspizilor de ghidaj, sunt:
A). Anulează componentele orizontale ale forțelor ocluzale.
B). Nu permit migrări ale dinților.
C). Concentrează solicitările asupra dinților în axul lung al acestora.
D). Asigură conducerea mandibulei în mișcările de lateralitate.
E). Asigură contactul fiecărui cuspid doar cu un singur versant cuspidian antagonist.

10. Ca și principii, în tipul de ”ocluzie organică”, sunt promovate:
A). Schema ocluzală ”freedom in centric”.
B). Principiile promovate de Körber.
C). Schema ocluzală de ocluzie ”restrictivă”.
D). Contacte ocluzale tripodice.
E). Point-centric-ul.

11. *Conform reprezentanților școlii gnatologice din Florida, s-au sintetizat următoarele principii ale unei ocluzii funcționale:
A). R.C. să coincidă cu I.M.
B). În cazul unui ghidaj anterior abrupt, ATM-urile să permită mișcări mandibulare predominant orizontale.
C). În cazul unui ghidaj anterior mai aplatizat, ATM-urile să permită mișcări mandibulare predominant verticale.
D). Tendința mișcărilor orizontale în cadrul ATM-urilor, în cazul unui ghidaj anterior abrupt, ar putea genera interferențe ocluzale.
E). Să se producă dezocluzia dinților de pe partea lucrătoare în mișcări de propulsie.

12. Dezocluzia dinților cuspidați de pe partea nelucrătoare, în mișcarea de lateralitate are următoarele explicații:
A). Contactele de pe partea inactivă generează bruxism.

B). Condilul orbitant nu mai are sprijin în articulație.
C). De partea inactivă forțele sunt orientate paraaxial.
D). Dinții cuspidați nu au rol în incizia alimentelor.
E). Este preluată de fața palatinală a caninului, cea mai frecventă fiind conducerea canină.

13. *Traiectoria dintre punctele inițiale și finale ale ghidajului, în mișcarea de lateralitate, de pe suprafața dentară în cazul fiecărui dinte, realizează:

A). O tangentă la curba lui Spee, care cu planul de ocluzie realizează un unghi de ≈10°.
B). Un unghi, cu planul de la Frankfurt, cu valoare descrescândă de la incisivi la canini, premolari și molari.
C). Un unghi cu Planul lui Camper, cu valoare descrescândă de la molari, premolari spre grupui incisiv.
D). O tangentă la curba Monson-Wilson, care cu curba de ocluzie realizează un unghi de 10°.
E). Un unghi de 10-15° cu tangenta la curba frontală.

14. Interferențele ocluzale la nivelul cuspizilor de partea activă, în mișcarea de lateralitate, pot fi generate de:

A). Curba lui Spee modificată, prin edentații, migrări dentare.
B). Ghidaj prea plat realizat la lucrările protetice.
C). Morfologie ocluzală modelată incorect.
D). Tratamente ortodontice eronate.
E). Gidaj de grup, cu absența caninului.

15. În cadrul mișcării de propulsie, din cadrul cinematicii mandibulare, sunt de reținut următoarele aspecte:

A). Mişcarea are loc doar în timpul masticației.
B). Este important să contacteze minim 2 incisivi.
C). Dacă poziția cap la cap este susținută de un singur dinte, vorbim de contact prematur.
D). Dacă poziția cap la cap este susținută de un singur dinte , vorbim de interfeență cluzală.
E). Orice contact dento-dentar ce apare în zonele laterale ale arcadelor în poziție cap-cap a incisivilor, este numit contact prematur nelucrător.

16. Caracteristicile poziției fiziologice de postură sunt:

A). Este o poziție habituală diferită în funcție de cinematica mandibulară.
B). Este o relație posturală ”statică”, inconstantă.
C). Este o poziție în care gupele musculare antagoniste au o acțiune sinergică.
D). Variază în raport invers proporțional cu DVO.
E). Între arcadele dentare este un spațiu de 1,2-4 mm numit long-centric.

17. În cazul L.C., elementele definitorii ale ale acestuia sunt:

A). I.M. nu coincide cu poziția de R.C.
B). Liniile mediene ale arcadelor sunt situate în același plan.
C). Există o alunecare sagitală a mandibulei, fără contactare dento-dentară.
D). Frecvent este însoțit și de wide centric.
E). Volumul cuspidului de sprijin este mai mic decât foseta antagoistă.

18. Aplicațiile clinice ale clasificării gnatologice a relațiilor ocluzale statice sunt:

A). La tip I și I A- lipsa disconfortului în ATM și la nivelul musculaturii la forțe moderate.
B). La tipul I se contraindică artroscopia.
C). La tipurile I și I A se contraindică injecțiile intaarticulare.
D). La tipurile I și I A se observă lipsa disconfortului dacă se corectează ocluzia.
E). La tipurile I și I A se poate apela rareori la agenti medicamentoși sau la gutiere ocluzale.

19. Mișcarea Bennett are următoarele particularități:

A). Poartă denumirea de imediat side shift.
B). Este executată de condilul pivotant.
C). Este executată de condilul orbitant.
D). Depinde de laxitatea capsulei ATM.
E). Este 1-3 mm.

20. Morfologia ocluzală a dinților laterali și a feței palatinale a frontalilor superiori este influențată de:

A). Mișcarea Bennett.
B). Unghiul Bennett.
C). Distanța intercondiliană.
D). Înclinația pantei tuberculului articular.
E). De adâncitura fosei glenoide.

EDENTAȚIA PARȚIALĂ REDUSĂ

1. **Fenomenul de arcuire al punților dentare:**
   A). Determină apariția forțelor de basculare.
   B). Este direct proporțional cu pătratul lungimii mezio-distale.
   C). Apare la nivelul punților din zonele de curbură a arcadelor.
   D). Este invers proporțional cu cubul înălțimii cervico-ocluzale.
   E). Pentru a fi evitat se recomandă utilizarea unor aliaje mai rigide.

2. **Proteza fixă unidentară extracoronară cu agregare intracoronară:**
   A). Reprezintă variante constructive ale PFU intracoronare.
   B). Pot prezenta trepte paragingulare.
   C). Sunt recomandate în cazul preparațiilor exagerat de conicizate.
   D). Este numită inlay-onlay.
   E). Este o variantă a coroanei ecuatoriale.

3. **Referitor la clasificarea edentaţiilor parțiale după Costa:**
   A). Are drept criterii localizarea și întinderea breșelor edentate.
   B). Edentația 14, 13 este numită F (frontală).
   C). Ia în considerare raporturile ocluzale.
   D). După Ioniță breșele edentate sunt citite în sens orar.
   E). Litera ”m” se utilizează pentru arcada mandibulară.

4. **Referitor la plasarea marginilor protezei fixe unidentare subgingival:**
   A). Nu este recomandată în cazul igienei dentare necorespunzătoare.
   B). Riscul retracției gingivale este crescut în cazul șanțurilor de 1,5 mm adâncime.
   C). În cazul unui șanț de circa 2 mm adâncime, se face la jumătatea profunzimii acestuia.
   D). În cazul unui șanț mai profund de 2 mm se poate practica gingivectomie preparatorie.
   E). Este recomandată când contactul proximal este localizat apical.

5. **Menținerea restaurărilor fixe unidentare:**
   A). Se referă la caracteristicile preparației care se opun forțelor cu componentă orizontală.
   B). Nu depinde de filmul de ciment.
   C). Este influențată de materialul de restaurare.
   D). Este crescută prin sablarea introdusului restaurărilor.
   E). Nu este influențată de diametrul bontului.

6. ***Ceramicile policristaline:**
   A). Sunt gravabile cu HF.
   B). Se sinterizează pe model refractar.
   C). Se utilizează prin tehnologia CAD CAM.
   D). Au o matrice organică.
   E). Se realizează prin presare.

7. ***Ceramicile pe bază de disilicat de litiu:**
   A). Se realizează prin tehnica slip casting.
   B). Nu se utilizează pentru punți.

C). Necesită 0,3 mm pentru fațete.
D). Nu sunt gravabile cu HF
E). Sunt ceramici policristaline.

8. *Pentru fațetele realizate din rășini nanoceramice este necesară o grosime de:
A). 0,3 mm.
B). 0,6 mm.
C). 0,5 mm.
D). 0,4 mm.
E). 1 mm.

9. *Modelările diagnostice utilizate în edentația parțială redusă se utilizează pentru:
A). Stabilirea axei de inserție a viitoarei restaurări.
B). Evitarea lezării accidentală a dinților vecini.
C). Stabilirea nivelului limitei cervicale a restaurării.
D). Stabilirea profunzimii șanțurilor de retenție.
E). Realizarea restaurărilor care au o poziție finală substanțial diferită de poziția inițială a dinților restaurați protetic.

10. Referitor la desființarea contactului proximal în cadrul preparării pentru proteze fixe unidentare:
A). Instrumentarul abraziv poate fi orientat orizontal.
B). Lezarea dinților vecini poate fi evitată prin utilizarea magnificării.
C). Experiența operatorului nu influențează prevalența lezării dinților vecini.
D). Instrumentarul abraziv se plasează la nivelul punctului de contact.
E). Se realizează cu freza flacără de diametru 1 mm.

11. *Preparația cu închidere verticală se recomandă pentru:
A). Coroane monolitice.
B). Dinți cu afectare parodontală.
C). Coroane mixte.
D). Fațete.
E). Dinți fără retracții gingivale.

12. *Din punct de vedere al geometriei zonei cervicale, cea mai conservatoare preparație este cea:
A). Fără prag.
B). Cu prag drept
C). Cu prag rotunjit lat.
D). Cu prag rotunjit.
E). Prag drept bizotat.

13. *Preparația la caninii maxilari pentru coroane metalice ¾ implică:
A). Prag rotunjit lat.
B). Utilizarea instrumentelor con invers.
C). Reducerea linguală de 0,6 mm
D). Prag în unghi drept.
E). Reducere incizală de minim 2 mm.

14. Referitor la restaurările parțiale de tip pinledge:

A). Sunt recomandate pentru premolari globuloși.
B). Sunt indicate pentru refacerea ghidajului canin.
C). Forma de retenție se obține cu pinuri intradentinare.
D). Se folosesc pentru imobilizarea frontalilor parodontotici.
E). La nivelul fețelor proximale necesită un spațiu de minim 0,6 mm față de dintele vecin.

15. *În cadrul erorilor preparațiilor pentru proteze dentare fixe:

A). Atingerea țesuturilor moi este o eroare severă.
B). Nerespectare morfologiei ocluzale este o eroare critică.
C). Nefinisarea muchiilor este o eroare de gravitate medie.
D). Atingerea involuntară a dinților vecini este o eroare gravă
E). Spațiul ocluzal insuficient este o eroare gravă.

16. Referitor la corpurile de punte situate în zonele de curbură ale arcadelor:

A). Induc la nivelul dinților stâlpi solicitări torsionale.
B). Se evită ghidajele pe corpurile de punte.
C). Apar solicitări în afara poligonului de sprijin al dinților stâlpi.
D). Se recomandă utilizarea conectorilor non-rigizi.
E). Se recomandă utilizarea unor dinți stâlpi suplimentari.

17. Absența incisivului lateral:

A). Poate fi protezată cu o punte cu extensie agregată pe incisivul central.
B). Protezată printr-o punte cu extensie agregată pe canin, necesită eliminarea contactelor statice de la nivelul extensiei.
C). Protezată printr-o punte cu extensie agregată pe canin, necesită eliminarea contactelor dinamice de la nivelul extensiei.
D). Portezată printr-o punte cu extensie necesită includerea a cel puțin doi dinți.
E). Nu se protezează prin punți cu extensie.

18. Referitor la substanțele astringente folosite pentru evicțiunea gingivală:

A). Sulfatul de fier produce des leziuni tisulare.
B). Epinefrina este contraindicată la pacienții cardiaci.
C). Sulfatul de fier are timp de acțiune mai scurt decât clorura de aluminiu
D). Spuma Expasyl conține clorură de aluminiu
E). Clorura de aluminiu nu are rol hemostatic.

19. Metoda electrochirugicală de evicțiune gingivală:

A). Nu necesită anestezie profundă.
B). Nu este indicat a fi utilizată în apropierea restaurărilor metalice.
C). Are ca avantaj neapariția hemoragiei.
D). Creează fenomenul de electrocoagulare.
E). Prezintă un risc redus de retracție gingivală.

20. Siliconii de adiție:

A). Prezintă fenomenul de imbibiție.
B). Au timp de priză scurt.
C). Sunt hidrofobi.
D). Au rigiditate mare.

E). Prezintă trei consistențe.

21. Referitor la lingurile individuale utilizate în edentația parțială redusă:

A). Amprenta cu o lingură din compozit fotopolimerizabil trebuie luată la 9 ore de la realizarea lingurii.
B). Pentru asigurarea retenției lingurile trebuie perforate.
C). Trebuie să asigure un spațiu pentru materialul de amprentă de 2 – 3 mm.
D). Lingurile din materiale termoplastice nu se recomandă a fi utilizate.
E). Pereții lingurii trebuie să aibă o grosime de 2 -3 mm.

22. Amprenta în dublu amestec:

A). Este o amprentă într-un singur timp.
B). Este o amprentă utilizată deseori în implantologie.
C). Necesită ca vâscozitatea celor două materiale să fie apropiată.
D). Este o amprentă de corecție.
E). Tehnica se pretează pentru hidrocoloizi ireversibili.

23. Reculul lingurii și al amprentei:

A). Apare în cazul amprentelor luate cu material de consistență medie.
B). Poate avea ca efect un model cu bonturi subdimensionate vestibulo-oral.
C). Pate fi contracarat prin utilizarea ligurilor individuale din materiale termoplastice.
D). Poate fi contracarat prin amprentarea dinților cu materialul chitos înainte de șlefuire.
E). Duce la apariția defectelor invizibile ale amprentei.

24. În cadrul verificării stabilității punții:

A). Sediul basculării poate să fie la nivelul corpului de punte.
B). Sediul basculării poate să fie la nivelul elementelor de agregare.
C). Punțile din zirconiu pot fi secționate, solidarizate în cavitatea bucală în poziție corectă și sudate în laborator.
D). Apariția basculării impune refacerea punții.
E). Lucrarea protetică trebuie să fie pasivă în special la nivelul implantelor.

25. Cimentul fosfat de zinc:

A). Aderă bine de aliaje metalice nobile.
B). Se curăță după priza finală.
C). Asigură închidere marginală exclusiv mecanic.
D). Nu produce sensibilitate pulpară.
E). Are o rezistență la compresiune scăzută.

26. Cimentul ionomer de sticlă:

A). Prezintă un pH inițial ridicat.
B). Este solubil în perioada inițială de priză.
C). Este solubil în fluidele acide.
D). Prezintă expansiune datorită absorbției de apă.
E). Aderă la structurile dentare.

27. Tratamentul tribochimic utilizat la cimentarea protezelor fixe unidentare:

A). Constă în gravarea acidă a lucrărilor.
B). Se realizează cu silice.

C). Se aplică ceramicilor cu matrice bazată pe silice.
D). Se utilizează pentru zirconiu.
E). Se utilizează pentru ceramicile pe bază de alumina.

28. În cazul cimentării lucrărilor protetice din zirconia se recomandă:
A). Sablarea cu oxid de aluminiu la maxim 2 bari.
B). Gravarea acidă cu 10% acid sulfuric.
C). Aplicarea unei soluții de Na2CO3 – Ca2CO3.
D). Curățarea restaurărilor cu acid fosforic.
E). Aplicarea unui primer care conține MDP.

29. Pentru cimentarea adezivă, aplicarea gelurilor HF 4 – 5% se face:
A). 20 secunde pentru ceramică feldspatică.
B). 30 secunde pentru ceramică pe bază de disilicat de litiu armat cu zirconia.
C). 60 secunde pentru ceramici pe bază de disilicat de litiu.
D). 120 secunde pentru ceramici pe bază de fluor-apatită.
E). 60 secunde pentru ceramici pe bază de leucită.

30. În cadrul cimentării restaurărilor unidentare, canalele de refulare:
A). Se realizează pe pereții proximali până la limita preparației.
B). Cresc adaptarea marginală.
C). Cresc retenția.
D). Cele mai indicate sunt cele externe.
E). Se realizează pe pereții axiali până la limita preparației.

31. Amprenta bimaxilară în ocluzie:
A). Se realizează în intercuspidare maximă.
B). Nu este recomandată pentru reconstituiri coronoradiculare.
C). Se poate lua prin tehnica de spălare.
D). Se poate lua prin tehnica în dublu amestec.
E). Este eficientă în ocluzia instabilă.

32. Polieterii:
A). Au și consistență chitoasă.
B). Au gust amar.
C). Au rezistență la rupere foarte bună.
D). Se prezintă în 3 consistențe.
E). Sunt hidrofobi.

33. În cadrul evicțiunii gingivale prin tehnica cu două șnururi:
A). Șnurul gros controlează hemoragia.
B). Șnurul subțire controlează umiditatea.
C). Șnurul mai subțire se scoate înainte de amprentare.
D). După îndepărtarea șnurului de evicțiune șanțul se închide în mai puțin de 50 secunde.
E). Șnurul mai subțire se plasează sub marginile preparației.

34. Conectorii non-rigizi utilizați în cadrul punților dentare:
A). Sunt recomandați când partea distală a punții are antagonist o proteză mobilizabilă.

B). Sunt recomandați în cazul dinților restanți intercalați.
C). Sunt parte din corpul de punte mezial.
D). Au forma unei culise de forma literei "T".
E). Au matrice plasată pe fața mezială a stâlpului distal.

35. Referitor la uzura patologică:
A). Uzura "helicoidală" este caracteristică ocluziei psalidodonte.
B). Uzura "cilindrică" este caracteristică ocluziei labiodonte.
C). Uzura "ad palatum" este caracteristică ocluziei inverse.
D). Uzura "ad linguam" este caracteristică ocluziei adânci.
E). Uzura "cilindrică" este caracteristică ocluziei adânci.

36. Vitroceramicile:
A). Sunt ceramici policristaline.
B). Nu sunt gravabile cu HF.
C). Se utilizează prin tehnologie CAD CAM.
D). Se utilizează monolitic în zonă frontală
E). Se utilizează monolitic în zonă laterală.

37. Rezistența structurală a restaurărilor metalo-ceramice depinde de:
A). Calitatea interfeței metal-ceramică.
B). Plasarea joncțiunii metal-ceramică la 0,5 mm de contactul ocluzal.
C). Plasarea joncțiunii metal-ceramică la 1,5 mm de contactul proximal.
D). Plasarea, de preferat, a contactului ocluzal pe ceramică.
E). Plasarea, de preferat, a contactului proximal pe ceramică.

38. Referitor la reconstituirea corono-radiculară:
A). Necesită pereți axiali cu înălțime de minim 2 mm.
B). Lungimea pivotului radicular este cel puțin 2/3 din lungimea rădăcinii.
C). Diametrul pivotului radicular este de circa 1/3 din diametrul radicular.
D). Este recomandată păstrarea obturației de canal pe o porțiune de minim 2 mm.
E). Se recomandă realizarea preparării sub izolare.

39. Referitor la încorporarea șnurului de evicțiune la marginea amprentei:
A). Se realizează îndepărtarea prin secționare cu lama de bisturiu.
B). Se realizează îndepărtarea prin tracțiuni cu pensa.
C). Se realizează umezirea șnurului prin plasarea amprentei în apa și se încercă îndepărtarea acestuia.
D). Deshidratarea șnurului umezit poate duce la distorsionarea amprentei.
E). Apare frecvent în cazul utilizării tehnicii de evicțiune gingivală cu un șnur.

40. Referitor la verificarea și adaptarea ocluzală a protezelor fixe unidentare:
A). Adaptarea ocluzală a lucrărilor ceramice se face cu freze extradure.
B). În cazul ceramicii pietre ceramice pot produce centre de microfractură în masa ceramică.
C). Adaptarea ocluzală a lucrărilor metalice se face cu freze extradure cu lamele elicoidale cu striații transversale.
D). Ceramica se adaptează cu pietre Arkansas
E). Ceramica se adaptează cu pietre din oxid de aluminiu.

EDENTAȚIA PARȚIALĂ ÎNTINSĂ ȘI TOTALĂ

1. **Factorii favorizanți ai edentației parțiale întinse sunt:**
   A). Factori genetici.
   B). Cause aparente.
   C). Factori de risc.
   D). Cauze congenitale.
   E). Cauze dobândite.

2. **Cauze dobândite locale ale edentației parțiale întinse sunt:**
   A). Caria.
   B). Tumori maxilare.
   C) Boala de focar.
   D). Diabet zaharat.
   E). Rahitism.

3. ***Tulburările morfologiei faciale în edentația parțială întinsă cuprind:**
   A). Mentonul de depărtează de vârful nasului.
   B). Mărirea roșului buzelor.
   C). Șanțurile periorale preexistente se adâncesc.
   D). Marginea bazilară și mentonul apar mai puțin proeminente.
   E). Șanțurile periorale preexistente se aplatizează.

4. **Înălțimea spațiului protetic potențial poate fi micșorată în următoarele situații:**
   A). Atrofii accentuate ale crestei alveolare.
   B). Abraziunea dinților limitrofi breșei edentate.
   C). Subocluzia dinților limitrofi breșei edentate.
   D). Egresiunea dinților antagoniști.
   E). Ocluzia deschisă.

5. **Inspecția dinamică din examenul articulației temporo-mandibulare urmărește:**
   A). Excursiile condiliene.
   B). Sensibilitatea regiunii pretragiene.
   C). Excursiile mentonului.
   D). Zgomotele articulare.
   E). Amplitudinea deschiderii gurii.

6. **Suportul odontal în edentația parțială întinsă se va examina din punct de vedere al:**
   A). Culorii.
   B). Morfologiei coronare.
   C). Vitalității.
   D). Implantării.
   E). Aspectului gingiei.

7. **Zona de sprijin mandibulară în edentația parțială întinsă:**
   A). Este mult mai extinsă decât la maxilar.
   B). Include tuberculul piriform.
   C). Include creasta edentată.
   D). Este mult mai redusă decât la maxilar.
   E). Calitatea mucoasei va indica alegerea materialului și a metodei de amprentare.

8. **Examenul ocluziei în edentația parțială întinsă:**

A). Evaluează calitatea contactelor dento-dentare.
B). Înregistrează contactele dento-dentare în RC
C). Nu ține cont de corelația RC -IM.
D). Înregistrează contactele dento-dentare în IM.
E). Dinamica mandibulară este modificată la edentatul parțial întins.

9. *Indicația de elecție pentru protezele parțiale o reprezintă:
A). Edentațiile de clasa III și IV Kennedy.
B). Edentațiile de clasa I și II Kennedy.
C). Infecții cronice.
D). Infecții acute.
E). Câmpuri protetice nefavorabile.

10. Indicațiile protezei parțiale acrilice amovibile:
A). Arcade dentare integre la care apare o breșă redusă în zona frontală.
B). Arcade dentare integre la care se vor executa extracții în zona frontală și laterală.
C). Stare generală alterată.
D). Infecții acute.
E). Cavități orale neasanate.

11. Șeile acrilice ale protezelor parțiale amovibile:
A). Au rolul de suport al dinților artificiali.
B). Transmit forțele de solicitare conectorului principal.
C). Prezintă numeroși versanți.
D). Nu au rol in antibasculare.
E). Se opun forțelor de deplasare verticale.

12. Protezarea flexibilă are ca indicații:
A). Stare generală alterată.
B). Spațiul protetic posterior este mai mic de 4-6 mm.
C). Considerente estetice de mascare a recesiunii gingivale.
D). Pacienți alergici la acrilate.
E). Evitarea stresului pe unitățile odonto-parodontale restante.

13. Conectorul principal metalic sub formă de bară:
A). Are lățimea de 6-7 mm.
B). Pe secțiune are formă ovalară, rotundă.
C). Este poziționat ân contact cu parodonțiul marginal.
D). Are o grosime de 3 mm.
E). Are o grosime de 6-7 mm.

14. Conectorul principal metalic sub formă de plăcuță:
A). Conectorul maxilar poate avea contact mucozal.
B).Conectorul maxilar poate avea contact dento-mucozal.
C). Are lățime mai mică de 10 mm.
D). Are grosime mai mare de 10 mm.
E). Conectorul mandibular are raport numai mucozal.

15. *Menținerea:
A). Se obține prin elementele rigide ale croșetului.
B). Este asigurată de pinten.
C). Asigură stabilizarea orizontală a protezei.

D). Nu depinde de gradul de retentivitate al dintelui stâlp.
E). Este funcția prin care croșetul împiedică desprinderea involuntară a protezei de pe câmpul protetic.

16. Menținerea indirectă:
A). Se realizează prin porțiunile terminale flexibile ale brațelor retentive ale croșetelor circulare.
B). Se obține prin jumătatea distală, subecuatorială a croșetului divizat în ”T”.
C). Se datorează brațului retentiv al croșetului.
D). Se obține prin elementele rigide ale croșetului.
E). Se obține prin brațele opozante.

17. *Avantajele sistemelor speciale de menținere, sprijin și stabilizare:
A). Sunt laborioase.
B). Necesită preparări complexe:
C). Necesită exigențe în execuție.
D). Tehnica executării lor este dificilă.
E). Sunt elemente puțin vizibile, discrete.

18. Avantajele coroanelor telescopate:
A). Asigură o stabilizare optimală a protezelor parțiale mobilizabile în toate sensurile.
B). Favorizează acumularea plăcii dentare.
C). Sunt costisitoare.
D). Asigură ”imobilizarea activă” secundară a dinților acoperiți.
E). Asigură transmisia axială a presiunilor ocluzale.

19. Acoperirea dinților stâlpi cu microproteze in edentația parțială întinsă - indicații:
A). Pacient cu boală carioasă.
B). Igienă orală deficitară.
C). Când dinții prezintă retentivități naturale.
D). Există microproteze vechi.
E). Când dinții prezintă abrazie accentuată.

20. Testele lui Franz Herbst pentru maxilar:
A). Deschiderea ușoară a gurii.
B). Deglutiție.
C). Surâs forțat, modelează zona vestibulară laterală.
D). Limba către nas, modelează zona genioglosului.
E). Mobilizarea periferiei campului protetic în zona distală prin probe Valsalva.

21. Testele lui Franz Herbst pentru mandibulă:
A). Umezirea roșului buzelor.
B). Fluierat, modelează zona vestibulară centrală.
C). Deglutiție.
D). Surâs forțat.
E). Deschiderea ușoară a gurii.

22. Edentația de clasa I Kennedy:
A). Absența unităților odonto-parodontale din porțiunea terminală a ambelor hemiarcade.
B). Facies modificat prin subdimensionarea etajului inferior.
C). Deglutiția nu este alterată.
D). Fonația nu este perturbată.

E). Masticația este alterată doar în cazurile în care edentația este amplă.

23. Pacienții care nu pot suporta protezele mobile prezintă:
A). Câmpuri protetice deficitare:
B). Toleranță scăzută a țesuturilor moi.
C). Parafuncții ce duc la instabilitatea protezelor.
D). Reflexe de vomă exagerate.
E). Toleranță psihologică a protezelor.

24. *Contraindicații sistemice absolute ale tratamentului chirurgical pentru inserarea de implante:
A). Infarct miocardic recent.
B). Proteză valvulară.
C). Diabet sever:
D). radioterapie:
E). Toate de mai sus.

25. După Misch and Judy:
A). Edentații total pot fi împărțiți în 5 clase.
B). În clasa A, rezerva osoasă se pretează pentru inserarea oricărui tip de implant.
C). În clasa B, la ambele maxilare pot fi inserate implante intraosoase de tip cilindric:
D). În clasa C, la maxilar nu este posibilă inserarea de implante endoosoase.
E). Edentații total pot fi împărțiți în 6 clase.

26. *Tipuri de implante utilizate în terapia edentației totale:
A). Implante intracorticale.
B). Implante subperiostale.
C). Implante intraosoase.
D). Implante transosoase.
E). Toate de mai sus.

27. Conceptul I al lui Spickermann la mandibulă:
A). Se indică la pacienții cu resorbție medie sau mare a crestelor reziduale.
B). Înălțimea crestelor edentate de maxim 10 mm.
C). Se inseră 2 implante endoosoase interforaminal.
D). Se inseră 4 implante endoosoase.
E). Se indică la pacienții cu resorbție minimă a crestelor reziduale.

28. Conexiuni între infrastructură, mezostructură și suprastructură:
A). Infrastructura este reprezentată de implantele endoosoase.
B). Mezostructura este constituită din bonturile implantelor.
C). Infrastructura este constituită din bonturile implantelor.
D). Infrastructura este restaurarea protetică propriu-zisă.
E). Mezostructura este restaurarea protetică propriu-zisă.

29. *Etapa de dispensarizare a pacientului protezat pe implanturi include verificarea relației implant - țesut periimplantar:
A). Modificări ale gingiei din jurul implantelor.
B). Pierderi osoase importante.
C). Mobilitatea implantului.
D). Durere.
E). Toate de mai sus.

30. Criterii pentru un implant dentar osteointegrat, după Smith și Zarb:

A). Lipsa mobilității implantului.
B). Lipsa durerii persistente.
C). Pierdere verticală a osului mai mare de 0,2 mm pe an.
D). Prezența unei radiotransparențe periimplantare.
E). Pierdere verticală a osului mai mică de 0,2 mm pe an.

31. Particularitatea clasei a IV-a Kennedy:

A). Retenția indirectă trebuie să contrabalanseze forțele de destabilizare generate mai ales în timpul inciziei alimentelor.
B). Nu ține cont de forțele dezvoltate în timpul masticației alimentelor tari.
C). Nu ține cont de forțele dezvoltate în timpul masticației alimentelor lipicioase.
D). Punctele de sprijin ocluzale trebuie plasate la marginea edentației.
E). Nu necesită retenție indirectă.

32. *Edentația de clasa a III-a Kennedy:

A). Biomecanic, este mai favorabilă decât clasele I și a II-a.
B). Pierderea unui singur dinte nu determină modificări ocluzale.
C). Consecințele unei singure pierderi dentare nu sunt grave.
D). Edentația intercalată redusă nu reprezintă o urgență terapeutică.
E). De obicei, nu se tratează cu ajutorul punților.

33. Caracteristicile biomecanice ale edentației parțiale de clasa a II-a:

A). Există tendința de basculare a șeilor distale prin înfundare.
B). Bascularea prin înfundare accelerează resorbția și atrofia alveolară.
C). Reoptimizarea protezei prin căptușire este o rezolvare definitivă.
D). Resorbția continuă datorită solicitării mecanice.
E). Nu există tendința de basculare a șeilor distale prin înfundare.

34. Edentația de clasa a II-a Kennedy:

A). Poate cuprinde doar dinții din zona anterioară a arcadei.
B). Se mai numește și edentație unilaterală.
C). Edentația molară uniterminală produce tulburări majore.
D). Poate cuprinde dinții laterali și se poate extinde și spre zona anterioară a arcadei.
E). Organismul nu compensează funcția prin intermediul arcadei restante.

35. Situații specifice în edentația de clasa I Kennedy:

A). Lipsa molarilor de minte de protezează întotdeauna.
B). Sprijinul protezei va fi întotdeauna mixt.
C). Cand lipsesc și molarii de 6 ani, tratamentul protetic nu este necesar.
D). Conectorul secundar scurt este rigid.
E). Sprijinul protezei va fi întotdeauna doar parodontal.

36. Adapatrea protezei mobile:

A). Adaptarea tardivă are loc la primul contact al pacientului cu proteza finită.
B). Adaptarea primară se realizează în prima săptămână după inserția protezei.
C). Adaptarea secundară se realizează în prima săptămână după inserția protezei.
D). Adaptarea tardivă are loc după 30 de zile.
E). Adaptarea primară are loc după 30 de zile.

37. Verificarea clinică a machetei protezei parțiale:

A). Se desfășoară în 2 etape: intraoral și extraoral.
B). Se realizează doar pe model cu simulatorul deschis.
C). Urmărește dacă au fost respectate indicațiile de montare a dinților.
D). Examinarea cu simulatorul deschis permite aprecierea rapoartelor ocluzale dinamice.
E). Se apreciază dacă marginile șeilor sunt corect conformate.

38. Principalele repere necesare alegerii dinților artificiali:
A). Linia mediană reprezintă limita de maximă vizibilitate a grupuli frontal superior.
B). Linia mediană reprezintă planul medio-sagital al feței.
C). Linia caninilor materializează fața distală a caninilor.
D). Linia surâsului: reprezintă limita de maximă vizibilitate a grupuli frontal superior.
E). Linia caninilor va reprezenta planul medio-sagital al feței.

39. Machetele de ocluzie:
A). Sunt alcătuite dintr-o bază.
B). Sunt alcătuite dintr-o bordură de ocluzie.
C). Reprezintă piese finale protetice.
D). Prin culoare prefigurează viitoarele protezări.
E). Prin volum și formă prefigurează viitoarele protezări.

40. Materiale utilizate în amprentarea funcțională a edentației parțiale:
A). Materiale rigide.
B). Materiale semirigide.
C). Materiale elastice.
D). Nu se utilizează siliconi.
E). Nu se utilizează eugenat de zinc.

PARODONTOLOGIE

1. ***Parodonţiul profund:**
   - *A). Este format din gingia fixă.*
   - *B). Este format din cement, desmodonţiu şi os alveolar.*
   - *C). Este denumit si parodonţiu de înveliş.*
   - *D). Este format din gingia fixă şi ligamentul periodontal.*
   - *E). Este reprezentat de osul alveolar.*

2. **Adâncimea şanţului gingival:**
   - *A). Este un parametru important în diagnosticul parodontal.*
   - *B). Se poate aprecia cu ajutorul Rx retroalveolare.*
   - *C). În condiţii de sănătate parodontală, pe secţiuni histologice, variază între 0,5 şi 3 mm, cu o medie de 1,8 mm.*
   - *D). Nu se poate aprecia clinic.*
   - *E). Este mai mare la maxilar decât la mandibulă.*

3. **Gingia atașată:**
   - *A). Aderă ferm de periostul osului alveolar subiacent.*
   - *B). Este parte componentă a parodonţiului profund.*
   - *C). Are o înălţime mai mare la maxilar decât la mandibulă.*
   - *D). Este porţiunea cea mai coronară a gingiei.*
   - *E). Se întinde de la proiecţia bazei şanţului gingival pe versantul gingival extern, până la mucoasa alveolară.*

4. **Epiteliul gingival extern:**
   - *A). Începe de la vârful gingiei marginale și se termină la joncțiunea muco-gingivală.*
   - *B). Are un strat spinos, format din 10-20 de rânduri cu celule poliedrice.*
   - *C). Are 10-15 rânduri de celule şi se subţiază progresiv spre inserţia epitelială.*
   - *D). Este subțire și nekeratinizat.*
   - *E). Poate acţiona ca o membrană semipermeabilă.*

5. **Epiteliul sulcular:**
   - *A). Realizează atașamentul gingiei de suprafața dintelui.*
   - *B). Formează peretele moale al șanțului gingival.*
   - *C). Se întinde de la marginea gingivală până la șanțul gingiei libere.*
   - *D). Este vulnerabil față de agresiuni datorită faptului că este nekeratinizat.*
   - *E). Poate acţiona ca o membrană semipermeabilă.*

6. ***Epiteliul joncţional:**
   - *A). Constă dintr-o bandă de epiteliu scuamos stratificat, nekeratinizat.*
   - *B). Prezintă un număr crescut de punţi desmozomale intercelulare.*
   - *C). Are un strat spinos, format din 10-20 rânduri cu celule aplatizate.*
   - *D). Tapetează versantul intern al gingiei libere.*
   - *E). Este mai subțire spre sulcus(1-3 starturi de celule) și se îngroașă progresiv spre profunzime (10-20 de straturi celulare).*

7. Elementele de vulnerabilitate histologică a epiteliului joncțional sunt:

A). Contactul plan dintre epiteliu și lamina propria.
B). Traiectul ondulat la limita dintre epiteliu și țesutul conjunctiv subiacent.
C). Spațiile intercelulare reduse.
D). Numărul mai redus de desmozomi în comparație cu epiteliul gingival extern.
E). Rezistența la detașare redusă.

8. Fibrele desmodontale de colagen:

A). Sunt în număr mai redus decât fibre elastice.
B). Sunt dispuse în mănunchiuri distincte și bine definite.
C). Au în secțiune longitudinală un traseu ondulat.
D). Au o porțiune terminală a încorporată în cement și osul alveolar ce poartă denumirea de fibre Lindhe.
E). Au o direcție paralelă cu rădăcina și se inseră în cement, în treimea apicală a acesteia.

9. Ligamentul parodontal, prin componentele sale, are următoarele funcții fizice:

A). Participă la formarea și resorbția osului alveolar și a cementului.
B). Transmite senzațiile dureroase, tactile și de presiune pe căile nervului trigemen.
C). Protejează vasele și nervii de leziuni mecanice.
D). Oferă rezistență la impactul forțelor ocluzale.
E). Atașează dintele de osul alveolar.

10. Cementul primar:

A). Acoperă cele 2/3 coronare ale rădăcinii.
B). Este situat 1/3 apicală a rădăcinii și la nivelul furcațiilor dinților pluriradiculari.
C). Prezintă numeroase cementocite, situate în lacune ale cementului numite impropriu cementoclaste.
D). Nu conține celule.
E). este mai slab mineralizat decât cementul secundar.

11. Lamina cribriforma:

A). Reprezintă corticala internă a osului alveolar.
B). Reprezintă corticala externă a osului alveolar.
C). Conține măduva osoasă, cu funcție hematopoetică.
D). Este acoperită de periost.
E). Apare radiologic sub forma unei benzi lineare de radioopacitate crescută.

12. Complexele bacteriene considerente compatibile cu sănătatea parodontală sunt:

A). Complexul galben.
B). Complexul oranj.
C). Complexul roșu.
D). Complexul violet.
E). Complexul verde.

13. Aggregatibacter actinomycetemcomitans:

A). Este un parodonto-patogen recunoscut.

B). Este un cocobacil Gram-negativ.

C). Prezintă o mobilitate crescută.

D). Produce două cistein-proteinaze denumite gingipaine.

E). Sintetizează o leucotoxină care produce pori în membrana PMN

14. *Complexul roşu asociat pungilor profunde şi zonelor cu pierdere de ataşament este format din:

A). Fusobacterium, Prevotella , Campylobacter, Eubacterium nodatum.

B). A. actinomycetemcomitans serotip b, Actinomyces naeslundii, Selenomonas noxia.

C). Tannerella forsythia, Porphyromonas gingivalis, Treponema denticola.

D). Porphyromonas gingivalis, Tannerella forsythia, A. actinomycetemcomitans serotip b.

E). A. actinomycetemcomitans serotip b, Prevotella , Campylobacter,

15. Mecanisme care pot explica rezistența la antibiotice a bacteriilor din biofilm sunt:

A). Rata de creştere mai crescută a bacteriilor din biofilm.

B). Sinteza unor enzime bacteriene care degradează unele antibiotice

C). Existența în biofilm a unor populaţii bacteriene „super-rezistente" la antibiotice.

D). Schimburile de informație genetică (ADN bacterian).

E). Difuziunea antibioticului prin matricea extracelulară a plăcii.

16. Porphyromonas gingivalis:

A). Este facultativ anaerob (nu are nevoie de anaerobioză strictă).

B). Este specia dominantă ca prevalenţă şi număr în majoritatea leziunilor de parodontită cronică (denumire actuală parodontită).

C). Este detectat și în zona subgingivală a pacienţilor sănătoşi parodontal.

D). Nu este depistat în parodontitele cu evoluție rapidă.

E). Inhibă imunitatea înnăscută de la nivelul parodonțiului.

17. Gingipainele:

A). Sunt cistein-proteinaze produce de A. actinomycetemcomitans.

B). Distrug factorul de necroză tumorală α (TNF-α).

C). Scad sinteza de interleukina-6 (IL-6) și IL-8 de către monocite.

D). Au rol important în adeziunea bacteriei şi degradarea tisulară.

E). Degradează componente ale complementului (C3, C4, C5, factor B).

18. Tartrul dentar:

A). Constituie o cauză direct determinantă în etiologia bolii parodontale.

B). Este compus în proporţie de 30-40% din săruri anorganice.

C). Conține celule epiteliale, lipide, carbohidrați.

D). Are compoziția diferită în funcţie de localizarea supra- sau subgingivală şi de vechimea depozitului.

E). Subgingival este mai aderent decât tartrul supragingival.

19. *Ectopiile determină la nivelul parodonțiului:

A). Septuri şi papile interdentare subţiri.
B). Retenţia plăcii bacteriene, prin deficit de autocurăţire şi dificultăţi de curăţire artificială.
C). O tabla osoasă groasă de partea erupției ectopice.
D). Subțierea fibromucoasei de partea opusă.
E). Îngroşarea fibromucoasei de partea opusă.

20. *Următoarea afirmație legată de materia alba este falsă :

A). Este un depozit de consitență moale.
B). Este mai aderentă decât placa bacteriană.
C). Contine leucocite.
D). Conține proteine și lipide salivare
E). Conține celule epiteliale descuamate.

21. Printre cele mai frecvente iatrogenii care afectează parodonțiul se regăsesc:

A). Obturațiile ocluzale incorect adaptate marginal.
B). Șlefuitul intempestiv, subgingival.
C). Coroanele protetice cu margini neadaptate.
D). Încleştarea dinţilor în contact ocluzal prin contracţia izometrică a muşchilor masticatori.
E). Respiraţia orală şi deglutiţia infantilă.

22. *Pragul de modificare a gradului parodontitei de către diabet este considerat o valoare a hemoglobinei glicozilate de:

A). 4%.
B). 5%.
C). 7%.
D). 8%.
E). 9%.

23. *Pragul de modificare a gradului parodontitei de către fumat este considerat consumul a minim:

A). 5 țigări zilnic
B). 10 țigări zilnic
C). 15 țigări zilnic
D). 20 țigări zilnic
E). 25 țigări zilnic

24. Efectele pe termen lung ale fumatului la nivel sistemic sunt:

A). Crearea unui dezechilibru al oxidanților-antioxidanților plasmatici.
B). Scăderea numărului total de leucocite.
C). Scăderea nivelului total al limfocitelor T.
D). Producerea unui nivel înalt de stres oxidativ.
E). Creșterea sintezei de citokine proinflamatorii.

25. În comparație cu nefumătorii, pacienții fumători prezintă:

A). Semne clinice de inflamație mai pronunțate.
B). Sângerare la sondare mai pronunțată.

C). Valorile ale temperaturii subgingivale mai scăzute.
D). Diferențe semnificative în densitatea vasculară a gingiei sănătoase.
E). O concentrația de oxigen din țesuturile gingivale sănătoase mai redusă.

26. La pacienții parodontopați diabetici:
A). Nivelurile serice crescute ale TNF-α și IL-6 sunt asociate cu amplificarea rezistenței la insulină.
B). Stadiul afecțiunii parodontale nu influențează controlul glicemic.
C). Terapia parodontală conduce la un control glicemic mai bun, în cazul diabetului de tip 2.
D). Efectele terapiei parodontale sunt mai reduse, în cazul diabetului de tip 1.
E). Terapia parodontală nu influențează controlul glicemic.

27. Creșterile nivelurilor serice de proteina C-reactivă (CRP) și fibrinogen:
A). Stimulează mecanismele coagulării sângelui.
B). Sunt factori de risc acceptați pentru bolile cardiovasculare.
C). Nu sunt asociate cu boala parodontală.
D). Sunt adesea prezente la pacienții cu parodontită, comparativ cu pacienții fără afectare parodontală
E). Nu se reduc prin terapie parodontală.

28. În stabilirea diagnosticului parodontal radiografia furnizează date legate de:
A). Valoarea pierderii de atașament..
B). Distribuția și severitatea defectelor osoase.
C). Lărgirea spațiului periodontal.
D). Valoarea retracției gingivale.
E). Adâncimea pungilor parodontale.

29. Sângerarea gingivală în gingivita simplă de cauză microbiană:
A). Apare spontan.
B). Poate fi provocată de periajul dentar.
C). Poate fi provocată de explorarea cu sonda.
D). Apare sub formă de picături, numai la nivelul papilelor interdentare.
E). Intereresează marginea gingivală a tuturor unităților odonto-parodontale prezente în cavitatea bucală.

30. Gingivita de sarcină este însoțită de următoarele semne:
A). Durere la contactul cu alimente sau băuturi reci sau fierbinți.
B). Senzație de uscăciune și de arsură la nivelul mucoasei gingivale și orale.
C). Dureri gingivale, numai în cursul unor infecții acute prin suprainfectare.
D). Sângerare la cele mai mici atingeri, datorată hipervascularizației.
E). Mobilitatea patologică, de gradul 1și 2.

31. Gingivita hiperplazică prin antagoniști de calciu este caracterizată de următoarele semne clinice:
A). Hiperplazie gingivală cu caracter generalizat, ce predomină interdentar și vestibular,
B). Consistența gingiei mai fermă la început, odată cu creșterea în volum se reduce devenind moale, depresibilă.

C). Hiperplazia gingivală, ce interesează ambele versante, vestibular și oral, și poate să acopere coroana dintelui până la marginea incizală sau suprafața ocluzală,

D). Marginea gingivală liberă poate prezenta frecvent zone de necroză, acoperite de false membrane.

E). Culoarea gingiei variază de la roșu congestiv cu zone frecvent ulcerate până la roșu închis violaceu în zonele de stază.

32. Hiperplazia gingivală apare mai mult vestibular în următoarele tipuri de gingivite:

A). Gingivita de sarcină.

B). Gingivita la pubertate.

C). Gingivita hiperplazică din leucemie.

D). Hiperplazia gingivală hidantoinică.

E). Hiperplazia gingivală la antagoniști de calciu.

33. În următoarele tipuri de gingivite apare sângerare spontană:

A). Gingivita și gingivostomatita acută ulcero-necrotică.

B). Gingivită din diabet.

C). Gingivita hiperplazică din leucemie.

D). Gingivita de sarcină.

E). Hiperplazia gingivală la antagoniști de calciu.

34. Următoarele boli induc apariția gingivitelor descuamative:

A). Diabet.

B). Leucoplazie.

C). Lichen plan.

D). Pemfigus.

E). Infecția HIV.

35. Gingivite care au la bază formarea de vezicule sunt:

A). Gingivită descuamativă.

B). Gingivostomatită aftoasă recidivantă.

C). Gingivostomatită herpetică.

D). Gingivostomtatită de cauză micotică.

E). Gingivita alergică.

36. *Meiopragia, îngroșarea membranei bazale dintre epiteliu și corion și reducerea lumenului capilarelor și arteriolelor apar în:

A). Gingivostomatita acută ulcero-necrotică.

B). Gingivita hiperplazică din leucemie.

C). Gingivita de sarcină.

D). Gingivostomatita de menopauză.

E). Gingivita din diabet.

37. În următoarele tipuri de gingivite pot apărea pungi false:

A). Gingivita hiperplazică în hipovitaminoza C.

B). Gingivita din diabet.

C). Gingivita descuamativă.

D). Gingivita de sarcină.

E). Gingivita alergică.

38. Alegeți perechile corect asociate:

A). Gingivita din diabet – hiperplazie gingivală de tip polipoidal.

B). Gingivită acută ulcero-necrotică – spirochete, bacili fuziformi.

C). Hiperplazia gingivală hidantoinică – șanț situat la baza hiperplaziei papilelor și a marginii gingivale libere.

D). Gingivostomatită de cauză micotică – veziculă.

E). Gingivita alergică – gingivită cu plasmocite.

39. *Între simptomele gingivitei hiperplazice din leucemie NU întâlnim:

A). Gingia are culoare palidă datorită meiopragiei și a pierderii mari de sânge.

B). Gingivoragii precoce.

C). Marginea liberă a gingiei prezintă frecvente zone de ulcerații.

D). Marginea liberă a gingiei prezintă frecvente zone de necroză, acoperite de false membrane.

E). Hiperplazie gingivală cu caracter extensiv.

40. Simptomatologia subiectivă a gingivostomatitei acute ulcero-necrotice include:

A). Aspectul decapitat al papilelor interdentare.

B). Dureri spontane iradiate în oasele maxilare.

C). Ulcerații acoperite cu un depozit pseudomembranos de culoare alb-gălbuie până la cenușiu-murdar.

D). Limitarea deschiderii gurii prin trismus.

E). Accentuarea durerilor la contactul cu alimente fierbinți, condimente.

41. Simptomatologia obiectivă a gingivostomatitei acute ulcero-necrotice include:

A). Gingivoragii la cele mai mici atingeri sau chiar spontane.

B). Hipersalivație vâscoasă.

C). Vezicule, grupate în buchet, care se sparg după câteva zile.

D). Hiperplazie gingivală, localizată mai mult vestibular.

E). Adenopatie regională.

42. *Gingia frecvent acoperită de depozite fibrinoase sau purulente, de culoare care variază de la roșu viu, strălucitor, uneori cu aspect zmeuriu, până la roșu violaceu și sângerează datorită hipervascularizației, meiopragiei și numeroaselor zone ulceroase apare în:

A). Hiperplazia gingivală la antagoniști de calciu.

B). Gingivita de sarcină.

C). Gingivita din diabet.

D). Gingivita hiperplazică din leucemie.

E). Gingivita alergică.

43. În gingivita hiperplazică prin antagoniști de calciu:

A). Hiperplazia gingivală are caracter localizat vestibular.

B). Hiperplazia are dimensiuni mici, de forma unor mărgele ale papilelor interdentare.

C). Gingia are un aspect lobulat de culoare roz deschis.

D). Hiperplazia este de tip nodular, cu suprafața netedă și consistența fermă, la pacienții cu igienă foarte bună.

E). Consistența gingiei, la început mai fermă, odată cu creșterea în volum se reduce devenind moale, depresibilă.

44. Caracteristicile comune ale parodontitelor agresive si ale celor cronice sunt:

A). Inflamație gingivală.

B). Gradul de distrucție nu este în concordanță cu factorii locali.

C). Prevalență mare la adulți, dar poate apărea și la copii.

D).Compoziție microbiană subgingivală variabilă.

E). Pierdere clinică de atașament proximal.

45. Parodontita agresivă localizată are următoarele caracteristici:

A). Gradul de distrucție, în concordanță cu factorii locali.

B). Localizare la primul premolar și la incisivi.

C). Pierdere de atașament la cel puțin doi dinți permanenți, dintre care unul este primul molar.

D). Debut circumpubertal al bolii.

E). Răspuns robust al anticorpilor serici la agenții infectanți.

46. Caracteristicile parodontitei cronice sunt:

A). Gradul de distrucție în concordanță cu factorii locali.

B). Gradul de distrucție în concordanță cu vârsta.

C). Rată lentă până la moderată de progresie.

D). De obicei afectează persoanele cu vârsta sub 30 de ani.

E). Răspuns slab al anticorpilor serici la agenții infectanți.

47. *Caracterul episodic pronunțat al distrugerii parodontale apare în:

A). Parodontita agresivă localizată.

B). Parodontita cronică.

C). Parodontita agresivă generalizată.

D). Parodontita necrozantă.

E). Parodontita cu manifestare din unele boli sistemice.

48. Principiile generale ale instrumentării radiculare sunt:

A). Stabilitatea instrumentelor.

B). Poziția comodă a pacientului.

C). Starea și eficiența instrumentelor.

D). Vizibilitatea, iluminarea și îndepărtarea părților moi.

E). Instrumentarea radiculară, efectuată în primă fază cu anse ultrasonice.

49. Diversele variante de puncte de sprijin intraorale, folosite în cadrul instrumentării radiculare sunt după cum urmează:

A). Convențional: punctul de sprijin se află pe dinții vecini zonei în care se lucrează.

B). La nivelul țesuturilor moi, buze, mucoasa jugală sau limbă.

C). Pe hemiarcada contralaterală: punctul de sprijin se află pe suprafața dinților aflați diametral opus, pe aceeași arcadă.

D). Pe arcada opusă: punctul de sprijin se află pe suprafața dinților aflați pe arcada opusă celor care sunt instrumentați.

E). Deget pe deget: punctul de sprijin se stabileşte pe degetul arătător sau policele mâinii nelucrătoare.

50. *Eficiența instrumentelor folosite în cadrul instrumentării radiculare depinde de :

A). Calitatea instrumentului.

B). Mişcările efectuate.

C). Poziționarea pacientului.

D). Poziționarea practicianului.

E). Priza instrumentului.

51. Principalele tipuri de mișcări folosite în timpul instrumentării radiculare sunt :

A). Presiune laterală.

B). Presiune axială.

C). Exploratorie.

D). Mişcare de chiuretat.

E). Mişcare de detartrat.

52. Sondele exploratoare sunt utilizate pentru :

A). Aprecierea gradului de netezire radiculară după SRP.

B). Localizarea depozitelor de tartru subgingival.

C). Măsurarea adâncimii clinice de sondaj.

D). Măsurarea gradului de retracție gingivală.

E). Localizarea leziunilor carioase.

53. Caracteristicile chiuretelor Mini Five sunt :

A). Prezintă o parte activă având lungimea jumătate din partea activă a chiuretelor After Five.

B). Partea activă mai scurtă permite o inserare și o adaptare mai bună în pungile adânci și înguste.

C). Partea activă mai lungă permite o inserare și o adaptare mai bună în pungile adânci și înguste.

D). Prezintă o parte activă având lungimea mai mare decât partea activă a chiuretelor After Five.

E). Sunt disponibile în două variante, rigide și de finisare.

54. *Chiuretele flexibile Mini Five de finisare sunt indicate :

A). Pentru debridarea pungilor largi.

B). În terapia de menținere, pentru debridarea pungilor înguste.

C). În tratamentul de urgență al abcesului parodontal.

D). În tratamentul definitiv al abcesului parodontal la pluriradiculari.

E). În tratamentul de urgență al abcesului parodontal la monoradiculari.

55. Avantajele instrumentelor sonice și ultrasonice față de cele manuale, după Darby și Walsh, sunt:

A). Mai puține leziuni cauzate de stresul repetitiv.
B). Presiune laterală redusă.
C). Distensia minimă a țesuturilor.
D). Reducerea sensibilității tactile față de suprafața radiculară.
E). Prezența apei pentru lavaj, irigare, flux acustic.

56. Utilizarea instrumentelor sonice și ultrasonice este contraindicată, după Darby și Walsh, la pacienți care prezintă:

A). Boli pulmonare cronice: astm, emfizem, fibroză chistică, pneumonie.
B). Boli cardiovasculare și boli pulmonare secundare.
C). Boli infecto-contagioase.
D). Dificultăți de înghițire (disfagie).
E). Hipersensibilitate dentinară accentuată.

57. *Chiuretele Quétin pentru furcații sunt :

A). Pile cu o curbură semilunară îngustă.
B). Răzușe cu o curbură semilunară îngustă.
C). Săpăligi cu o curbură semilunară îngustă.
D). Utilizate pentru finisarea suprafețelor radiculare.
E). Sunt un set de două instrumente ce prezintă două capete puternic magnetizate.

58. Intervențiile chirurgicale în parodontologie se pot împărți în următoarele categorii după Takei, 2019:

A). Intervenții chirurgicale rezective (lambourile de asanare deplasate sau nedeplasate, asociate sau nu cu rezecție osoasă.
B). Intervenții chirurgicale regenerative (lambouri asociate cu biomateriale).
C). Tehnici de plasare a implantelor inclusiv de amenajare a situsurilor în vederea implantării.
D). Tehnici de amputație coronară.
E). Tehnici chirurgicale pre-protetice (elongare coronară, augmentări de creastă, adâncirea vestibulară).

59. *Tehnicile de chirurgie plastică parodontală cuprind:

A). Elongarea coronară.
B). Augmentări de creastă.
C). Adâncirea vestibulară.
D). Lambouri asociate cu biomateriale.
E). Acoperirea recesiilor gingivale.

60. Dezavantajele membranelor neresorbabile sunt următoarele:

A). Cost de achiziție ridicat.
B). Necesitatea unui al doilea timp operator pentru eliminarea lor, ceea ce crește riscul de compromitere a noului țesut format.
C). Resorbția osului crestal consecutivă ridicării lamboului pentru eliminarea membrane.
D). Rată mare de expunere, colonizare bacteriană și inhibarea consecutivă a procesului de vindecare.
E). Integrarea tisulară redusă, cu interferarea aportului nutritiv al lamboului.

61. Membranele resorbabile sintetice pot fi:

A). Polimeri ai acidului polilactic.
B). Polimeri de acid poliglicolic şi trimetilcarbonat.
C). Polimeri de ciano-acrilaţi.
D). Polimeri de meta-acrilaţi.
E). Polimeri de acid polilactic, poliglicolic şi trimetilcarbonat.

62. Avantajele membranelor resorbabile de colagen:

A). Rată rapidă de degradare.
B). Eficacitatea lor e limitată la câteva săptămâni, ceea ce reduce efectul lor de barieră protectoare.
C). Biocompatibilitate excelentă.
D). Rata de expunere evident mai redusă decât a membranelor non-resorbabile.
E). Afinitate celulară şi biointegrare mare.

63. *Datorită osteoconductivităţii şi ratei lente de resorbţie a componentei anorganice, grefele osoase bovine :

A). Sunt molecule semnal care acţionează sinergic la mai multe nivele promovând regenerarea parodontală.
B). Atrag celulele mezenchimale precementoblastice, induc diferenţierea acestora în cementoblaste şi stimulează proliferarea lor.
C). Exclud migrarea celulelor epiteliale şi mezenchimale în situsul de regenerare.
D). Promovează in vitro formarea de noduli minerali la nivelul fibroblastelor ligamentare.
E). Cresc expresia proteinelor morfogenice osoase, ceea ce stimulează diferenţierea celulelor mezenchimale pluripotente în osteoblaste.

64. Următoarele efecte au fost observate după demineralizarea suprafeţelor radiculare cu acid citric*:*

A). Inducerea cementogenezei şi inserţia noilor fibre ligamentare.
B). Eliminarea bacteriilor şi endotoxinelor bacteriene.
C). Modificarea competiţiei celulare în defect, suprimând migrarea celulelor epiteliale.
D). Scăderea producţiei de citokine.
E). Eliminarea stratului de detritus dentinar.

65. Aplicarea tetraciclinei pe suprafeţele radiculare:

A). Asigură legarea precoce a citokinelor de fibrele de colagen expuse.
B). Creşte legarea fibronectinei, ceea ce stimulează ataşamentul şi creşterea fibroblastelor.
C). Inhibă migrarea celulelor epiteliale.
D). Expune tubii dentinari.
E). Creşte expresia proteinelor morfogenice osoase.

PEDODONȚIE

1. ***Fenomenele generale care pot însoți erupția dinților temporari sunt următoarele:**
   A). Gingivostomatita.
   B). Pericoronarita congestivă.
   C). Pericoronarita supurată.
   D). Agitația.
   E). Pruritul gingival.

2. **Erupția dinților temporari la un copil sănătos poate determina:**
   A). Hipersalivație.
   B). Congestie gingivală.
   C). Fluctuență.
   D). Acumulare de sânge.
   E). Prurit gingival.

3. ***Dintre tulburările ordinii de erupție dentară, în prima etapă a dentiției mixte, menționăm:**
   A). Mezializarea molarului I permanent.
   B). Erupția întârziată a premolarului II.
   C). Debutul erupției dinților temporari la vârsta de 9-10 luni.
   D). Asimetrii în erupția incisivilor centrali permanenți superiori.
   E). Apariția osteoscleorozelor și osteofibrozelor postextracționale ce pot întârzia erupția premolarului II.

4. **Dintre factorii locali care afectează erupția dinților permanenți, se menționează:**
   A). Sindromul Down și alte boli genetice.
   B). Angioamele feței.
   C). Deplasarea dinților vecini cu limitarea spațiului de erupție.
   D). Gangrena complicată a dinților temporari.
   E). Rahitismul.

5. **Activitatea glandelor endocrine influențează procesul de erupție dentară astfel:**
   A). Hipersecreția hormonului de creștere din lobul anterior al hipofizei încetinește erupția dentară.
   B). Hiperactivitatea glandei tiroide accelerează procesul de erupție dentară.
   C). Hipersecreția hormonului de crestere din lobul anterior al hipofizei accelerează erupția dentară.
   D). Deficitul în activitatea glandei tiroide accelerează procesul de erupție dentară.
   E). Activitatea glandelor endocrine nu influențează procesul de erupție dentară.

6. **Indicațiile și principiile de tratament preventiv a leziunilor carioase la copii din grupa de vârstă 6-12 ani, fac referire la:**
   A). Netezirea suprafețelor dentare cu gume de finisat.
   B). Acordarea unei atenții deosebite molarului de 6 ani.
   C). Acordarea unei atenții deosebite suprafeței distale a molarului II temporar.
   D). Prevenirea cariei precoce a copilăriei.
   E). Efectuarea unor proceduri de tip sigilări respectiv restaurări preventive cu rășini.

7. ***Particularitățile dintelui temporar în stadiul II de evoluție sunt următoarele:**
   A). Rădăcina continuă să se dezvolte.
   B). Rădăcina este afectată de procesul de resorbție.
   C). Rădăcinile molarilor sunt gracile, divergente, cuprind între ele mugurii dinților permanenți de înlocuire.
   D). Orificiul apical este larg.
   E). Pulpa suferă un proces de involuție, cu diminuarea elementului celular.

8. **Consecințele particularităților morfologice și structurale ale dinților temporari în relație cu leziunile odontale explică:**
   A). Evoluția lentă a cariei dentare.
   B). Evoluția rapidă a cariei dentare.
   C). Prezența cariilor cronice dar și a cariilor oprite în evoluție.
   D). Capacitatea reparatorie a pulpei dentare.
   E). Inervația mai redusă și existența unei simptomatologii specifice.

9. **În clasificarea cariei simple a dinților temporari se disting:**
   A). Caria acută.
   B). Caria oprită în evoluție.
   C). Mortificarea aseptică a țesutului pulpar.
   D). Pulpita reversibilă.
   E). Caria profundă.

10. **Caracteristicile cariei oprite în evoluție, în cazul molarului II temporar, sunt următoarele:**
    A). Apare pe suprafața ocluzală.
    B). La origine, aceasta leziune a fost o carie acută.
    C). În 1-2 luni, leziunea devine penetrantă, complicată.
    D). Suprafața smalțului este dură, brună și rugoasă.
    E). Procesele de demineralizare le înlocuiesc pe cele de remineralizare.

11. **Semnele subiective în caria simplă a dinților temporari pot fi:**
    A). Pierderea translucidității smalțului.
    B). Sensibilitate la alimente dulci.
    C). Prezența unei pete albe cretoase pe suprafața smalțului.
    D). Cavități carioase pline cu resturi alimentare.
    E). Sensibilitate la contactul cu agenți termici.

12. **Dintre semnele obiective care apar în caria simplă a dinților temporari, se remarcă:**
    A). Pierderea translucidității smalțului.
    B). Papilita în cazul în care creasta marginală este subminată.
    C). Durerea ștersă, inconstantă, fără un tipar clasic.
    D). Percuție axială pozitivă
    E). Sensibilitate la ingestia de alimente dulci.

13. **În cazul cariei simple a dinților temporari, la palparea cu sonda se observă:**
    A). Prezența unei pete albe cretoase.

B). Țesuturi dentinare dure și rugoase dacă este vorba despre o carie oprită în evoluție.
C). Dentină ramolită dacă este vorba despre o carie oprită în evoluție.
D). Discontinuitate în stratul de smalț.
E). Percuția axială negativă.

14. Particularitățile în prepararea cavităților de clasa a V-a, în cazul cariilor simple ale dinților temporari, se referă la:
A). Realizarea unei cavități simple cu adâncime mai mare de 2 mm.
B). Dificultăți în obținerea unei bune izolări.
C). Includerea fosetelor și fisurilor în conturul cavității.
D). Pregătirea pragului gingival.
E). Includerea tuturor zonelor decalcefiate.

15. Particularitățile în prepararea cavităților de clasa a II-a, în cazul cariilor simple ale dinților temporari, se referă la:
A). Limitarea preparării la deschiderea, curățarea cavității și netezirea marginilor.
B). Realizarea unei retenții pe suprafața orală a caninilor.
C). Pregătirea pragului gingival.
D). Șlefuirea suprafețelor proximale și ulterior fluorizarea lor.
E). Evitarea riscului de deschidere accidentală a camerei pulpare datorită poziției superficiale a coarnelor pulpare.

16. Tratamentul plăgii dentinare în cazul cariei simple profunde a dinților temporari presupune:
A). Coafaj direct în caz de deschidere accidentală a camerei pulpare (în timpul preparării cavității) la un dinte temporar afectat de rizaliză.
B). Efectuăm tratament de pulpită în cazul deschiderii accidentale a camerei pulpare la un dinte temporar afectat de rizaliză.
C). Coafaj indirect în situația în care dentina de la baza cavității este dură și normal colorată, la un molar temporar aflat în stadiul 2 sau 3, la care suspectăm afectarea integrității țesutului pulpar.
D). Coafaj indirect în situația în care dentina de la baza cavității este dură și pigmentată, la un molar temporar aflat în stadiul 1 sau 2, la care nu s-au pus în evidență semne de inflamație pulpară.
E). Menținerea zonei limitate de dentină moale de la baza cavității, pentru a evita riscul deschiderii camerei pulpare.

17. Alegerea coroanelor pedodontice preformate pentru restaurarea morfologiei coronare în cazul leziunilor carioase extinse ale dinților temporari, se bazează pe următoarele premise:
A). Permit menținerea spațiului pe arcadă.
B). Tratamentul plăgii dentinare nu mai este necesar.
C). Necesită șlefuiri minime pentru ajustare.
D). Necesită realizarea unor etape în laborator.
E). Refac punctele de contact.

18. Pulpita cronică cu camera pulpară deschisă - forma polipoasă a dinților temporari prezintă următoarea simptomatologie subiectivă:

A). Durere spontană, cu caracter pulsatil.
B). Durere de lungă durată, difuză.
C). Durere ameliorată de lichide reci menținute în cavitatea bucală.
D). Disconfort la masticație.
E). Sângerare la atingerea polipului.

19. Pulpita acută purulentă a dinților temporari prezintă următoarea simptomatologie subiectivă:
A). Durere spontană, cu caracter pulsatil.
B). Durere de lungă durată, difuză.
C). Durere ameliorată de lichide reci menținute în cavitatea bucală.
D). Disconfort la masticație.
E). Sângerare la atingerea polipului.

20. Obiectiv, în pulpita cronică cu camera pulpară închisă a dinților temporari, întâlnim:
A). Obturații vechi și carie secundare.
B). Cavitate carioasă profundă cu camera pulpară deschisă.
C). Polip pulpar, insensibil la palpare.
D). Țesut de granulație sângerând și sensibil la palpare.
E). Obturații extinse.

21. Indicațiile tratamentului conservativ în afecțiunile pulpare ale dinților temporari sunt următoarele:
A). Copii cu risc medical imunologic.
B). Resorbții radiculare avansate, afectând mai mult de 2/3 din lungimea rădăcinii.
C). Copii cu anxietate față de extracții
D). Agenezia dintelui succesional.
E). Leziuni carioase care penetrează planșeul.

22. Indicațiile de extracție în afecțiunile pulpare ale dinților temporari sunt următoarele:
A). Copii cu risc medical cardiac sau imunologic.
B). Resorbții radiculare avansate afectând mai mult de 2/3 din lungimea rădăcinii.
C). Copii cu anxietate față de extracții.
D). Agenezia dintelui succesional.
E). Leziuni carioase care penetrează planșeul.

23. În cazul dinților temporari aflați în stadiile 1 sau 2 de evoluție, coafajul indirect are ca indicații următoarele situații clinice:
A). Deschiderea accidentală de dimensiune redusă a camerei pulpare.
B). Pulpita seroasă parțială.
C). Fractură coronară recentă cu deschiderea camerei pulpare.
D). Caria profundă acută cu simptomatologie limitată.
E). Caria profundă, simptomatică.

24. În cazul dinților temporari, coafajul direct are ca indicații următoarele situații clinice:
A). Caria profundă, simptomatică.
B). Traumatism dentar fără deschiderea camerei pulpare
C). Evoluție nefavorabilă după o pulpotomie.

D). Deschiderea accidentală de dimensiune redusă a camerei pulpare, în timpul preparării cavității, în lipsa contaminării cu salivă.
E). Caria profundă acută cu simptomatologie limitată.

25. Tratamentul parodontitei apicale cronice difuze a dinților temporari constă în:
A). Realizarea unui tratament similar ca și în parodontita apicală acută, în cazul acutizărilor.
B). Extracția dintelui temporar.
C). Extracția dintelui permanent și aplicarea unui menținător de spațiu dacă dintele permanent de înlocuire este în apropierea vârstei fiziologice de erupție.
D). Extracția dintelui temporar și aplicarea unui menținător de spațiu în caz de reacutizări frecvente și dacă dintele permanent de înlocuire nu este în apropierea vârstei fiziologice de erupție.
E). Drenaj endodontic în cazul în care parodontita apicală cronică rămâne asimptomatică.

26. Paricularitățile morfologice și strucurale ale dinților permanenți imaturi care predispun la afectarea acestora prin carii dentare sunt reprezentate de următoarele aspecte:
A). Smalțul este matur și suficient mineralizat în momentul erupției dintelui permanent în cavitatea bucală.
B). Hipomineralizările și hipoplaziile molarilor permanenți sunt frecvente iar procesele carioase pot grefa la nivelul acestor leziuni.
C). Pulpa tânără are capacitate de apărare redusă.
D). Dispunerea coarnelor pulpare predispune la deschiderea camerei pulpare prin evoluția procesului carios sau iatrogen.
E). Procesele patologice pulpare surprinse în stadiul inițial sunt ireversibile în urma unui tratament corect.

27. *În cazul dinților permanenți imaturi, semnele obiective caracteristice pentru caria necavitară a smalțului suprafețelor netede sunt reprezentate de următoarele elemente:
A). Pete albe cretoase la nivelul versanților.
B). Pete albe cretoase la nivelul coletului.
C). Carie cu deschidere mică în suprafață.
D). Smalț cu aspect rugos în caria incipientă inactivă.
E). Smalț cu aspect lucios în caria incipientă activă.

28. În cazul dinților permanenți imaturi, aspectele clinice caracteristice cariei necavitare a smalțului la nivelul suprafețelor ocluzale, sunt următoarele:
A). Debutul este sub forma a două leziuni separate pe pereții laterali ai șanțului sau fosetei ocluzale care apoi confluează spre joncțiunea smalț-dentină.
B). Versanții șanțului ocluzal sunt de aspect normal.
C). Șantul are aspect nemodificat dar versanții prezintă aspect cretos.
D). Apare lipsă de substanță dură dentară iar leziunea prezintă deschidere mică în suprafață și bază largă.
E). Percuția în ax este negativă.

29. În cazul dinților permanenți imaturi, caria simplă avansată în dentină prezintă o serie de aspecte clinice printre care:
A). Examenul subiectiv pune în evidență durere provocată de agenți fizici și chimici.

B). Inspecția pune în evidență modificări de culoare a dintelui la nivelul suprafeței ocluzale sau la nivelul crestei marginale.
C). Papilele gingivale sunt fără modificări sau sângerări.
D). Prezență de dentină alterată de aspect umed, alb-gălbui în caria cronică.
E). Prezență de dentină afectată cu aspect uscat, brun-maronie în caria cronică.

30. În funcție de profunzime, formele clinice de carie simplă la dinții permanenți imaturi sunt sistematizate astfel:
A). Carii profunde.
B). Carii cavitare avansate în dentină.
C). Carii cavitare ale smalțului.
D). Carii superficiale.
E). Carii acute.

31. Tehnica ART de preparare a cavităților carioase la dinții permanenți tineri are următoarele caracteristici:
A). Se poate aplica în cazul cariilor cavitare cu extindere mare în dentină, la copii cooperanți.
B). Prepararea cavităților se realizează cu instrumentar manual.
C). Se indică în cazul cariilor cavitare cu extindere mare în dentină, la copii și adolescenți necooperanți.
D). Pentru obturare, se utilizează cimentul ionomer de sticlă.
E). Prepararea cavităților se realizează cu instrumentar rotativ.

32. Efectuarea coafajului natural la dinții permanenți tineri implică:
A). Protecția pulpară în dreptul unei deschideri punctiforme de cameră pulpară.
B). Menținerea unei cantități reduse de dentină alterată în dreptul unui corn pulpar.
C). Producerea de neodentină.
D). Posibilitatea de a se repeta de câteva ori prin tehnica excavațiilor succesive.
E). Tratamentul plăgii dentinare și protecția pulpară în cariile profunde în care peretele dentinar pulpar sau parapulpar este constituit din dentină dură sănătoasă.

33. Procedurile terapeutice care stimulează apexogeneza dinților permanenți imaturi sunt:
A). Tehnica ART.
B). Coafajul pulpar.
C). Pulpectomia non-vitală.
D). Pulpotomia vitală totală.
E). Pulpectomia vitală parțială.

34. În cazul dinților permanenți imaturi vitali, coafajul indirect se indică în:
A). Caria simplă profundă, cu deschiderea camerei pulpare.
B). Caria simplă profundă, fără deschiderea camerei pulpare.
C). Deschiderea traumatică recentă a camerei pulpare.
D). Pulpita reversibilă, la primul puseu.
E). Eșec după pulpotomie.

35. Semnele subiective în pulpitele reversibile ale dinților permanenți imaturi sunt următoarele:
A). Durere provocată de agenți fizici (rece) și chimici (dulce), de intensitate variabilă.

B). Durere care prezintă caracter pulsatil.
C). Durere care se prelungește 1-2 minute după îndepartarea stimulului, în cazul hiperemiei preinflamatorii.
D). Durere care se prelungește 10-15 minute după îndepartarea stimulului, în cazul fazei de debut a pulpitei acute seroase.
E). Durerea este exacerbată la cald.

36. *Atitudinea terapeutică în cazul fracturii complicate cu deschiderea camerei pulpare la dinții temporari este:
A). Pulpotomie vitală dacă dintele temporar se află în stadiul 3.
B). Pulpotomie vitală dacă dintele este în stadiul 2 de dezvoltare și fractura este recentă.
C). Pulpotomie vitală dacă dintele este în stadiul 2 de dezvoltare și fractura este mai veche.
D). Extracția, atunci când dintele temporar este în stadiul 2 de devoltare.
E). Coafaj direct dacă dintele temporar este în stadiul 1 sau 2 de dezvoltare și fractura este recentă.

37. *Atitudinea terapeutică în cazul avulsiei unui dinte temporar este următoarea:
A). Reimplantarea, cu riscul lezării dintelui permanent.
B). Expectativa dacă se apreciază că durata până la erupția dintelui permanent de înlocuire este considerabilă.
C). Aplicarea unui menținător de spațiu pentru restaurarea esteticii în zona frontală, în situația în care se preconizează un interval mare de timp până la erupția dintelui succesional.
D). Reimplantarea cu depulpare.
E). Reimplantarea fără depulpare.

38. Factorii predispozanți pentru traumatismele dinților permanenți tineri sunt:
A). Tulburările de mineralizare.
B). Anomalia de clasa II/2 Angle.
C). Anomalia de clasa II/1 Angle.
D). Cariile profunde.
E). Leziunile traumatice ale dinților temporari.

39. *Motivul esențial pentru care traumatismele dento-parodontale ale dinților permanenți imaturi reprezintă urgențe în stomatologia pediatrică este:
A). Riscul de apariție a hipoplaziilor de smalț.
B). Riscul de apariție a tulburărilor de erupție.
C). Riscul de apariție a necrozei pulpare.
D). Riscul de apariție a hemoragiei pulpare.
E). Afectarea creșterii și dezvoltării radiculare.

40. În traumatismele dinților permanenți tineri, examenul radiologic pune în evidență:
A). Gradul de dezvoltare a rădăcinii.
B). Numărul și mărimea fragmentelor dentare.
C). Echimoza în zona bărbiei.
D). Modificări ale ocluziei.
E). Aspectul zonei periapicale.

41. *În cabinetul stomatologic, recomandările pentru pacientul copil cu astm bronșic sunt următoarele:

A). Se întrerupe în avans medicația de fond.
B). Tratamentul se realizează în ședințe mai lungi.
C). La copilul cu wheezing se efectuează tratamentul.
D). Se preferă anestezicele sub formă de spray pulverizate excesiv.
E). Se evită anestezicele locale vasoconstrictoare.

42. Atitudinea în cabinetul stomatologic în cazul unui pacient copil cu criză epileptică impune următoarele:

A). Se solicită ambulanța dacă criza epileptică are o durată de peste 3 minute.
B). Se permite pacientului să părăsească cabinetul pentru ca aparținătorii să solicite ambulanța.
C). Se îndepărtează toate intrumentele de lucru din cavitatea bucală.
D). Se introduc degetele în gura pacientului.
E). Pacientul se așează culcat pe o parte pentru a reduce riscul de aspirare a materialelor dentare rămase în cavitatea bucală.

43. *Criza de hipoglicemie la un pacient copil are ca factor etiologic:

A). Produsele folosite în cabinetul stomatologic.
B). Absorbția rapidă a anesteziculuiîn fluxul sangvin.
C). Sedarea.
D). Teama față de tratamentele dentare.
E). Hiperreactivitatea la polen.

44. Semnele clinice inițiale ale sincopei instalată la un pacient copil în cabinetul stomatologic sunt:

A). Dilatare pupilară.
B). Respirație neregulată.
C). Puls slab.
D). Confuzie.
E). Paloare.

45. Pentru prevenirea sincopei la un pacient copil, medicul stomatolog face următoarele recomandări:

A). Pregătire psihologică.
B). Temporizarea tratamentului.
C). Alimentație adecvată înainte de tratament.
D). Anestezie locală.
E). Administrare de antiinflamatoare.

ORTODONȚIE

1. **Dinţii supranumerari**:
   A). Reprezintă existenţa unuia sau mai multor dinţi erupţi în plus faţă de formula dentară actuală
   B). Reprezintă existenţa unuia sau mai multor dinţi situaţi intraosos în plus faţă de formula dentară actuală
   C). Frecvenţa lor nu depinde de regiunile geografice și de mărimea loturilor studiate
   D). Apar mai frecvent la sexul feminin
   E). Apar mai frecvent în dentiția temporară.

2. **Dinţii supranumerari se găsesc:**
   A). În majoritatea cazurilor sub forma unui singur dinte în plus
   B). Pe ambele maxilare, dar cu predilecție pe maxilarul superior
   C). Cel mai des în zona incisivilor superiori
   D). Pe ambele maxilare, dar cu predilecție pe maxilarul inferior
   E). Cel mai des în zona incisivilor inferiori.

3. **Teoria muguilor adamantini multiplii, în cadrul etiopatogeniei dinţilor supranumerari, explică apariția unei formațiuni supranumerare prin:**
   A). Împărțirea în două părți al unui mugure dentar din seria normală
   B). Faptul că lama dentară generează o multitudine de muguri în mod fiziologic
   C). Lipsa de atrofie a mugurilor suplimentari generați în mod fiziologic de lama dentară
   D). Proliferarea și invaginarea stratului tecii epiteliale a lui Hertwig
   E). Proliferarea și evaginarea epiteliului adamantin extern și intern.

4. ***Dinţii supranumerari dezvoltați înaintea dentiției normale:**
   A). Formează dentiţia predeciduală sau preprimară
   B). Sunt organe dentare atașate de alveola osoasă
   C). Sunt organe dentare cu rădăcini
   D). Sunt localizați mai frecvent la nivelul grupului incisiv superior
   E). Examinați histologic, acestor dinți li s-a evidențiat un țesut conjunctiv slab vascularizat.

5. **Semnele particulare ale apariţiei unui dinte supranumerar în același timp cu dentiția normală sunt:**
   A). Închiderea diastemei interincisive după erupția incisivului lateral
   B). Absența distopiilor izolate
   C). Existenţa unor bombări la nivelul crestelor alveolare
   D). Persistenţa unuia sau mai multor dinţilor temporari peste vârsta de permutare
   E). Existența unei diasteme interincisive fără o cauză evidentă.

6. **Principalele caracteristici ale meziodensului sunt**:
   A). Apare doar la maxilarul superior
   B). Poate provoca incluzia incisivilor laterali permanenți

C). Erupția sa precede, însoțește sau urmează erupției incisivului central permanent inferior
D). Este unicuspidat și uniradicular
E). Față de dinții normali, se comportă ca un element străin.

7. Atitudinea terapeutică în cazul dinților supranumerari care au determinat incluzia dinților permanenți și spațiul necesar eruției este redus, include:
A). Intervenția chirurgicală pentru îndepărtarea dintelui supranumerar, urmată de mărirea perimetrului arcadei alveolo-dentare
B). Mărirea perimetrului arcadei alveolo-dentare, urmată de intervenția chirurgicală pentru îndepărtarea dintelui supranumerar
C). Tracțiunea dintelui permanent inclus cu ajutorul forțelor ortodontice de mică intensitate
D). Tracțiunea dintelui permanent inclus realizată în același timp cu mărirea perimetrului arcadei alveolo-dentare
E). Intervenția chirurgicală, prin care se va îndepărta doar dintele supranumerar, fără eliberarea traseului de erupție pentru dintele permanent inclus din seria normală.

8. Anodonția:
A). Apare mai frecvent în dentiția permanentă
B). Apare de două ori mai frecvent la sexul feminin
C). Apare de două ori mai frecvent la sexul masculin
D). Interesează cel mai frecvent molarii de minte
E). Interesează cel mai rar incisivul central inferior

9. Teoria reducției terminale (Bolk):
A). Poartă denumirea de teoria proterogenetică
B). Explică apariția anodonțiilor prin distrugerea lamei dentare
C). Explică apariția anodonțiilor prin distrugerea germenilor dentari formați prin acțiune directă
D). Aduce argument pentru explicarea anodonțiilor care interesează ultimii dinți din fiecare grup dentar
*E). Consider că anodonția este determinate de mutații la nivelul genelor MSX1 și PAX9***.**

10. *Anodonția incisivului lateral superior determină:
A). Retropoziția mentonului
B). Treapta labial pozitivă
C). Dezvoltarea insuficientă a arcadei alveolare inferioare
D). Dezvoltarea insuficientă a arcadei alveolare superioare
E). Rapoarte de ocluzie inversă laterală.

11. Anodonția de premolar secund:
A). Este mai rară decât anodonția de incisiv lateral superior
B). Se asociază cu manifestări clinic-funcționale evidente
C). Se asociază frecvent cu persistența molarului doi temporar până la vârsta de 16-20 ani

D). Nu se asociază cu denivelarea planului de ocluzie
E). Este mai frecventă la arcada inferioară.

12. Modificările faciale caracteristice anodonțiilor întinse sunt:
A). Etaj inferior facial normal dezvoltat
B). Buza inferioară răsfrântă
C). Profil drept sau convex
D). Șanț labio-mentonier șters
E). Profil concav.

13. Ortopantomograma, în cadrul diagnosticului diferitelor forme de anodonții, oferă informații privind:
A). Evaluare numărului dinților
B). Aprecierea poziției intraosoase a dinților
C). Evaluarea creșterii și dezvoltării osoase
D). Gradul de dezvoltare a dinților
E). Prognosticul de creștere scheletală.

14. Obiectivele terapeutice în cazul anodonțiilor frontale reduse includ :
A). Păstrarea dinților temporari persistenți pe arcadă
B). Extracția cât mai târzie a dinților temporari persistenți pentru a minimaliza migrările dinților vecini spre breșă
C). Extracția dirijată a dinților deciduali
D). Inchiderea spațiilor, prin dirijarea ortodontică a dinților permanenți
E). Menținerea spațiilor și rezolvarea ulterioară a acestora prin mijloace implanto-protetice, intervenție indicată, mai ales, în anodonțiile frontale reduse.

15. *Incluzia dentară este anomalia dentară de eruptie care presupune:
A). Rămânerea unui dinte complet format în interiorul osului maxilar
B). Rămânerea unui dinte incomplet format în interiorul osului maxilar
C). Rămânerea unui dinte incomplet format submucos
D). Erupția partială a unui dinte complet format
E). Erupția partială a unui dinte incomplet format.

16. *Din punct de vedere al frecvenței, incluzia dentară interesează în ordine descrescătoare:
A). Caninii, premolarii 2 superiori, incisivii centrali superiori
B). Caninii, premolarii 1 superiori, incisivii laterali superiori
C). Molarii 2, caninii, premolarii 1 superiori
D). Caninii, premolarii 2 inferiori, incisivii centrali superiori
E). Premolarii 2 superiori, caninii, incisivii laterali superiori.

17. Factorii locali incriminați în etiologia incluziei dentare sunt:
A). Meziopoziții generalizate a dinților din zonele laterale
B). Dinții supranumerari
C). Osteoscleroza procesului alveolar după traumatisme

D). Disostoza cleidocraniană
E). Boala Paget.

18. Incluzia de canin se va clasifica de gradul 3 dacă:
A). Unghiul dintre axul caninului şi linia mediană este mai mare de 30°
B). În sens antero-posterior, apexul caninului este situate deasupra regiunii primului premolar
C). În sens antero-posterior, apexul caninului este situate deasupra regiunii celui de-al doilea premolar
D). Caninul inclus se suprapune peste maim ult de jumătate din lățimea rădăcinii incisivului lateral, dar nu o acoperă în totalitate
E). Unghiul dintre axul caninului şi linia mediană este mai mic de 30°.

19. La examenul clinic următoarele tulburări pot sugera prezența unui canin superior inclus:
A). Incisiv lateral superior în disto-înclinație accentuată
B). Incisiv lateral superior în mezio-înclinație accentuată
C). Poziția vestibularizată a coroanei incisivului lateral superior
D). Rotația mezio-vestibulară a incisivului lateral superior
E). Poziția vestibularizată a coroanei primului premolar

20. În evidențierea incluziilor dentare, ortopantomograma oferă posibilitatea obținerii unor informații despre:
A). Morfologia coroanei și a rădăcinii dintelui inclus
B). Gradul de dezvoltare a dintelui inclus
C). Existența unor obstacole pe traiectul eruptive al dintelui inclus
D). Relația dintelui inclus cu formațiunile anatomice din vecinătate
E). Evaluarea cu exactitate al axului în cazul caninului inclus

21. Tracționarea și alinierea dinților pe arcadă în cazul dinților incluși:
A). Începe la 8-15 zile de la intervenția chirurugicală
B). Începe la 21 de zile de la intervenția chirurgicală
C). Începe cu forțe moderate
D). Începe cu forțe mari
E). Începe imediat după descoperirea chirurgicală.

22. Radiografia retroalveolară, ca metodă de investigare radiologică specifică folosită în diagnosticul incluziei dentare:
A). Oferă o imagine, în plan vertical, aproape de aceeaşi dimensiune cu cea reală
B). Oferă o imagine, în plan orizontal, aproape de aceeaşi dimensiune cu cea reală
C). Localizarea vestibulară sau orală a dintelui inclus
D). Furnizează informații reale despre poziția dintelui inclus în profunzimea osului
E). Furnizează informații reale despre relația dintelui inclus cu dinții vecini

23. Reincluzia dentară:
A). Este o anomalie de erupție
B). Rămânerea unui dinte în profunzimea osului înainte de erupție

C). Reprezintă tendința la reîntoarcere progresivă a unui dinte care a erupt atingând planul de ocluzie și care și-a îndeplinit funcțiile pentru o perioadă de timp
D). Se întâlnește doar în dentiția permanentă
E). Dintele cel mai interesat este molarul II temporar inferior

24. *Ipotezele etiopatogenice ale reincluziei dentare sunt:
A). Teoria proterogenetică
B). Teoria ontogenetică
C). Teoria anchilozei osteodentare
D). Teoria atavică
E). Teoria evaginării epiteliului adamantin

25. Reincluzia parțială:
A). Este caracterizată prin faptul că o parte din coroana dentelui aflat în procesul de reincluzie este vizibilă
B). Dintele reinclus se află în suprapoziție
C). Dintele reinclus se află în infraprapoziție
D). Dinții vecini sunt înclinați spre dintele reinclus
E). Dinții vecini nu au modificări de poziție.

26. Diagnosticul diferențial al reincluziei dentare totale se face cu:
A). Incluzia dentară
B). Extracția
C). Anodonția
D). Intruzia posttraumatică parțială
E). Intruzia posttraumatică totală.

27. Ectopia este definită ca fiind:
A). Erupția unui dinte supranumerar
B). Erupția unui dinte înăuntrul liniei normale a arcadei dentare
C). Erupția unui dinte în afara liniei normale a arcadei dentare
D). Rămânerea intraosoasă a unui dinte
E). Existența unuia sau mai multor dinți în plus față de formula dentară actuală

28. *Ectopia de canin:
A). Este mai rar intâlnită decât incluzia de canin
B). Apare mai frecvent la sexul masculin
C). Interesează mai frecvent arcada inferioară
D). În cazul ectopiei de canin superior, incidența maximă se constată între 9-11 ani
E). În cazul ectopiei de canin superior, frecvența cea mai mare o înregistrează ectopia vestibulară

29. În etiopatogenia ectopiei dentare, cele mai des întâlnite obstacole în calea erupției dentare sunt:
A). Microdonția

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

30. *Transpoziția dentară:
A). Se regăsește într-o proporție mai mare la genul masculin
B). Este mai rar întalnită în dentiția permanentă
C). La mandibula apare doar sub forma transpoziției canin-primul premolar
D). Frecvent se poate întâlni și la nivelul incisivului central, ce își schimbă locul cu incisivul lateral
E). La maxilar, caninul își poate schimba locul fie cu primul premolar, fie cu incisivul lateral

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

32. Următoarele afirmații legate de diastema incisivilor centrali superiori sunt adevărate:
A). Diastema primară este cauzată de prezența unui meziodens
B). Diastema secundară este cauzată de o dezvoltare exagerată a frenului buzei superioare
C). Diastema adevarată este cauzată de o dezvoltare exagerată a frenului buzei superioare
D). Diastema falsă poate fi cauzată de anodonția incisivului lateral
E). Diastema secundară poate fi doar simetrică.

33. După Dewey, clinic putem întâlni trei tipuri de fren al buzei superioare:
A). Fren lat – care generază o diastemă cu laturi paralele
B). Fren lat cu inserție înaltă – care va induce o diastemă divergentă ocluzal
C). Fren lat cu inserție înaltă – care va induce o diastemă convergentă ocluzal
D). Fren lat cu inserție joasă – care va determina o diastemă convergentă spre planul de ocluzie
E). Fren lat cu inserție joasă – care va determina o diastemă divergentă spre planul de ocluzie.

34. *Semnele extraorale în compresiunea de maxilar cu prodenție sunt :
A). Buză superioară normotonă

B). Profil facial drept
C). Profil facial convex
D). Unghi naso-labial mărit
E). Șanțuri periorale accentuate.

35. În compresiunea de maxilar cu prodenție, principalele tulburări de ocluzie statică vizează:
A). Rapoarte de ocluzie distalizate doar la nivel molar
B). Rapoarte de ocluzie distalizate la nivel molar și canin
C). Inocluzie sagitală
D). Ocluzia adâncă acoperită
E). Ocluzia adâncă în acoperiș.

36. Diagnosticul diferențial în compresiunea de maxilar cu prodenție se va face cu :
A). Retrognatismul mandibular anatomic
B). Retrognatismul mandibular funcțional
C). Anchiloza articulației temporo-mandibulare
D). Prodenția cu diasteme
E). Biproalveolodonția Case

37. *Examenul facial în ocluzia adâncă acoperită va arăta:
A). Etajul inferior al feței normal dezvoltat
B). Șanțul mentonier șters
C). Retrocheilie superioară cu tonus normal sau crescut
D). Etajul mijlociu slab dezvoltat antero-posterior
E). Buza inferioară răsfrântă.

38. În ocluzia deschisă adevarată găsim următoarele modificări:
A). Tipar facial normodivergent
B). Tipar facial hiperdivergent
C). Ram mandibular ascendent scurt
D). Ram mandibular ascendent lung
E). Unghi mandibular cu valori crescute.

39. Semnele radiologice în ocluzia deschisă gravă se concretizează prin:
A). Infrapoziția incisivilor și/sau suprapoziția molarilor
B). Suprapoziția incisivilor și/sau infrapoziția molarilor
C). Rotația posterioară a mandibulei
D). Rotația anterioară a mandibulei

E). Raportul dintre înălțimea posterioară și înălțimea anterioară facială mai mic de 0.65.

40. Tratamentul curativ în ocluzia deschisă:

A). Se va aplica după terminarea proceselor de creștere și dezvoltare
B). Se va aplica înainte de finalizarea proceselor de creștere și dezvoltare
C). Va avea în vedere doar îndepărtarea factorilor cauzali
D). Va avea în vedere doar înlăturarea consecințelor anomaliei asupra aparatului dento-maxilar
E). Va avea în vedere normalizarea parametrilor morfofuncționali.

41. In pseudoprognatismul prin retrognatism maxilar, factorii etiopatogenici implicați ar putea fi:

A). Lipsa centrelor osteogenetice secundare de creștere la maxilar
B). Obiceiuri vicioase care pot moficica poziția condilului mandibular în fosa glenoidă
C). Macroglosia
D). Obstrucția căilor respiratorii superioare
E). Cicatricile posttraumatice sau postchirurgicale a maxilarului.

42. Semnele clinice faciale ale prognatismului mandibular anatomic sunt reprezentate de:

A). Etajul inferior al feței mărit
B). Unghiul mandibular mărit
C). Mentonul proeminent anterior
D). Șanțul labio-mentonier accentuat
E). Buza superioară eversată.

43. In pseudo-prognatismul mandibular prin modificări ale axului dinților frontali, semnele faciale sunt reprezentate de:

A). Retrocheilie superioară
B). Punctul subnasale situat pe planul Dreyfuss
C). Punctul subnasale este situat posterior de planul nazofrontal
D). Etajele feței în limite normale
E). Punctul gnathion situat pe planul Simon.

44. Semnele clinice intraorale în pseudoprognatismul mandibular prin poziționarea sau deplasarea anterioară a mandibulei sunt concretizate prin:

A). Vestibulo-înclinarea frontalilor inferiori
B). Vestibulo-înclinarea frontalilor superiori
C). Rapoarte mezializate cu valori discrete
D). Inocluzie frontală, cu sau fără inocluzie sagitală
E). Decalaj mare de erupție între dinții frontali inferiori și cei superiori.

45. Pe teleradiografia de profil, în cazul prognatismului mandibular anatomic, semnele radiologice se traduc prin:

A). Unghiul bazelor este mărit

B). Unghiul SNA este micşorat

C). Unghiul ANB este micşorat

D). Unghiul SNB este mărit

E). Unghiul Tweed este mărit.

CHIRURGIE ORO-MAXILO-FACIALĂ

1. ***Protocolul standard de antibioprofilaxie a endocarditei bacteriene este:**

A). Administrarea de amoxicilină 2 grame, doză fractionată, per os în ziua interventiei chirurgicale
B). Administrarea de amoxicilină 2 grame, doză unică, per os cu o oră înaintea extracţiilor
C). Adminsitrarea de amoxicilină 2 grame, intra venos cu o oră înaintea extracţiilor
D). Administrarea de amoxicilină 4 grame, intra muscular cu o oră înaintea extracţiilor
E). Administrarea de amoxicilină 2 grame , doză unică, per os la o oră de la extracţiile dentare.

2. ***Un pacient cu pericoronarită supurată:**

A). Acuză dureri spontane
B). Acuză dureri provocate de intensitate variabilă
C). Nu are starea generală relativ bună
D). Nu prezintă inapetenţă
E). Stare generală este mai mult sau mai puţin febrilă 38-39.5 grade C.

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

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

4. ***Semne clinice indirecte ale chistului periapical:**

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

5. ***Prin tehnica Veisbrem putem anestezia simultan:**

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

6. ***Dezavantajele lamboului in plic:**

A). Riscul de hemoragii este mic
B). Tensiune mică a lamboului
C). Decolarea lamboului este dificilă
D). Sutura lamboului este mai dificilă
E). Este indicat în cazul rădăcinilor scurte.

7. *Particularitățile clinice ale tumorilor maligne ale mucoasei gingivale arată că:

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

8. Dintre tumorile benigme epiteliale , papilomul se caracterizează prin :

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

9. Referitor la pacienti cu diabet zaharat:

A). Sunt expuşi riscului unor complicaţii postextracţionale datorate igienei defectuase
B). Sunt expuşi riscului unor complicaţii postextracţionale datorate vasculopatiei periferice
C). Se pot efectua extracţii dentare la valori ale glicemiei de 180mg/ml sau mai mari
D). Se indică anestezie fără vasoconstrictor
E). Este necesară suturarea plăgii şi antibioterapie.

10. Din categoria medicamentelor de tip anticoagulante clasice orale fac parte următoarele medicamente:

A). Trombex
B). Trombostop
C). Sintrom
D). Aspirina
E). Pradaxa

11. *La pacienţii aflaţi sub tratament anticoagulant cu inhibitor de factor X activat

A). Extracţia se realizează fără intreruperea medicaţiei anticoagulante.
B). Se dozează APTT.
C). Nu este necesară terapia de substituţie cu Heparină.
D). Se monitorizează INR.
E). Se recomandă sistarea medicaţiei anticoagulante înainte cu 1-3 săptămâni.

12. În cazul pacienţilor aflaţi sub tratament cu corticoizi:

A). Se realizează antibioprofilaxia.
B). Se recomandă igienă orală riguroasă postextracţional.
C). Poate să apară o scădere bruscă a tensiunii arteriale.

D). Reorganizarea ligamentului parodontal.
E). Apariția molarului de 6 ani în cavitatea orală.

13. Extracţia la pacienta gravidă:
A). Se utilizează mepivacaina sau xilina.
B). Este contraindicată adrenalina din soluţiile anestezice.
C). Poziționarea gravidei în decubit dorsal poate duce la hipoxie fetală.
D). Deobicei se programează dimineaţa pacientele gravide.
E). În primul şi ultimul trimestru de sarcină se recomandă efectuarea urgenţelor dentoparodonale.

14. Legat de hemoragia postextracţională este adevărat că:
A). Anamneza este foarte importantă în identificarea unor factori de risc.
B). Se realizează electrocoagularea ţesuturilor sângerânde.
C). Se pot aplica agenţi hemostatici pe bază de colagen.
D). Se pot confecţiona gutiere conformatoare.
E). Tratamentul anticitostatic este sistat doar la indicaţia medicului prescriptor.

15. Alveolotomia cu rezecţie marginală parţială/totală a tablei osoase vestibulare :
A). Este indicată când rădăciniile sunt situate în imediata apropiere a marginii alveolare.
B). Trepanarea ososă se realizează de la marginea alveolei spre apex.
C). Este indicată pentru dinţi cu hipercimentoză.
D). Este indicată pentru extracţia rădăciniilor împinse sub mucoasa sinusală.
E). După alveolotomie se realizează chiuretajul alveolei.

16. Rata de absorbție sistemică a Mepivacainei nu este dependentă de:
A). Grosimea osului vestibular.
B). Concentrația soluției anestezice.
C). Prezența vasoconsrictorului
D). Distanța dintre depozitul de anestezic şi filamentele nervoase.
E). Doză.

17. *Anestezia nervului alveolar inferior pe cale endooralǎ, tehnica clasicǎ:
A). Se va lua contactul cu osul la nivelul crestei pterigomandibulare .
B). Policele mâinii stângi se va aşeza pe creasta temporală în cazul efectuării anesteziei pe partea dreaptă a pacientului
C). Indexul mâinii stângi se va aşeza pe creasta temporală în cazul efectuării anesteziei pe partea dreaptă a pacientului
D). Nervul alveolar inferior se află la o profunzime de aproximativ 2.5 cm.
E). Pentru efectuarea intervențiilor chirurugicale în zona laterală a mandibulei nu mai este necesar anestezia nervului bucal.

18. Durerea cauzată de soluția anestezică:
A). Se datorează distensiei bruște a țesutrurilor .
B). Se poate datora contaminării cu alcool.
C). PH-ul soluției anestezice este aprox 3-3,5.

D). PH-ul soluției anestezice este aprox 5.
E). PH-ul soluției anestezice este ușor bazic.

19. Adenomul pleomorf:
A). Sunt mai frecvente în perioada de creștere .
B). Apar mai fecvent în perioada de 40-60 de ani.
C). Aproximativ 3/4 din numărul total a tumorilor de parotidă este dat de acest tip de tumoră
D). Aproximativ 1/3 din tumorile de glandă submandibulară sunt de tip adenom pleomorf
E). Este o tumoră benignă

20. Etapele de tratament multidisciplinar a DLMP presupune:
A). Plastia palatului dur și moale în perioada de vârstei 5-6 luni.
B). Plastia palatului dur și moale în perioada vârstei de 9-18 luni.
C). Operația de plastie a buzei superioare, a nasului și a vestibului nazal la vârsta de 9-18 luni
D). Supravegherea erupției dentare după vârsta de 3 luni
E). Operația de plastie a buzei superioare, a nasului și a vestibului nazal la vârsta de 3-6 luni

21. Diagnosticul diferențial al abcesului palatinal se efectuează cu următoarele:
A). Formațiuni tumorale ale gingivomucoasei
B). Abcesul vestibular odontogen
C). Chisturi inflamatorii maxilare suprainfectate
D). Sinuzita maxilară odontogenă
E). Goma sifilitică

22. *Cel mai frecvent flegmonul de planșeu bucal debutează:
A). În loja submandibulară
B). În loja submentonieră
C). În loja parotidiană
D). În spațiul bucal
E). În loja sublinguală

23. Tratamentul chirurgical de urgență al flegmonului hemifacial:
A). Este necesar doar drenajul spațiului bucal
B). Se practică principial 2 incizii, temporală și submandibulară
C). De elecție se practică incizii endoorale
D). Incizia submandibulară se practică la 2 cm de marginea bazilară
E). Dupa remisia secreției purulente se practică sutura plăgilor

24. În cazul fasciitei necrozante cervicale:
A). Apare mai frecvent la pacienții cu imunosupresie
B). Durerea este de obicei mult mai intensă decât dimensiunile leziunii
C). Intervenția chirurgicală preferată este incizia colecțiilor purulente
D). Este necesară debridarea extensivă până în țesuturi indemne
E). Tratamentul unic medicamentos poate stopa infecția

25. Osteomielita supurată acută:
A). Debutul afecțiunii este insidios cu tumefacție locală progresivă
B). Starea generală nu este alterată, simptomatologia fiind strict locală
C). În cazul localizării mandibulare apare anestezia labio-mentonieră
D). Starea generală este alterată cu febră și limfadenită regională
E). Expresia radiologică apare după ce osteoliza ajunge la 50-60%

26. Contraindicaţiile absolute ale extracţiei dentare sunt:
A). Sinuzita maxilară rinogenă
B). Infarctul miocardic recent (mai recent de 6 luni)
C). Procese supurative acute
D). Leziuni locale ale mucoasei orale
E). Leucemia acută.

27. Tulburările sensitive ascociate erupţiei dificile ale molarului de minte sunt:
A). Trismus
B). Otalgii
C). Paralizii faciale
D). Algii faciale
E). Sinalgii dento –cutanate.

28. Molarul de minte este responsabil pentru declanşarea sau agravarea patologiei ortodontice:
A). Incongruenţa dento-alveolară cu înghesuire în regiunea frontală
B). Deplasări dentare cu rotaţie lingual sau vestibulară
C). Factor de blocare a evoluţiei molarului doi
D). Malocluzii datorită incongruenţei dento-alveolare
E). Nu este factor de recidivă al proalveoliilor.

29. Complicaţiile tumorale ale incluziei dentare sunt:
A). Chistul folicular
B). Keratochistul
C). Ameloblastomul
D). Odontomul
E). Leucoplazia.

30. Alegeţi afirmaţiile corecte despre chistadenolimfomul papilar:
A). Tumora este încapsulată
B). Are aspect polichistic septat
C). Recidivează rar
D). Apare la vârste tinere
E). Este întotdeauna unilateral.

31. Semne de malignizare ale unei tumori mixte de parotidă sunt următoarele:
A). Apariţia desenului vascular tegumentar accentuat

B). Apariţia durerii
C). Stare generală nemodificată
D). Fixarea la tegumente
E). Aspectul uniform al tumorii.

32. Formele clinice de debut ale tumorilor maligne ale limbii și planșeului oral sunt:
A). Forma infiltrativă
B). Forma ulcerativă
C). Forma vegetantă
D). Forma nodulară
E). Forma scleroasă

33. Carcinoamele odontogene se pot dezvolta:
A). Din membrana epitelială a chisturilor odontogene
B). Metastazarea unor carcinoame epiteliale
C). Din resturile epiteliului odontogen
D). Transformarea malignă a unui ameloblastom
E). Localizarea unui limfom non-Hodgkin.

34. În stadiul de debut al sarcoamelor de mandibulă apar:
A). Mobilitate dentară
B). Dureri de tip nevralgiform
C). Masă tumorală cu aspect vegetant
D). Tulburări de sensibilitate pe traiectul nervului alveolar inferior
E). Tulburări de alimentaţie şi de fonaţie.

35. Diagnosticul diferențial al granulomului piogen oral se face cu :
A). Papilomul mucoasei orale
B). Chistul dermoid
C). Fibromul mucoasei orale
D). Ranula sublinguală
E). Forme de debut ale tumorilor maligne ale mucoasei orale.

36. Tratamentul keratochistului odontogen include:
A). Extracția dintelui cauzal
B). Chistectomia
C). Marsupializarea
D). Radioterapia
E). Rezecție osoasă marginală sau segmentară

37. Tratamentul ameloblastomului solid sau multichistic include:
A). Radioterapie
B). Chiuretajul tumorii
C). Chistectomie
D). Rezecție osoasă marginală
E). Rezecție segmentară de mandibulă.

38. Cauzele trismusului persistent postanestezic pot fi:
A). Traumatizarea nervului mentonier cu acul în timpul anesteziilor locale prin infiltraţie
B). Cantitate mare de anestezic infiltrat
C). Anestezia plexală
D). Hemoragia
E). Ischemia prelungită.

39. Reperele puncției anestezice la nervul mentonier efectuată pe cale endooralĕ, sunt:
A). Rădăcina premolarilor inferiori
B). Vestibulul bucal
C). Unghiul de răsfângere a mucoasei planșeului bucal și a versantului lingual
D). Rădăcina mezială a primului molar inferior
E). Rădăcina mezială a celui de al doilea molar inferior.

40. Articaina:
A). Are potenţa de 4-5 ori mai mare faţă de lidocainĕ
B). Are potenţa de 2 ori mai mare faţă de lidocainĕ
C). Doza maximă administrată la adulţi sănătoşi este de 500 mg
D). Nu este recomandată copiilor sub 4 ani
E). Este hidrolizată de colinesterazele plasmatice

41. Principii de bază (enunțate de Peterson) care trebuie respectate în odontectomia molarului de minte inferior:
A). Expunere gingivală minimă.
B). Ostectomia.
C). Separație corono-radiculară, dacă este cazul.
D). Plaga postextracțională se irigă cu soluție antiseptică.
E). Sutura în 2 straturi cu fir continuu.

42. *Gingivo-stomatita odontiazică este considerată a fi o complicație (tulburare):
A). Mecanică.
B). Trofică.
C). Nervoasă.
D). Septică.
E). Tumorală

43. Odontectomia caninilor superiori incluși se efectuează când aceștia produc:
A). Complicații mecanice.
B). Complicații tumorale.
C). Complicații vasculare.
D). Complicații nervoase.
E). Dacă dintele beneficiază de redresare chirurgical-ortodontică.

44. Lamboul semilunar utilizat pentru rezecția apicală are următoarele avantaje:
A). Incizie și decolare facile.

B). Necesită anestezie locală extinsă.
C). Se intervine asupra marginii gingivale.
D). Se evită dehiscențele non-patologice.
E). Pacientul poate menține igiena orală.

45. Lamboul intrasulcular trapeziodal utilizat pentru rezecția apicală are următoarele dezavantaje:
A). Acces favorabil pentru chirurgia parodontală.
B). Decolare dificilă la început.
C). Vascularizație deficitară cu risc de ischemie și necroză.
D). Tensiune mare în lambou.
E). Sutura interdentară mai dificilă.

46. Următorele medicamente fac parte din grupa antiresorbtivelor osoase de tip inhibitori de osteoclaste:
A). Acidul ibandronic.
B). Acidul aminocaproic.
C). Denosumabul.
D). Bevacizumabul.
E). Risedronatul sodic.

47. Privind principiile de tratament în cazul osteonecrozei maxilarelor postmedicamentoase următoarele afirmații sunt corecte:
A). Tratamentul vizează menținerea calității vieții.
B). Se aplică tratament simptomatic pentru ameliorarea fenomenelor dureroase.
C). Se tratează infecțiile secundare.
D). Tratamentul chirurgical este de elecție.
E). Rezecțiile osoase pînă in os sănătos sunt recomandate în majoritatea cazurilor.

48. În cazul fracturilor de mandibulă semnele clinice de întrerupere a continuității osoase cuprind:
A). Durere provocată de mișcările mandibulei.
B). Crepitații ososase.
C). Modificări ale rapoartelor ocluzale.
D). Tulburări de sensibilitate pe traiectul nervului alveolar inferior.
E). Diminuarea sau absența transmiterii mișcărilor în ATM pe partea opusă leziunii.

49. Semnele clinice ale fracturilor posterioare, cu deplasare a complexului zigomatic cuprind:
A). Hipoestezie în teritoriul n. infreorbitar de partea afectată.
B). Echimoză palpebrală „în monoclu”.
C). Limitarea deschiderii cavității orale.
D). Crepitații gazoase prin emfizem subtutanat.
E). Înfundarea reliefului osos la nivelul arcadei temporozigomatice.

50. *Manevra Nelaton:
A). Este o metodă de tratament a anchilozei temporomandibulare.
B). Este o technică "hands free".
C). Se practică pe cale exoorală.
D). Se bazează pe pivotarea mandibulei în jurul unor rulouri plasate între molari.
E). Se mai numește și technica Hippocratică.

51. Pentru granulomul cu celule gigante sunt adevarate următoarele:
A). Leziunea este asociată cu hiperparatiroidism
B). Leziunea derivă din structura ligamentului parodontal
C). Este localizat exclusiv la nivelul crestei alveolare
D). Se poate confunda uşor cu forme avansate ale tumorilor maligne
E). Frecvent este expresia clinică a granulomului central cu celule gigante

52. Referitor la keratochistul odontogen sunt adevărate următoarele afirmaţii cu excepţia:
A). Se poate prezenta doar sub formă uniloculară
B). Conţinutul acestor chisturi este bogat în colagen
C). Uneori se acociază cu un dinte neerupt extralezional
D). Diagnosticul diferenţial se face în funcţie de aspectul radiologic
E). Resorbţia dinţilor adiacenţi este patognomonică

53. Caracteristicile tumorilor maligne oro-maxilo faciale sunt următoarele:
A). Metastazele acestor tumori au structură histologică diferită
B). Au creştere rapidă distructivă
C). Au creştere lentă infiltrativă
D). Tratamentul lor este unul multimodal
E). Tratamentul lor include extirparea tumorii cu limite libere positive

54. Hiperplazia inflamatorie papilară palatină se caracterizează prin:
A). Poate fi evidenţiată şi la pacienţii dentaţi
B). Mucoasa palatină are aspect micronodular
C). Este o leziune premalignă
D). Se poate asocia cu infecţii micotice
E). Apare la pacienţi cu igienă orală bună

55. Osteosarcomul :
A). Apare frecvent la nivelul oaselor maxilare
B). Apare cel mai frecvent la nivelul unghiului mandibulei
C). Apare ca o complicaţie a bolii Paget
D). Apare ca o complicaţie a retinoblastomului
E). Originea tumorii este medulară central

56. Referitor la lamboul semilunar:
A). Este un lambou format dintr-o incizie curbă
B). Începe la limita dintre gingia fixă şi cea mobiă
C). Extramităţile inciziei sunt la 2 dinţi vecini de locul abordului chirurgical
D). Cea mai mare parte a inciziei să fie în gingivomucoasa mobilă
E). Se foloseşte numai în cazul regiunii fontale maxilare.

57. Lamboul trapezoidal:
A). Oferă un acces chirurgical foarte bun
B). Colţurile lamboului pot necroza
C). Sutura interdentară este mai dificilă
D). Tensiunea lamboului este minimă
E). Igiena orală greu de întreţinut.

58. Diagnosticul diferential al osteomielitei supurate cronice se face cu:
A). Tumori benigne osoase
B). Osteomielite cronice specifice
C). Tumori maligne osoase
D). Displazia fibroasă
E). Osteoperiostita.

59. Alegerea tipului de lambou pentru plastia comunicării oro-sinusale se va realiza în funcție de:
A). Cantitatea şi starea ţesuturilor disponibile
B). Vârsta pacientului
C). Volumul sinusului maxilar
D). Experiența chirurgului
E). Forma bolții palatine.

60. Comunicarea oro-sinusală imediată (deschiderea entală a sinusului maxilar) în timpul extracției dinților cu raport sinusal, trebuie diagnosticată imediat pe baza următoarelor criterii:
A). Absența sângerarii din alveolă
B). Proba Valsalva negativă
C). Proba Valsalva pozitivă
D). Explorarea blandă a alveolei cu un stilet butonat evidențiază o senzație de "cădere în gol"
E). Sângerarea mai abundentă din alveolă, uneori cu aspect aerat.

61. Următoarele afirmaţii legate de etiopatogenia comunicării oro-sinusale sunt adevărate:
A). Comunicările oro-sinusale se produc cel mai frecvent în timpul extracției caninului
B). Deschiderea accidentală a sinusului maxilar se datorează de cele mai multe ori absenței sau înterpretării eronate a examenului radiologic preextracțional

C). Deschiderea accidentală a sinusului maxilar se datorează frecvent manevrelor chirurgicale intempestive în extracția dentară
D). Etiologia postextracțională a comunicarii oro-sinusale este rară
E). Traumatismele la nivelul etajului mijlociu al feței pot constitui factori etiologici în apariția comunicării oro-sinusale.

62. *Plastia comunicării într-un plan:
A). Este mai dificilă
B). Este cea mai puţin folosită în practică
C). Planul oral va fi reprezentat de un lambou palatinal cu pedicului posterior
D). Se utilizează lamboul vestibular trapezoidal alunecat
E). Planul sinusal foloseşte o coreletă vestibulară.

63. Radicalul aromatic al substanțelor anestezice
A). Are caracter lipofil
B). Realizează mediul alcalin
C). Face posibilă traversarea membranei perinervoase axonale pentru acțiunea directă asupra celulelor nervoase
D). Intratisular se disociază de componenta cationică
E). Reprezintă componenta anionică a substanței anestezice

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

65. Avantajele lamboului în plic:
A). Acces chirurgical facil
B). Concomitent se poate practia şi gingivectomia
C). Inserţia gingivală poate fi modificată după necesităţi
D). Este indicat pentru rădăcinile lungi dar şi scurte
E). Repoziţionarea lamboului nu ridică probleme