



UNIVERSITATEA ”APOLLONIA” DIN IAȘI
FACULTATEA DE MEDICINĂ DENTARĂ
PROGRAMUL DE STUDIU: MEDICINĂ DENTARĂ

TEMATICA ȘI BIBLIOGRAFIA PENTRU
EXAMENUL DE LICENȚĂ 2016
(in paranteze este precizat indexul bibliografic at temei)

1. Anestezia in medicina dentara (1, pag. 2-53).
2. Extractia dentara (1, pag.64-102).
3. Patologia eruptiei dentate (1, pag.116-122, 131-157, 159-169).
4. Tratamentul chirurgical al leziunilor periapicale (1, pag. 174-194).
5. Tratamentul chirurgical preprotetic (1, pag.198-220).
6. Infectii oro-maxilo-faciale (1, 242-268,270-288).
7. Afectiuni de origine dentara ale sinusului maxilar (1, pag.292-308).
8. Traumatologie oro-maxilo-faciala (1, pag.312-335, 361-369, 379-382, 388-394).
9. Chisturi si tumori benigne ale partilor moi orale si cervico-faciale (1, pag. 402-404, 406-426, 428-433, 437-443).
10. Chisturi, tumori benigne si osteopatii ale oaselor maxilare (1, pag. 450-471, 474-485, 488-510, 512-517).
11. Tumori maligne oro-maxilo-faciale (1, pag. 545-584).
12. Patologia articulatiei temporo-mandibulare (1, pag. 679-685, 687-693, 695-702)
13. Patologia glandelor salivare (1, pag. 719-720, 723-738, 744-753, 760-770)
14. Tratamentul chirurgical al anomaliilor dento-maxilare severe (1, pag. 787-816)
15. Despicatori labio-maxilo-palatine (1, 824-855)
16. Durerea in teriorul oro-maxilo-facial. Nevralgia de trigemen (1, pag. 916-919)
17. Metode locale de prevenire a cariei dentare din santuri si fosete (2, integral)
18. Rolul factorilor functionali in formarea aparaturii dento-maxilar (3, pag.315-392, 405-417, 433-445)
19. Dezvoltarea ocluziei dentate (4, pag. 35-49)
20. Etiopatogenia anomaliilor dento-maxilare, factori locali (4, pag.73-76)
21. Clasificarea anomaliilor dento-maxilare (4, pag. 77-83)
22. Examenul radiologic in ortodontie (4, pag. 143-179)
23. Anomaliile dento-maxilare de Clasa a II-a (4, pag. 379-391)
24. Malocluzia de clasa a II-a, diviziunea 2 (4, pag. 396-399)
25. Malocluzia de Clasa a III-a (4, pag. 405-408)



26. Sindromul de inocluzie verticala (4, pag. 418-426, 429-438)
27. Anodontia (5, pag. 15-40)
28. Dintii supranumerari (5, pag. 73-94)
29. Incluzia dentara (5, pag. 73-94)
30. Reincluzia dentara (5, pag. 107-118)
31. Ectopia dentara (5, pag. 121-130)
32. Diastema (5, pag. 133, 142)
33. Transpozitia dentara (5, pag. 149-154)
34. Tratamentul cariei dentare (6, pag. 167-185, 294-333, 339-346)
35. Etiopatogenia cariei dentare (6, pag. 31-57)
36. Formele anatomo-clinice ale pulpitelor dintilor permanenti (7, pag. 68-93)
37. Necroza si gangrena pulpara (7, pag. 94-102)
38. Parodontite apicale acute si cronice (7, pag. 103-125)
39. Tratamentul necrozei si gangrenei pulpare (7, pag. 158-213)
40. Obturarea canalelor radiculare (7, pag. 214-248)
41. Tratamentul parodontitelor apicale acute si cronice (7, pag. 103-125)
42. Morfologia parodontiului marginal (8, pag. 26-89)
43. Etiopatogenia parodontopatiilor marginale cronice (8, pag. 103-155)
44. Diagnosticul imbolnavirilor gingivo-parodontale (8, pag. 189-201)
45. Clasificarea bolilor parodontiului marginal (8, pag. 205-219)
46. Forme clinice simptomatologie in gingivite si parodontite marginale (8, pag. 221-280)
47. Evolutie, prognostic si complicatii ale parodontopatiilor (8, pag. 283-286)
48. Tratamentul gingivitelor si parodontopatiilor marginale (8, pag. 288-374)
49. Imobilizarea dintilor parodontotici (8, pag. 427-461)
50. Orientari terapeutice principale si scheme de tratament in gingivite si parodontite (8, pag. 465-477)
51. Ocluzia dentara (9, pag. 25-76)
52. Sindromul algo-disfunctional al articulatiei temporo-mandibulare (9, pag. 77-146)
53. Examenle clinice si paraclinice in leziunile odontale coronare si edentatia partiala redusa. (9, pag. 147-169)
54. Principiile de tratament in restaurarile unidentare si prin puncti dentare (9, pag. 500-540)
55. Restaurari unidentare intracoronare si extracoronare (9, pag. 170-400)
56. Elemente structurale ale punctilor dentare (9, pag. 434-482)
57. Etape ale terapiei prin puncti dentare: Amprentarea (9, pag. 630-690)
58. Etape ale terapiei prin puncti dentare: Inregistrarea relatiilor mandibulo-craniene (9, pag. 690-740)
59. Examenle clinice si paraclinice in edentatia partiala si edentatia totala (10, pag. 32-83)
60. Proteza partiala acrilica mobilizabila. Elemente componente. (10, pag. 84-104)



61. Elementele structurale ale protezelor parțiale scheletate(10, pag .116-199)
62. Biodinamica protezelor scheletate in cavitatea orala(10, pag. 201-229)
63. Etape ale terapiei prin proteze parțial mobilizabile scheletate:Amprentarea (10, pag.279-293)
- 64.Etape ale terapiei prin proteze parțial mobilizabile scheletate: inregistrarea relatiei intermaxilare (10, pag. 295-308)
65. Etape ale terapiei prin proteze totale:Amprentarea (10, pag.465-544)
66. Etape ale terapiei prin proteze totale: Determinarea relatiilor intermaxilare(10, pag. 550-564)
67. Etape ale terapiei prin proteze totale. Proba machetelor (10, pag. 568-582)
68. Verificarea si adaptarea protezelor mobile.(10, pag.583-593)
69. Stomatopatiile protetice la edentatul total (10, pag.593-693)
70. Reoptimizarea protezelor mobile.(10, pag.693-703)

BIBLIOGRAFIA

1. Al. Bucur, C. Navarro Vila, J. Lowry, J. Acero — Compendiu de chirurgie oro-maxilo-faciala, vol. 1 si 2, Editura Q Med Publishing, Bucuresti, 2009.
2. Rodica Luca-Metode locale de prevenire a cariei in santuti si fosete, Ed. Cerma, Bucuresti, 1997.
3. Gh. Boboc-Aparatul dentomaxilar. Formare si dezvoltare, Ed. Medicala, Bucuresti, 1995.
4. Valentina Dorobat, D. Stanciu — Ortodontie si ortopedie dento-faciala, Editura medicala, Bucuresti, 2003
5. Ecaterina ionescu Anomaliile dentare, Editura cartea Universitara, Bucuresti,2005.
6. A. Iliescu, M. Gafar Cariologie si odontoterapie restauratoare, Editura Medicala, Bucuresti, 2001
7. M. Gafar, A. Iliescu — Endodontia clinica si practica, Editia a II-a, Editura, Bucuresti, 2001
8. H.T. Dumitriu, Silvia Dumitriu, Anca Dumitriu — Prodontologie, Editura Viata Medicala Romaneasca, Bucuresti, 2009
9. N. Foma (coordonator),C.De Baat, D. Bratu, V. Mercut, Al. Petre, S. Popsor, T. Traistaru, Protetica Dentara Vol. I, Editura Enciclopedica, Bucuresti, , 2011
10. N. Form (coordonator), C.De Baat, L. Lascu, M. Pauna, Protetica Dentara Vol. II, Editura Enciclopedica, Bucuresti, 2011.



TEMA 1. ANESTEZIA ÎN MEDICINĂ DENTARĂ (1, pag. 2-53)

1. Anestezicul local utilizat in medicina dentara trebuie sa indeplineasca urmatoarele calitati:

- A. Inductie suficient de lunga
- B. Toxicitate sistemica medie
- C. Efect anestezic puternic
- D. Incidenta scazuta a efectelor adverse
- E. Sa nu produca iritatii locale

(pag. 2) **C, D, E**

2*. Radicalul aromatic conferă substanțelor anestezice locale caracter:

- A. Hidrofil
- B. Eozinofil
- C. Lipofil
- D. Acidofil
- E. Hidrofob

(pag. 6) **C**

3. În fluxul sanguin substanța anestezică locală circulă sub:

- A. Formă legată
- B. Formă aminică
- C. Formă liberă
- D. Formă hidrolizată
- E. Formă de componentă cationică

(pag. 6) **A, C**

4. Substante anestezice locale utilizate in mod curent in medicina dentară:

- A. Lidocaina
- B. Piperocaina
- C. Mepivacaina
- D. Clorprocaina
- E. Articaina

(pag. 8) **A, C, E**



5. În timpul gravidității și lactației lidocaina poate:

- A. Penetra bariera feto-placentară
- B. Avea efect teratogen
- C. Determina hipotensiune de sarcină
- D. Determina fenomene idiosincrazice
- E. Determina hipertensiune de sarcină

(pag. 10) **A,B, C**

6. Agentul vasoconstrictor din preparatele anestezice locale permite:

- A. O resorbție mai lentă a anestezicului în circulație
- B. Efect anestezic crescut
- C. Risc scazut de toxicitate sistemică
- D. Diminuarea sângerării locale
- E. Risc crescut de toxicitate sistemică

(pag. 15) **A, B,C,D**

7. Agentii vasoconstrictori adjuvanti ai anestezelor locale sunt:

- A. Adrenalina
- B. Felipresina
- C. Neo-cobefrinul
- D. Acetilcolina
- E. Noradrenalina

(pag. 15) **A, B, C, E**

8*. Care dintre afirmațiile următoare cu privire la adrenalină este falsă?

- A. Este o catecolamină
- B. Este simpatomimetică
- C. Este cel mai eficient vasodilatator folosit în anestezele locale
- D. Se folosește în concentrații de 1:50.000 până la 1: 200.000
- E. Necesită adăugarea unui conservant de tip bisulfid

(pag. 15) **C**

9*. Anestezia de contact nu se utilizează pentru:



- A. Mici intervenții pe fibromucoasa gingivală
- B. Suprimarea reflexului de vomă în cazul folosirii materialelor de amprentă
- C. Suprimarea reflexului de vomă în cazul aplicării filmului radiologic distal în cavitatea orală
- D. Extracția dinților temporari cu rizaliza accentuată
- E. Inciza abceselor lojelor profunde.

(pag. 19) **E**

10*. Anestezia locală se efectuează respectând următoarele reguli, cu o excepție:

- A. Poziționați corect pacientul pe scaunul stomatologic cu capul fixat adecvat anesteziei pe care intenționați să o faceți
- B. Injectați lent anestezicul, rata optimă fiind de 20 ml/minut
- C. Stabiliți un contact ferm al mâinilor: cea cu seringă, sprijiniți-o de pacient iar cu cea cealaltă mână fixați reperele și puneți țesuturile în tensiune
- D. Nu atingeți cu acul decât locul puncției, fără a atinge buzele, obrații, dinții, limba, masa de operație
- E. Acul se introduce cu bizoul spre os.

(pag. 19) **B**

11*. Anestezia locală prin infiltrație:

- A. Reprezintă modalitatea cea mai puțin folosită de anestezie în medicina dentară cât și în chirurgia oro-maxilo-facială
- B. Presupune introducerea anestezicului în țesuturi cu ajutorul seringii și dispunerea lui la distanța de terminațiile nervoase
- C. Se poate efectua pentru mucoasa cavității orale, puncția anestezică fiind efectuată subcutanat
- D. Include anestezia paraapicală supraperiostală, anestezia intraligamentară, anestezia intraosoasă
- E. Pentru tegumentele cervico-faciale puncția anestezică se poate efectua submucos, realizându-se astfel o anestezie superficială sau profundă.

(pag. 20) **D**

12. Cerințele tehnicii anesteziei locale prin infiltrație sunt:

- A. Acul se introduce cu bizoul spre țesuturile moi
- B. Locul puncției trebuie umezit cu saliva pacientului
- C. Seringă trebuie să stea în câmpul vizual al pacientului
- D. Anestezicul se injectează lent, 1ml/minut
- E. Infiltrația anestezicului în lungul liniei de incizie



(pag. 20) **D, E**

13*. Anestezia locala prin infiltratie contine cu exceptia:

- A. Anestezia submucoasa
- B. Anestezia intradermica
- C. Anestezia paraapicala supraperiostala
- D. Anestezia cu protoxide de azot
- E. Anestezia intraosoasa

(pag. 20) **D**

14. Anestezia plexala este des folosita pentru:

- A. Extractii dentare
- B. Rezectii apicale
- C. Extirparea tumorilor mari si mijlocii din zona laterala a mandibulei
- D. Inserirarea implanturilor dentare
- E. Intreventii chirurgicale parodontale

(pag. 21) **A,B, D, E**

15*. Anestezia plexală:

- A. Este anestezia cel mai frecvent utilizată la mandibulă
- B. Presupune injectarea anestezicului subperiostal
- C. Se poate utiliza doar în regiunile cu corticală osoasă subțire
- D. Tehnica se poate aplica la mandibulă pe toată întinderea sa
- E. Anestezia plexală este mai eficientă la adulți, având în vedere prezența unei corticale osoase mai puțin dense și o spongie cu canale haversiene mai largi.

(pag. 21) **C**

16*. Anestezia intraligamentară este indicată:

- A. La pacienții diabetici
- B. La pacienții alergici
- C. La pacienții cu risc hemoragic
- D. La pacienții epileptici fără tratament
- E. La pacienții cu astm bronșic.

(pag. 22) **C**



17. Reperele pentru anestezia tonculară periferică la tuberozitate sunt:

- A. Arcada zigomatică
- B. Rădăcina distală a molarului de 12 ani
- C. Mucoasa mobilă
- D. Creasta zigomato-alveolară
- E. Rebordul orbital inferior.

(pag. 24) **C, D**

18. Pentru anestezia nervilor alveolari supero-posteriori pe cale cutanată, puncția se face:

- A. În obraz înaintea muschiului maseter
- B. În obraz înapoia muschiului maseter
- C. Sub marginea inferioară a osului zigomatic
- D. Distal de creasta zigomato-alveolară
- E. Deasupra marginei inferioare a osului zigomatic.

(pag. 24) **A,C,D**

19. Reperele pentru anestezia tonculară periferică la tuberozitate sunt:

- A. Arcada zigomatică
- B. Rădăcina palatinală a molarului de 12 ani
- C. Mucoasa mobilă
- D. Creasta zigomato-alveolară
- E. Rebordul orbital inferior

(pag. 24) **C, D**

20. Anestezia nervilor alveolari supero-posteriori implica:

- A. Anestezia la tuberozitate
- B. Teritoriul anesteziat cuprinde molarii superiori de pe partea respectiva
- C. Teritoriul anesteziat cuprinde fibromucoasa vestibulara a molarilor
- D. Teritoriul anesteziat cuprinde fibromucoasa palatina a molarilor
- E. Teritoriul anesteziat cuprinde peretele posterior al sinusului maxilar si mucoasa sinusala adiacenta pe partea respectiva

(pag. 24) **A, B, C, E**



21. Contraindicațiile anesteziei nervilor alveolari supero-posteriori cuprind:

- A. Procese tumorale sau inflamatorii situate în vestibulul superior sau retrotuberozitar
- B. Pacienții hemofilici
- C. Pacienții cu boli cardiace
- D. Pacienții cu tratament anticoagulant
- E. Pacienții cu trismus

(pag. 24) **A, B, D**

22. Reperele anesteziei nervilor alveolari supero-posteriori cuprind:

- A. Creasta zigomato-alveolara
- B. Radacina meziala a molarului 2 superior
- C. Carligul pterigoidei
- D. Mucoasa fixa
- E. Mucoasa mobilă

(pag. 24) **A, B, E**

23*. Pentru anestezia nervilor alveolari supero-posteriori pacientul este așezat în fotoliul dentar:

- A. Cu capul în ușoară extensie
- B. Cu mandibula deviată ușor de partea opusă injectării anestezicului
- C. Cu gura larg deschisă
- D. Cu policele medicului în mucoasa jugală dreaptă pentru anestezia pe partea dreaptă
- E. Cu indexul medicului în mucoasa jugală stângă pentru anestezia pe partea stângă

(pag. 24) **A**

24*. Când se practică anestezia la tuberozitate, reperul osos fixat de pulpa degetului este:

- A. Marginea anterioară a spinei Spix
- B. Marginea anterioară a ramului ascendent al mandibulei
- C. Creasta zigomato-alveolara
- D. Marginea inferioară a arcadei zigomatice
- E. Rebordul orbital inferior

(pag. 24) **C**

25*. După ce se ia contact cu osul se patrunde de-a lungul tuberozității menținându-se contactul osos până la o profunzime de:

- A. 0,5 - 1 cm



- B. 1 – 1,5 cm
- C. 1,5 – 2 cm
- D. 2 – 2,5 cm
- E. 3 – 4 cm

(pag. 24) **D**

26. In anestezia la tuberozitate, ori de cate ori nu se mentine contactul osos exista riscul:

- A. Anesteziei nervului facial
- B. Inteparii plexului venos pterigoidian
- C. Producerea hematomului la tuberozitate
- D. Inteparii arterei maxilare interne
- E. Patrunderii in sinusul maxilar

(pag. 25) **B, C, D**

27. Hematomul produs după anestezia la tuberozitate:

- A. Poate apărea ori de câte ori nu se menține contactul osos sau anatomic plexul venos pterigoidian este situat foarte jos
- B. Se formează în urma hemoragiei apărute prin înțeparea cu acul a plexului arterial pterigoidian
- C. Nu are un caracter rapid extensiv, existând o limitare osoasă strictă a spațiului pterigo-maxilar
- D. Tratamentul de urgență constă în măsuri de limitare a hematomului prin comprimarea obrazului sub osul zigomatic cu podul palmei
- E. Este indicat și un tratament medicamentos antibiotic și antiinflamator pentru a preveni suprainfectarea hematomului.

(pag. 25) **A, D, E**

28*. Anestezia nervului nazopalatin:

- A. Determină insensibilizarea mucoasei palatine de la nivelul liniei mediene până la premolarul unu de partea respectivă inclusiv
- B. În medicina dentară se efectuează cel mai frecvent pe cale exoorală
- C. Este nedureroasă datorită inervației slabe de la nivelul papilei și aderenței reduse a fibromucoasei palatine
- D. Puncția se efectuează la nivelul papilei interdentare
- E. Teritoriul anesteziat se referă la treimea anterioară a fibromucoasei palatine, demarcația posterioară fiind o linie transversală de la canin la canin

(pag. 25) **E**



29*. In anestezia la gaura infraorbitara acul strabate partile moi si ia contact cu osul dandu-i-se o directie in trei axe:

- A. In sus si in afara
- B. In sus, in afara si inainte
- C. In sus, in afara si inauntru
- D. Inapoi, in afara si inauntru
- E. In sus, inapoi si inafara

(pag. 28) **E**

30. Daca substanta anestezica este injectata in grasimea orbitara poate apare:

- A. Diplopie tranzitorie
- B. Lipsa temporara a vederii
- C. Paralizia pleoapei inferioare
- D. Paralizia de facial
- E. Anestezia ramurei inferioare a nervului oculomotor comun

(pag. 28) **A, B, E**

31. Nervul infraorbitar se exteriorizeaza la nivelul gaurii infraorbitale dand ramuri:

- A. Labiale superioare
- B. Nervi alveolari supero-anteriori
- C. Palpebrale inferioare
- D. Nazale
- E. Labiale inferioare

(pag. 28) **A, B, C, D**

32. Referitor la anestezia la spina Spix sunt adevărate următoarele:

- A. Locul de puncție este între creasta temporală și plica pterigomandibulară la 1 cm deasupra planului de ocluzie al molarilor inferiori la pacientul dentat
- B. Acul va progresa în contact cu osul, înaintând în profunzime pe fața externă a ramului mandibular și, pe măsură ce pătrunde, se va deplasa progresiv corpul seringii către linia mediană a mandibulei
- C. La 1 cm în profunzime se anesteziază nervul lingual, apoi la 1,5-2 cm nervul alveolar inferior situat mai posterior
- D. Vizează anestezierea nervilor alveolar inferior, lingual și bucal



E. Este o anestezie tronculară bazală

(pag. 29) **A, C**

33*. Punctia efectuata mai jos de spina Spix va determina:

- A. Anestezia nervului auriculo temporar
- B. Jena la deglutitie
- C. Pareza tranzitorie a nervului facial
- D. Anestezia nu se instaleaza
- E. Toate raspunsurile sunt corecte

(pag. 29) **D**

34. In anestezia la spina Spix pe partea dreapta, cu indexul mainii stangi se repereaza:

- A. Marginea anterioara a ramului mandibular
- B. Creasta temporala a mandibulei
- C. Creasta zigomato-alveolara
- D. Partile moi labio-jugale tinute in tensiune
- E. Planul ocuzal al molarilor inferiori

(pag. 29) **A, B**

35. Complicatiile locale ale anesteziei loco-regionale:

- A. Necroza mucoasei
- B. Trismusul persistent
- C. Parestezii preexistente
- D. Alveolita post extractionala
- E. Injectite postanestezice

(pag. 39) **A,C,D**

36. Injectitel,e postanestezice:

- A. Sunt produse de punctiile anestezice septice
- B. Mai frecvent apar la gaura nazopalatina
- C. Determina disfagie
- D. Apare la o saptamana dupa punctia anestezica
- E. Se trateaza in servicii de specialitate OMF

(pag. 40) **A, C, E**



47. Sincopa vaso-vagală reprezintă cel mai frecvent accident care constă în:

- A. Pierderea conștienței de scurtă durată
- B. Slăbiciune generală musculară
- C. Pierderea tonusului postural
- D. Vărsături, diaree
- E. Incapacitatea pacientului de a se menține în ortostatism

(pag. 43) **A, B, C**



TEMA 2. EXTRAȚIA DENTARĂ (1, pag. 64-102)

1. Printre indicațiile legate de patologia dento-parodontală se numără:

- A. dinți cu distrucții corono-radiculare întinse
- B. dinți cu gangrene complicate cu parodontită apicală cronică
- C. dinți care au determinat complicații supurative
- D. dinți care au determinat sau/și întrețin procese supurative sinuzale
- E. dinți sinusali

(pag. 64) **A, B, C, D**

2. Contraindicații în etracția dentară se împart în:

- A. contraindicații traumatice
- B. contraindicații ectopice
- C. contraindicații absolute
- D. contraindicații relative
- E. contraindicații poatologice

(pag. 65) **A, C**

3. Contraindicațiile locale ale extracției sunt:

- A. leziuni locale ale mucoasei orale
- B. sinuzita maxilară rinogenă
- C. procese supurative acute
- D. pacienți care urmează sau au urmat recent un ratament radioterapeutic la nivelul extremității cefalice
- E. tumori benigne în teritoriul maxilo-facial

(pag. 65) **A, B, C, D**

4. Indicația de antibioprofilaxie a endocarditei bacteriene se stabilește în funcție de clasele de risc:

- A. risc de soc



- B. risc patologic
- C. risc major
- D. risc mediu
- E. risc scazut

(pag. 65) **C, D, E**

5. Leucemiile acute contraindică total extracția, deoarece:

- A. plaga este dehiscentă
- B. plaga sângerează
- C. plaga se suprainfectează ușor
- D. se complica deseori cu gingivostomatită ulceronecrotică
- E. se complica deseori cu epistaxis

(pag. 66) **B, C, D**

6. La evaluarea gradului de dificultate al unei extracții se ține cont de:

- A. abordul dintelui
- B. starea coroanei
- C. starea gingiei
- D. mobilitatea dintelui
- E. imposibilitatea deschiderii gurii dată de trismus, constricție etc

(pag.67) **A, B, D, E**

7. Examenul radiologic este necesar înaintea oricărei extracții dentare, pentru a evidenția:

- A. mobilitatea dinților
- B. numărul, mărimea și forma rădăcinilor
- C. direcția rădăcinilor
- D. prezența sau absența leziunilor periapicale
- E. raporturile cu elementele anatomice adiacente

(pag. 67) **B, C, D, E**

8. Extracția dentară cu separație interradiculară este indicată la pluriradiculari când:



- A. radacinile sunt foarte divergente
- B. radacinile sunt cu fenomene de hipercementoza
- C. radacinile sunt ne unite la nivelul podelei camerei pulpare
- D. dinti cu distructie coronara care nu permite o aplicare eficienta a clestelui
- E. in cazul producerii unei fracturi coronare in timpul extractiei

(pag. 81) **A, B, D, E**

9. In cazul molarilor superiori se va practica o separatie radiculara:

- A. „in V”
- B. ”in T”
- C. ”in L”
- D. ”in Y”
- E. ”in Z”.

(pag. 81) **B, D**

10. Radacinile dentare pot fi extrase prin urmatoarele tehnici:

- A. Extractia cu sindesmotoamele
- B. Extractia cu ajutorul elevatoarelor
- C. Extractia cu clestele de radacini
- D. Extactia cu pensa ciupitoare de os
- E. Extractia prin alveolotomie.

(Pag.82) **B, C, E**



TEMA 3. PATOLOGIA ERUPȚIEI DENTARE (1, pag. 116-122, 131, -157, 159-169)

1. Tulburările care interesează dintele în timpul perioadei de dezvoltare în grosimea osului sunt:

- A. Plicaturarea sau alungirea lamei dentare care situează dintele în profunzime (Brabant)
- B. Poziția ectopică a germenului dentar
- C. Modificarea axului de dezvoltare a dintelui
- D. Malformații coronare, radiculare sau coronoradiculare (dinți fuzionați, rădăcini recurbate, etc)
- E. Traumatisme sau infecții ale germenului dentar (fracturi ale oaselor maxilare, difuzarea infecției de la dinții temporari)

(pag. 116) **A, B, C, D, E**

2. Tulburările pe care le produce adesea molarul trei sunt rezultatul condițiilor topografice în care se găsește:

- A. Este ultimul dinte al arcadei dento-alveolare și, cronologic, ultimul dinte care erupe
- B. Spațiul alveolar de erupție este limitat pentru molarul de minte superior, dar mai ales pentru cel inferior
- C. Prezintă frecvent malpoziții
- D. Rămâne, în proporție considerabilă, în incluzie totală sau parțială.
- E. Este ectopic

(pag. 122) **A, B, C, D**

3. În funcție de natura țesutului acoperitor factorii de dificultate în extracția molarului de minte prin:

- A. Incluzia în țesut moale ("molar inclus submucos")
- B. Incluzie osoasă parțială
- C. Spațiul desmodontal – când spațiul este mai larg, extracția se efectuează greu
- D. Incluzie osoasă totală ("molar total inclus")
- E. Curbura rădăcinilor spre distal

(pag. 136) **A, B, D**



4. La vârsta de 18 ani, osul din jurul molarului inclus se caracterizează prin:

- A. Osul este mai puțin dens
- B. Osul este mai dens
- C. Are loc o refacere mai rapidă a zonei osoase pe care s-a acționat cu instrumentarul rotativ sau elevatorul
- D. Osul nu prezintă flexibilitate
- E. Extracția este laborioasă

(pag. 136) **A, C**

5. Factorii care îngreunează odontectomia molarului 3 inferior sunt:

- A. Poziția mezio-angulară
- B. Rădăcini lungi și subțiri
- C. Clasa a III-a după Pell și Gregory
- D. Os dens, rigid
- E. Spațiu parodontal larg

(pag. 141) **B, C, D**

6.* Factorii care ușurează odontectomia molarului 3 inferior sunt:

- A. Rădăcini curbe și divergente
- B. Raport direct cu canalul mandibular
- C. Clasa C după Pell și Gregory
- D. Rădăcini conice sau fuzionate
- E. Incluzie osoasă completă.

(pag. 141) **D**

7. Tulburările asociate erupției sau incluziei molarului de minte inferior sunt:

- A. Complicații septice
- B. Complicații mecanice
- C. Complicații trofice



- D. Complicații osoase
- E. Complicații tumorale.

(pag. 141) **A, B, C, E**

8. Infecția sacului pericoronar al molarului inclus se poate face de la:

- A. O gangrenă complicată a dinților antagoniști
- B. Un focar de osteomielită
- C. O pungă parodontală de la distanță
- D. O leziune de decubit produsă de o proteză mobilă
- E. Un traumatism care produce o soluție de continuitate și o comunicare a sacului coronar cu cavitatea bucală.

(pag. 141) **B, D, E**

9*. Pericoronarita congestivă survine cu cea mai mare frecvență între:

- A. 30 - 35 ani
- B. 50 - 60 ani
- C. 18 – 25 ani
- D. 45 – 55 ani
- E. 40 – 50 ani.

(pag. 142) **C**

10. Atitudinea terapeutică în cazul caninilor superiori poate fi radicală sau conservatoare,aceasta în raport cu:

- A. Poziția și profunzimea incluziei
- B. Anomalii de formă și volum ale caninului inclus
- C. Spațiul existent pe arcadă
- D. Complicațiile pe care le-a provocat incluzia
- E. Vârsta dentară

(pag.160) **A, B, C, D**



Universitatea „Apollonia” din Iași
EUROPEAN BUSINESS ASSEMBLY, prin SOCRATES COMMITTEE OF OXFORD, a declarat
UNIVERSITATEA APOLLONIA „BEST REGIONAL UNIVERSITY”

Str. Muzicii nr. 2, Iași, 700399
Tel: 0232/210.310; Fax: 0232/210.310
E-mail: secretariat@univapollonia.ro
www.univapollonia.ro





TEMA 4. TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL LEZIUNILOR PERIAPICALE (1, pag.174-194)

1. În rezecția apicală propriu-zisă se respectă următoarele principii generale de secționare și îndepărtare a apexului:

- A. Este neaparat necesară rezecția apexului până la nivelul geodei osoase
- B. Nu se rezecă niciodată mai mult de 1/3 din lungimea rădăcinii
- C. Planul de secțiune va fi bizotat spre vestibular (45°)
- D. În cazul unui chist extins la mai mulți dinți, se practică rezecția și sigilarea apexiană la toți dinții cu apexurile în leziunea chistică
- E. Se va rezeca un segment apical de 3-5 mm

(pag. 186) **B, C, D**

2. Rezecția apicală cu obturare intraoperatorie pe cale directă este indicată în următoarele situații:

- A. Canale fără secreție persistentă
- B. Formarea de praguri în timpul tratamentului endodontic
- C. Rădăcini cu canale/apexuri drepte
- D. Rădăcini cu anomalii ale canalelor care le fac impermeabile în 1/3 apicală
- E. Rămânerea unui corp străin pe canal care poate fi îndepărtat după rezecția apexului

(pag. 188) **B, D, E**

3. Pentru realizarea lambourilor în rezecția apicală se respectă următoarele principii generale:

- A. Inciziile verticale trebuie practicate în convexitățile dintre eminentele radiculare
- B. Capatul cervical al inciziei de descarcare se va plasa în dreptul unghiului diedru dintre suprafețele dentare
- C. Incizia verticală se va extinde în mucoasa mobilă
- D. Baza lamboului trebuie să fie mai largă decât marginea sa liberă
- E. Lamboul va fi creat încât să protejeze structurile anatomice

(pag. 180 -181) **B, D, E**

4. Osteotomia:



- A. Reprezinta etapa de inlaturare a unei cantitati osoase, cu expunerea apexului si a leziunii periapicale
- B. Se realizeaza cu instrumentar rotativ, fara racire
- C. Modul de realizare a osteotomiei nu este influentat de aspectul corticalei: erodata de procesul patologic sau corticala intacta
- D. In cazul corticalei erodate de procesul patologic, osteotomia consta in largirea ferestrei osoase
- E. In cazul corticalei osoase integre, nu este necesara intai, localizarea apexului si a leziunii periapicale.

(pag. 183) **A, D**

5. Materialele folosite pentru obturația retrogradă in rezecția apicală, trebuie să îndeplinească următoarele deziderate:

- A. Să fie biocompatibile
- B. Sa nu inhibe creșterea bacteriană
- C. Să realizeze sigilarea tridimensională a canalului radicular
- D. Să prezinte radioopacitate
- E. Să fie solubil și stabil volumetric

(pag. 190) **A, C, D**

6. Materialul ideal ar trebui să îndeplinească simultan următoarele deziderate:

- A. Să realizeze sigilarea tridimensională a canalului radicular
- B. Să nu perturbe cicatrizarea
- C. Să fie biocompatibil și deci să nu determine o reacție inflamatorie
- D. Să in hibe creșterea microbiană
- E. Să stimuleze regenerarea tisulară periradiculară

(pag. 190) **A, C, D, E**

7. Toaleta geodei osoase implică:

- A. Se raclează osul
- B. Se chiuretează cu grijă
- C. Îndepărtează resturile de os, dinte sau material de obturație rămase în plagă
- D. Se va iriga plaga cu ser fiziologic.



E. Se va iriga plaga cu antiseptic
(pag. 190) **B, C, D**

8. Îngrijirile postoperatorii după rezecția apicală constau în:

- A. Se evită înghețata
- B. Dieta din ziua intervenției va fi semilichidă, la temperatura camerei
- C. Se va evita clătirea gurii
- D. Se recomandă clătiri ușoare cu soluții antiseptice pe bază de clorhexidină
- E. Spălătul dinților este permis doar începând cu dimineața următoare după ziua intervenției, fără a leza zona operată.

(pag. 192) **B, C, D, E**

9. Fenomenele inerente reacției inflamatorii postoperatorii constau în:

- A. Edemul limbii
- B. Edemul postoperator
- C. Edemul faringelui
- D. Durerea postoperatorie
- E. Durerea intraoperatorie

(pag. 192) **B, D**

10. Complicații postoperatorii imediate sunt:

- A. Rizaliză fiziologică
- B. Hemoragie postoperatorie
- C. Edem
- D. Hematom
- E. Suprainfectare

(pag. 193) **B, C, D, E**



TEMA 5. TRATAMENTUL CHIRURGICAL PREPROTETIC (1, pag. 198-220)

1. Frenoplastia cu vestibuloplastie se indică în cazul:

- A. Frenurilor labiale cu inserție largă la nivelul mucoasei crestei alveolare
- B. Bridelor laterale localizate la nivelul fundurilor de sac vestibular maxilar
- C. Torusului palatin
- D. Torusului mandibular
- E. Exostozele

(pag. 199) **A, B**

2. Fibromatoza tuberozitară:

- A. Reprezintă o hiperplazie a mucoasei crestei alveolare din regiunea retromolară maxilară
- B. Este cauzată de regulă de traumatismele masticatorii.
- C. Se poate dezvolta în plan vertical, în plan transversal sau în ambele planuri
- D. Este malignă
- E. Clinic, leziunea este asimptomatică

(pag.204) **A, B, C, E**

3*. Plastia santurilor periosoase include:

- A. Corectarea chirurgicala a crestei balante
- B. Excizia fibromatozei gingivale
- C. Plastia santului pelvilingual
- D. Remodelarea procesului alveolar
- E. Extractia alveoloplastica

(pag 208) **C**

4*. Torusul mandibular este localizat:

- A. Pe versantul lingual al procesului alveolar mandibular uni- sau bilateral în zona canin-premolar
- B. Pe versantul vestibular al procesului alveolar mandibular în zona incisivo-canină



- C. Pe versantul lingual al procesului alveolar mandibular unilateral în zona molară
- D. Pe versantul lingual al procesului alveolar mandibular bilateral în zona incisivo-canină
- E. Pe coama crestei alveolare mandibulare uni- sau bilateral în zona canin-premolar

(pag 209) A

5.* După incizia mucoasei în plastia șanțului pelvilingual prin decolare suprapariostală se prepară:

- A. Lambouri totale vestibulare
- B. Lambouri totale linguale
- C. Lambouri parțiale vestibulare și linguale
- D. Doar lambouri parțiale vestibulare
- E. Doar lambouri parțiale linguale.

(pag 209) C

6*. Unul din principiile alveoloplastiei presupune:

- A. Decolare maxima a lamboului
- B. Cunoastere exacta a anatomiei zonei (vascularizatie si inervatie)
- C. Incizii vestibulare sau orale, cu incizii de descarcare
- D. Incizii pe coama crestei cu incizii de descarcare
- E. Dacă inciziile de descarcare nu pot fi evitate, baza lamboului trebuie sa fie mai mica decat celelalte laturi.

(pag 211) B

7. Extractia alveoloplastica presupune:

- A. Regularizarea osului alveolar
- B. Înainte de extractia dentara se realizeaza o incizie la nivelul festonului gingival
- C. Îndepartarea marginilor mucozale in exces
- D. Realizarea inciziilor de descarcare convergente spre fundul de sac vestibular
- E. Sutura plagii cu fire separate.

(pag 211) A, C, E



8. Avantajul extracției alveoloplastice constă în faptul că :

- A. Permite deretentivizarea corticalei vestibulare
- B. În aceeași etapă cu extracția dentară
- C. Fără a modifica înălțimea crestei, conservarea periostului și a vascularizației locale
- D. Reducând atrofia postextracțională
- E. Se decolează lambourile

(pag 212) **A, B, C, D**

9*. Alveoloplastia creștelor alveolare edentate:

- A. Indicată în cazul creștelor edentate regulate
- B. Se realizează în cazul creștelor alveolare ascuțite
- C. Are ca avantaj reducerea marcată a înălțimii creștelor alveolare
- D. Se realizează incizie vestibulară și orală
- E. Sutura lamboului doar cu fire separate.

(pag 214) **B**

10. Tuberooplastia:

- A. Se aplică rar
- B. Numai sub anestezie generală, din cauza riscului de hemoragie masivă din plexul venos pterigoidian
- C. După fractura rea apofizei pterigoide
- D. Cu rezecție modelantă
- E. Fără afectarea spinei nazale anterioare

(pag 217) **A, B, C**



TEMA 6. INFECȚII ORO – MAXILO – FACIALE (1, 242-268,270-288)

1. Flegmonul este:

- A. O colecție supurativă bine delimitată
- B. O supurație difuză, extensivă
- C. Prezintă în periferie o membrană piogenă
- D. O inflamație seroasă reversibilă
- E. Asociat cu sindromul toxico-septic

(pag. 245) **B, E**

2. Tratamentul abcesului vestibular constă în:

- A. Puncție
- B. Incizie, drenaj
- C. Tratamentul cauzei
- D. Extracția dintelui cauzal cu rol de drenaj al puroiului
- E. Antibioterapie susținută

(pag. 247) **B, C**

3. Cauzele infecției lojei submandibulare sunt:

- A. Generale
- B. Procese septice ale molarilor inferiori
- C. Imunodeficiența
- D. Litiata salivară
- E. Adenita supurată

(pag. 257) **B, D, E**

4. Supurațiile submandibulare pot fi drenate prin:

- A. Incizie cutanată
- B. Incizie intraorală paralinguală
- C. Incizie vestibulară la molar
- D. Incizie transfrenulară
- E. Incizie latero-cervicală

(pag. 258) **A, B**



5. Supurațiile spațiului masețerin au ca etiologie:

- A. Puncțiile anestezice
- B. Infecții la molarii inferiori
- C. Osteomielite ramului ascendent
- D. Tumori chistice osoase infectate
- E. Puncția sinusului maxilar

(pag. 261) **B, C, D**

6. Supurațiile difuze ale teritoriului OMF sunt:

- A. Abcesul spațiului pterigomandibular
- B. Angina Ludwig
- C. Flegmonul difuz hemifacial
- D. Abcesul spațiului submentonier
- E. Piodermita

(pag. 270) **B, C**

7. Complicațiile grave ale infecțiilor OMF sunt:

- A. Mediastinita
- B. Tromboza sinusului cavernos
- C. Abcesul cerebral
- D. Meningita
- E. Limfadenita

(pag. 275) **A, B, C, D**

8. Infecțiile specifice O.M.F.:

- A. Displazia fibroasă
- B. Sclerodermia
- C. Sifilisul
- D. Tuberculoza
- E. Actinomicoza

(pag. 285) **C, D, E**



TEMA 7. AFECȚIUNI DE ORIGINE MAXILARA ALE SINUSULUI MAXILAR (1, pag. 292-308)

1. În sinuzita maxilară de cauză dentară, factorul determinant poate fi:

- A. Necroza dentara a dintilor maxilari
- B. Parodontita apicala acuta a dintilor sinuzali
- C. Parodontita apicala cronica a dintilor sinuzali
- D. Incluzia dentara a caninilor maxilari
- E. Chistul radicular suprainfectat al dintilor maxilari sinuzali.

(pag. 295) **B, C, E**

2. În sinuzita maxilara de cauză dentară, factorul determinant poate fi:

- A. Osteita procesului alveolar al dintilor sinuzali
- B. Parodontita marginala cronica superficiala a dintilor maxilari
- C. Incluzia molarilor de minte maxilari
- D. Complicatia infectioasa a incluziei caninului superior
- E. Chistul radicular suprainfectat.

(pag. 295) **A, D, E**

3. În sinuzita maxilara de cauză dentară, factorul determinant poate fi:

- A. Obturatie de canal cu paste rezorbabile la dintii sinuzali
- B. Obturatie de canal cu depasire la dintii sinuzali
- C. Obturatie de canal incompleta la dintii sinuzali
- D. Lipsa obturatiei de canal la dintii stalpi sinuzali ai unor lucrari protetice vechi
- E. Niciuna dintre cele patru situatii de mai sus

(pag 295) **B, C, D**

4. În sinuzita maxilara de cauza dentara, factorul determinant poate fi:

- A. Fractura radiculara a dintilor sinuzali in timpul extractiei dentare
- B. Fractura peretelui alveolar in timpul extractiei dentare a dintilor sinuzali



- C. Perforatia spatiului interantral prin chiuretaj intempestiv
- D. Comunicarea oro-sinuzala post-extractiionala neobservata
- E. Comunicarea oro-sinuzala post-extractiionala incorect tratata.

(pag. 295) **D, E**

5*. In sinuzita maxilara de cauza dentara, factorul determinant poate fi:

- A. perforatia spatiului subantral prin chiuretaj intempestiv
- B. perforatia spatiului interantral prin chiuretaj intempestiv
- C. perforatia planseului nazal prin chiuretaj intempestiv
- D. impingerea unei radacini in sinusul maxilar in timpul extractiei dentare
- E. impingerea molarului de minte maxilar in sinus in timpul odontectomiei.

(pag. 295) **A**

6*. Procesul inflamator al mucoasei sinuzale in sinuzita maxilara acuta, trece prin trei faze succesive:

- A. Tumor, calor si dolor
- B. Exudativa, de granulare si epitelizare
- C. Marginatia fagocitelor, diapedeza fagocitelor si fagocitoza
- D. Permeabilitate vasculara, fagocitoza si citotoxicitate
- E. Congestiva, catarala si supurata.

(pag. 296) **E**

7. Mucoasa sinuzala in sinuzita maxilara cronica, este:

- A. Congestionata
- B. Hiperplaziata
- C. Cu formatiuni polipoide si chistice
- D. Sângerandă
- E. Îngrosata neuniform.

(pag. 296) **B, C, E**

8. În sinuzitele maxilare cronice reversibile se remarca:



- A. Disparitia partiala sau totala a cililor
- B. Scaderea vascozitatii mucusului
- C. Cresterea vascozitatii mucusului
- D. Scaderea IgA
- E. Cresterea IgA

(pag. 296) **A, C, E**



TEMA 8. TRAUMATOLOGIE ORO – MAXILO – FACIALĂ (1, pag.312-335, 361-369, 379-382, 388-394)

1. Factorii de risc pentru vindecarea întârziată a plăgilor sunt:

- A. Corpi străini restanți în plagă
- B. Diabetul zaharat
- C. Vârsta avansată
- D. Sutura primară a plăgii
- E. Hemoragii locale

(pag. 314) **A, B, C**

2. Fracturile de mandibulă sunt întâlnite mai frecvent:

- A. La sexul feminin
- B. La sugari
- C. La sexul masculin
- D. La adultul tânăr
- E. La nivelul apofizei coronoide

(pag. 315) **C, D**

3. Principala cauză a fracturilor de mandibulă este:

- A. Odontectomia molarului 3
- B. Agresiunile umane
- C. Starea generală a pacientului
- D. Leziunile mucoasei orale
- E. Accidente rutiere

(pag. 316) **B, E**

4. Factorii particulari ce determină scăderea rezistenței mandibulei sunt:

- A. Statusul dento – parodontal
- B. Implanturi dentare



- C. Prezența mugurilor dentari
- D. Purtătorii de proteze mobile
- E. Hemofilia

(pag. 316) **A, B, C**

5. Fracturile de mandibulă se produc prin următoarele mecanisme:

- A. Flexie
- B. Presiune
- C. Expulzie dentară
- D. Tasare
- E. Fracturi dentare

(pag. 316) **A, B, D**

6. Fracturile corpului mandibular sunt următoarele:

- A. Fracturi subcondiliene
- B. Fracturi mediene
- C. Fracturi paramediene
- D. Fracturi laterale
- E. Fracturi ale unghiului

(pag. 321) **B, C, D**

7. Fracturile condilului mandibular sunt:

- A. Subcondiliană joasă
- B. Ale colului condilului
- C. Intracapsulare
- D. Ale coronoidei
- E. Oblice ale ramului vertical

(pag. 321) **A, B, C**

8. Semnele clinice comune fracturilor de mandibulă sunt:



- A. Mobilitatea osoasă anormală
- B. Tulburări ale ocluziei dentare
- C. Jenă în respirație
- D. Șocul traumatic
- E. Fracturi ale oaselor lungi

(pag. 322) **A, B**

10. Diagnosticul fracturilor de mandibulă se stabilește pe:

- A. Simptomatologie clinică
- B. Investigații radiologice
- C. Examene imunologice
- D. Examen anatomo-patologic
- E. Examen microbiologic

(pag. 333) **A, B**

11. Fracturile parțiale ale maxilarului sunt:

- A. Perforații ale bolții palatine
- B. Le Fort I
- C. Fractura tuberozității
- D. Disjuncția intermaxilară
- E. Fractura crestei alveolare

(pag. 362 – 363) **A, C, E**

12. Diagnosticul fracturilor de maxilar se stabilește pe baza:

- A. Semnelor clinice orale
- B. Mobilitatea molarului 3 inferior
- C. Epistaxis
- D. Investigațiilor radiologice
- E. Examenul sângelui

(pag. 369) **A, C, D**



13. Tipuri de investigații radiologice obligatorii în fracturile de malar:

- A. Incidența semiaxială Hirtz
- B. CT cu reconstrucție tridimensională
- C. Ortopantomografia
- D. Radiografii ale ATM
- E. Radiografii retrodentare

(pag. 382) **A, B**



TEMA 9. CHISTURI SI TUMORI BENIGNE ALE PARTILOR MOI ORALE SI CERVICO-FACIALE (pg.402-404, pg. 406-426, pg. 428-433, pg. 437-443)

1. Epulis:

- A. Este un termen generic care definește o excrescență cu aspect tumoral
- B. Se dezvoltă din osul maxilarelor
- C. Este localizat la nivelul părților moi ale crestei alveolare
- D. Denumirea are la bază criterii clinice
- E. Este o tumoră malignă a mucoasei orale

(pag.416) **A, C, D**

2. Hiperplazia fibroasă inflamatorie:

- A. Este localizată la nivelul fundului de sac vestibular
- B. Apare datorită instabilității unei proteze dentare mobile
- C. Apare la tineri
- D. Leziunea are consistență fluctuantă
- E. Poate interesa întregul șanț vestibular

(pag. 417) **A, B, E**

3. Epulis fissuratum:

- A. Este o leziune de natură microbiană
- B. Poate prezenta și zone ulcerate
- C. Tratatamentul presupune excizia în totalitate a zonei hiperplazice
- D. Nu se impune purtarea protezei dentare imediat postoperator
- E. Este obligatoriu examenul histopatologic al piesei extirpate

(pag. 417-418) **B, C, E**

4. Granulomul piogen:

- A. Este o hiperplazie reactivă a mucoasei orale



- B. Are o etiologie infecțioasă
- C. Este o hiperplazie cu aspect granulomatos
- D. Trebuie diferențiat de botriomicom
- E. Poate fi sesil sau pediculat

(pag. 419) **A, C, E**

5. Diagnosticul diferențial al fibromului osifiant periferic trebuie făcut cu:

- A. Epulisul granulomatos
- B. Epulisul cu celule gigante
- C. Granulomul central cu celule gigante
- D. Tumora brună
- E. Tumori maligne ale mucoasei gingivale în perioada de debut

(pag. 421) **A, B, E**

6. Granulomul periferic cu celule gigante:

- A. Este o leziune hiperplazică
- B. Nu are etiologie iritativă
- C. Apare la orice vârstă
- D. Este localizat pe creasta alveolară edentată
- E. Este frecvent pediculat

(pag. 421) **A, C, D**



TEMA 10. CHISTURI, TUMORI BENIGNE ȘI OSTEOPATII ALE OASELOR MAXILARE (1, pag. 450-471, 474-485, 488-510, 512-517)

1. Chisturile odontogene de origine inflamatorie sunt:

- A. Chistul radicular
- B. Chistul colateral inflamator
- C. Chistul rezidual
- D. Chistul globulo-maxilar
- E. Chistul anevrismal

(pag. 450) **A, B, C**

2. Cheratochisturile dau imagini radiografice radiotransparente:

- A. Unice sau multiple zone de radiotransparență
- B. Cu contur neregulat
- C. În formă de pară
- D. Cu resorbția rădăcinilor dinților adiacenți
- E. Conținând cantități variabile de material opac

(pag. 452) **A, D**

3. Aspectul radiologic tipic al chistului dentiger este:

- A. Radiotransparență uniloculară
- B. Radiotransparență multiloculară
- C. Înconjoară coroana unui dinte inclus
- D. Dintele cauzal erupt
- E. Absența dintelui cauzal

(pag. 456) **A, C**

4. Chisturile neodontogene sunt:

- A. Cheratochisturi
- B. Chistul median palatinal



- C. Chistul nazo-labial
- D. Chistul nazo-palatin
- E. Chist osos esențial

(pag. 464) **B, C, D**

5. Chistul globulo-maxilar este:

- A. Keratochist odontogen
- B. Chist neodontogen
- C. Chist radicular sau parodontal
- D. Pseudochist
- E. Defect osos

(pag. 465) **A, C**

6. Chistul radicular are următorul aspect radiografic:

- A. Radiotransparență rotundă sau ovală
- B. Nu are relații cu dinții
- C. Are contur policiclic
- D. Are forma de inimă
- E. Radiotransparență periapicală

(pag. 466) **A, E**

7. Peretele chistului radicular este format din:

- A. Epiteliu pavimentos stratificat
- B. Zone de calcificare (corpi Rushton)
- C. Strat conjunctiv fibros
- D. Cristale de colesterină
- E. Fibre dense de colagen

(pag. 469) **A, B, C, E**

8. Diagnosticul diferențial al chistului radicular se face cu:



- A. Chistul dermoid
- B. Chisturile osoase
- C. Sinusul maxilar normal
- D. chistul mucoid
- E. chistul folicular

(pag. 469) **B, C**

9. Chistul rezidual este:

- A. Chist radicular persistent dupa extracția dentară
- B. Chistul persistent dupa odontectomia molarului 3 inferior
- C. Chist radicular persistent după tratamentul endodontic
- D. Chist parodontal
- E. Tumoră a oaselor maxilare

(pag. 470) **A, C**

10. Diagnosticul diferențial al chistului rezidual se face cu:

- A. Chistul periapical
- B. Chistul osos anevrismal
- C. Keratochist odontogen primordial
- D. Leziuni osteogene maxilare
- E. Chist parodontal

(pag. 470) **A, B, C**

11. Formele anatomo-clinice ale ameloblastomului sunt:

- A. Intraosos solid (multichistic)
- B. Intraosos unichistic
- C. Extraosos (periferic)
- D. Angiomatos
- E. Cu celule gigant

(pag. 474) **A, B, C**



TEMA 11. TUMORI MALIGNE ORO - MAXILO – FACIALE (1, pag. 545-584)

1*. În cazul tumorilor maligne de oase maxilare, durerea foarte violentă (în special nocturnă), poate fi orientativă pentru un diagnostic de:

- A. Limfosarcom
- B. Osteosarcom
- C. Fibrosarcom
- D. Metastază osoasă
- E. Fibrom osifiant

(pag. 555) **B**

2*. Care este leziunea cu potențial de malignizare în cazul tumorilor maligne ale buzelor?

- A. Chistul mucoid
- B. Papilomul
- C. Cheilita actinică
- D. Herpesul
- E. Cheilita angulară

(pag. 556) **C**

3*. Cel mai frecvent tip de tumoră malignă la nivelul tegumentelor cervico-faciale este:

- A. Carcinomul scuamocelular
- B. Keratoacantomul
- C. Nevul melanocitic
- D. Melanomul
- E. Carcinomul bazocelular

(pag. 557) **E**

4*. Biopsia excizională este indicată în:

- A. Leziuni tumorale extinse
- B. Tumori cu un diametru de până la 1 cm



- C. Tumori inoperabile
- D. Tumori la care se urmărește reconversia tumorală
- E. Tumori dureroase

(pag. 562) **B**

5*. Care este indicele descriptiv conform stadializării TNM în cazul decelării clinice a unui ganglion ipsilateral cu diametrul cuprins între 3 și 6 cm?

- A. N3
- B. N2b
- C. N2c
- D. N2a
- E. N1

(pag. 566) **D**



TEMA 12. PATOLOGIA ARTICULAȚIEI TEMPORO – MANDIBULARE (1, pag. 679-685, 687-693, 695-702)

1. *Factorii etiologici ai patologiei articulare:

- A. Hipoplazia ramului mandibular
- B. Hiperplazia condiliană
- C. Hiperplazia ramului mandibular
- D. Nevralgia trigeminală
- E. Chisturi benigne

(pag. 686) **B**

2. *Diagnosticul diferențial în luxația anterioară:

- A. Parestezii faciale
- B. Paralizii faciale
- C. Hiperestezii
- D. Fractura maxilară
- E. Fractura ramurei bazilare mandibulare

(pag. 689) **B**

3. Dintre leziunile inflamatorii ale articulației temporo-mandibulare enumerăm:

- A. Luxația laterală
- B. Artrita infecțioasă nespecifică
- C. Capsulita
- D. Inflamația meniscului articular
- E. Artrita hiperuremica (gutoasă)

(pag. 695-698) **B, C, E**

4. Constricția mandibulară este de cauza:

- A. Cutaneo-mucoasă
- B. Dentară



- C. Musculară
- D. Ischemică
- E. Periarticulară

(pag. 699) **A, C, E**

5. Diagnosticul diferențial al constricției mandibulare se face cu:

- A. Paralizii faciale
- B. Trismus
- C. Anchiloza temporo-mandibulară unilaterală
- D. Fractura subcondiliană
- E. Luxatia anterioara unilaterală

(pag. 699-700) **B, C**

6. Indicațiile absolute ale artroscopiei:

- A. Deplasări anterioare fără reducere ale discului
- B. Artrite
- C. Liza aderențelor
- D. Luxații cronice recidivante
- E. Lavajul articulației temporo – mandibulare

(pag. 705) **C, E**



TEMA 13. PATOLOGIA GLANDELOR SALIVARE (1, pag. 719-720, 723-738, 744-753, 760-770)

1. Virusurile implicate în parotidita epidemică sunt:

- A. Virusul urlian
- B. Citomegalovirusuri
- C. Herpesvirusul
- D. Papilomavirusul
- E. Virusul Coxsackie

(pag. 734) **A, B, E**

2. Flora bacteriană implicată în apariția sialadenitelor nespecifice poate fi reprezentată de:

- A. E. Coli
- B. Klebsiella
- C. Stafilococul auriu
- D. Proteus
- E. Streptococul beta-hemolitic

(pag. 735) **A, B, C, D**

3. Bacteriile din specia Actynomices implicate în etiologia parotiditelor sunt:

- A. A. Naeslundii
- B. A. Dentalis
- C. A. Israelii
- D. A. Howellii
- E. A. Turicensis

(pag. 737) **A, C**

4. Parotidita sifilitică terțiară se prezintă sub următoarele forme clinice:

- A. Forma circumscrișă
- B. Parotidita difuză



- C. Goma sifilitică
- D. Forma pseudotumorală
- E. Parotidita recurentă juvenilă

(pag. 737) **B, C, D**

5*. Adenomul pleomorf parotidian:

- A. Debutază cel mai adesea în lobul profund
- B. Se prezintă inițial ca un nodul solitar, de mici dimensiuni
- C. Are consistență dură și este dureros
- D. Determină tulburări motorii pe traiectul nervului facial
- E. Tegumentul aderă de formațiunea tumorală.

(pag. 744) **B**



TEMA 14. TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL ANOMALIILOR DENTO – MAXILARE SEVERE (1, pag. 787-816)

1. Tratamentul chirurgical al anomaliilor dento-maxilare de clasa a III-a vizează:

- A. Retrudarea maxilarului
- B. Înălțarea maxilarului
- C. Avansarea maxilarului în cazurile cu retrognatism maxilar
- D. Retrudarea mandibulei prognate
- E. Avansarea mandibulei prognate.

(pag. 796) **C, D**

2. În anomaliile de clasa a III-a Angle tratamentul ortodontic prechirurgical urmărește:

- A. Refacerea contururilor osoase
- B. Repoziționarea punctelor cranometrice
- C. Decompensarea anomaliei
- D. Corectarea formei arcadelor
- E. Alinierea dentară

(pag. 796) **C, D, E**

3. Caracteristic anomaliilor dento-maxilare de clasa a II-a sunt următoarele situații:

- A. Hiperplazie mandibulară
- B. Hipoplazie mandibulară
- C. Aspect clinic cu profil de pasare
- D. Profil facial accentuat convex
- E. Profil facial accentuat concav

(pag. 804) **B, C, D**

4. Următoarele situații clinice corespund anomaliilor dento-maxilare de clasa a II-a:

- A. Prognatism maxilar
- B. Retrognatism mandibular



- C. Asocierea între acestea
- D. Prognatism mandibular
- E. Retrognatism maxilar.

(pag. 804) A, B, C

5. Tratatamentul chirurgical al anomaliilor de clasa a II-a vizează:

- A. Retrudarea mandibulei retrognate
- B. Avansarea maxilarului prognat
- C. Asocierea între ultimele două
- D. Avansarea mandibulei retrognate
- E. Retrudarea maxilarului prognat

(pag. 805) C, D, E



TEMA 15. DESPICATURI LABIO - MAXILO – PALATINE (1, pag. 824-855)

1. Despicătura palatină – manifestări clinice:

- A. Hemimaxilarul de partea sănătoasă este normal dezvoltat
- B. Ambele maxilare sunt hipoplazice
- C. Numai maxilarul de partea afectată este hipoplazic
- D. Lipsește fuziunea între palatul primar și secundar
- E. Modificările osoase depind de mărimea despicăturii și de acțiunea limbii și a musculaturii periorale asupra segmentelor despicate

(pag. 842) **A, C, D, E**

2. Despicătura palatina submucoasă:

- A. Reprezintă despicătura palatului dur
- B. Reprezintă despicătura în formă minimă, ”schițată,,
- C. Lueta bifidă însoțește un tablou complex
- D. Lueta bifidă este adesea unicul semn clinic
- E. Există uneori o non-fuziune a musculaturii velare, cu integritatea mucoasei, ceea ce dă un aspect translucid vălului.

(pag. 842) **B, D, E**

3*. Despicătura palatină simplă:

- A. Reprezintă despicătura unilaterală a palatului dur
- B. Reprezintă despicătura pe linia mediană a palatului dur
- C. Reprezintă despicătura unilaterală a palatului moale
- D. Reprezintă despicătura pe linia mediană a palatului moale
- E. Se mai numește și palatoschizis.

(pag. 842) **D**

4. Despicătura palatină unilaterală totală:



- A. Interesează vălul palatin, palatul secundar, osul alveolar
- B. Interesează vălul palatin, palatul secundar, premaxila și buza unilateral
- C. Tratamentul chirurgical se efectuează într-o singură ședință pentru restabilirea cât mai precoce a funcțiilor
- D. Tratamentul chirurgical este complex și etapizat
- E. Tratamentul ortopedic este de elecție.

(pag. 845) **B, D**

5. Despicătura palatină alveolară:

- A. Se asociază cu despicăturile de buză
- B. Nu se asociază cu despicăturile de buză
- C. Osteoplastia osului alveolar se indică a fi realizată odată cu labioplastia la 6 ani
- D. Osteoplastia osului alveolar se indică a fi realizată la 6 luni nefiind însoțită de labioplastie
- E. Osteoplastia se indică a fi realizată odata cu labioplastie la 6 luni.

(pag. 846) **A, E, C**



**TEMA 16. DUREREA ÎN TERITORIUL ORO- MAXILO - FACIAL
(1, pag. 916-919)**

1. Nevralgia de trigemen este de cauză:

- A. Neurogenă
- B. Somatică
- C. Psihogenă
- D. Occipitală
- E. Prin compresia nervului trigemen

(pag. 916) **A, E, B**

2*. Vîrsta medie la debutul nevralgiei idiopatice de trigemen este:

- A. Între 52 și 58 ani
- B. Între 40 și 50 ani
- C. Între 65 și 70 ani
- D. Între 70 și 75 ani
- E. Între 20 și 30 ani

(pag. 916) **A**

3. Nevralgia trigeminală secundară se datorează:

- A. Scleroză multiplă (la tineri);
- B. Leziuni structurale demonstrate al ganglionului Gasser;
- C. Neurinom de trigemen
- D. Cauzelor dentare
- E. Leucemie

(pag. 917) **A, B**

4. Tratamentul nevralgiei de trigemen:

- A. Extracția dentară



Universitatea „Apollonia” din Iași
EUROPEAN BUSINESS ASSEMBLY, prin SOCRATES COMMITTEE OF OXFORD, a declarat
UNIVERSITATEA APOLLONIA „BEST REGIONAL UNIVERSITY”

Str. Muzicii nr. 2, Iași, 700399
Tel: 0232/210.310; Fax: 0232/210.310
E-mail: secretariat@univapollonia.ro
www.univapollonia.ro



- B. Tratament medicamentos
- C. Tratament chirurgical
- D. Electroliza
- E. Sialadenectomie

(pag. 918) **B, C**



TEMA 17. METODELE LOCALE DE PREVENIRE A CARIEI DENTARE DIN SANTURI SI FOSETE (2, integral)

1. Prevalența și incidența crescută a cariei ocluzale se datoresc interacțiunii următorilor factori:

- A. Imposibilității realizării unei curățiri foarte bune
- B. Poziției posterioare a dintelui pe arcada dentară
- C. Capacității de reținere a microorganismelor și alimentelor (în fosetele și șanțurile adânci)
- D. Concentrației mai mici a fluorului în smalțul ocluzal decât în cel proximal
- E. Cantității de smalț mai mici între suprafața dintelui și joncțiunea smalț/dentină în cazul șanțurilor (comparativ cu cantitatea de la celelalte suprafețe)

(pag. 7- 8) **A, C, D, E**

2. Tehnica odontotomiei profilactice constă în:

- A. Prepararea mecanică a tuturor șanțurilor și fosetelor dinților nou erupți
- B. Pregătirea unor cavități superficiale
- C. Obturarea cavităților cu materiale compozite fotopolimerizabile
- D. Crearea unei cavități minime imediat după apariția unui proces carios
- E. Lărgirea șanțurilor și fosetelor adânci cu instrumentar rotativ

(pag. 11) **A, B**

3. Indicațiile odontotomiei profilactice sunt:

- A. Copii cu policarii care au o igienă orală proastă
- B. Copii handicapați psihic
- C. Existența unor dubii în legătură cu prezența sau absența unei carii
- D. Imposibilitatea efectuării unor controale periodice regulate
- E. Pe dinți ce prezintă carii profunde

(pag. 11) **A, B, C, D**

4. Calitățile unui material de sigilare sunt:

- A. Calități fizionomice satisfăcătoare
- B. Fluiditate



- C. Aderență bună la suprafețele gravate
- D. Expansiune termică crescută
- E. Să nu perturbe ocluzia

(pag. 15) **A, B, C, E**

6. Dintre timpii operatori ai sigilării fac parte:

- A. Curățirea suprafețelor dentare cu paste ce conțin fluor
- B. Izolarea
- C. Gravajul acid al suprafeței de smalț cu H₃PO₄ 20- 30%
- D. Controlul în relație ocluzală
- E. Controale periodice

(Pag. 33) **B, D, E**

7. Timpul de spălare a acidului folosit în gravaj este de:

- A. 60 secunde dacă demineralizantul a fost sub formă de soluție (după Meixlor citat de McDonald și Avery)
- B. 90 secunde dacă demineralizantul a fost sub formă de gel (după Meixlor citat de McDonald și Avery)
- C. 20 secunde (Bratu și colab.)
- D. 60 secunde pentru dinții permanenți
- E. 120 secunde pentru dinții temporari

(Pag. 39) **A, B, C**

8. La controalele periodice, o sigilare poate fi verificată astfel:

- A. Clinic, prin examen cu sonda
- B. Paraclinic, prin utilizarea de fuxină bazică 0,25%
- C. Clinic, prin inspecție
- D. Paraclinic, prin utilizarea de izotopi radioactivi C¹⁴, S³⁵
- E. Paraclinic, prin utilizarea de raze X

(Pag. 41) **A, B, D, E**



9.* O sigilare efectuată corect durează:

- A. Șase luni
- B. Câțiva ani
- C. Aproximativ un an
- D. Până la atriția dinților
- E. Variabil în funcție de materialul utilizat

(Pag. 42) **B**

10. Sigilarea se recomandă în următoarele situații clinice:

- A. Șanțuri și fosete adânci în formă de "I", amforă, picătură
- B. Când sonda „agață” dar nu sunt alte semne de carie dentară
- C. Șanțuri și fosete aberante
- D. Persoane care prezintă semne de activitate carioasă scăzută
- E. Șanțuri și fosete adânci cu proastă coalescență

(Pag. 56) **A, B, C, E**

11. Obturațiile preventive cu rășini tip A se realizează:

- A. Când leziunea de carie în șanț și fosetă este minimă
- B. Când leziunea de carie în șanț și fosetă este cantonată numai în smalț
- C. Atât pe suprafețele ocluzale cât și pe cele proximale ale molarilor
- D. Când există dubii în privința existenței cariei
- E. Când leziunea a traversat joncțiunea amelo-dentinară

(Pag 63) **A, B, D**

12. Tehnica obturației preventive cu rășini constă în:

- A. Periaj profesional cu pastă cu fluor
- B. Îndepărtarea țesutului alterat
- C. Aplicarea obturației de bază când procesul carios a ajuns la dentină
- D. Demineralizarea smalțului și a dentinei
- E. Obturarea cavității cu material compozit granular și sigilarea șanțurilor și fosetelor ocluzale cu material compozit negranular



(Pag. 63) **B, C, D, E**

13. Cerințele obturațiilor preventive cu rășini sunt:

- A. Diagnostic corect
- B. Experiență clinică
- C. Respectarea tuturor detaliilor de tehnică
- D. Igienă orală foarte bună
- E. Sursă de iluminare naturală

(Pag. 68) **A, B, C, D**



TEMA 18. ROLUL FACTORILOR FUNCTIONALI IN FORMAREA APARARULUI DENTO-MAXILAR (3, pag.315-392, 405-417, 433-445)

1. Pasajul aerian nazo-faringian poate realiza adaptarea curentului de aer datorită:

- A. Arhitectonicii speciale
- B. Structurii osului maxilar
- C. Funcțiilor glandulare
- D. Țesutului venos erectil
- E. Poziției mandibulare

(pag. 318) A, C, D

2. Trecerea coloanei de aer prin cavitatea orală se soldează cu deficiențe în ceea ce privește:

- A. Reglarea cantității de aer
- B. Umectarea și sterilizarea aerului
- C. Reducerea globală a debitului de aer la nivel pulmonar
- D. Structura osului alveolar
- E. Tulburări de erupție dentară

(pag. 321) A, B, C

3. Aerul inspirat pe gură are ca efect:

- A. O acțiune directă asupra bolții palatine
- B. Lipsa de eficiență a buzei superioare
- C. Retroalveolodonția superioară
- D. Ocluzia adâncă acoperită
- E. Efectul de tiraj asupra aerului aflat în cavitățile nazale și sinusale

(pag. 323) A, B, C

4. Alimentarea artificială a sugarului prezintă unele inconveniente:

- A. Copilul execută mișcări de retropulsie



- B. Ingestia unei cantități de aer (aerofagie)
- C. Creșterea secreției salivare
- D. Absența stimulilor funcționali de propulsie a mandibulei
- E. Prezența deformației rahitice a maxilarelor

(pag. 332) **A, B, D**

5. Intensitatea forțelor masticatorii ca factori predispozanți pentru producerea anomaliilor dento-maxilare intervin prin mai multe căi:

- A. Musculatura masticatorie și oasele maxilare sunt dezvoltate mai puțin
- B. Abraziunea fiziologică lipsește sau este foarte redusă
- C. Apariția ocluziei adânci acoperite
- D. Apariția hipersecreției salivare
- E. Migrări verticale și orizontale ale dinților cu apariția blocajelor în mișcările mandibulei

(pag. 341) **A, B, E**

6. Anomaliile dento-maxilare pot micșora eficiența masticatorie prin mai multe mecanisme:

- A. Reducerea suprafeței de contact ocluzal
- B. Absența sau dificultatea de efectuare a unor mișcări masticatorii
- C. Limitarea mișcărilor masticatorii prin blocaje
- D. Dinții pot leza direct mucoasa de pe maxilarul antagonist
- E. Prezența ocluziei echilibrate

(pag. 345) **A, B, C, D**

7. Prelungirea și permanentizarea stadiului de deglutiție infantilă s-ar datora următoarelor cauze:

- A. Întârzieri în maturizarea musculară și nervoasă
- B. Prezența tulburărilor rino-faringiene
- C. Un potențial de creștere normal
- D. Prezența echilibrului între musculatura extra-orală și a limbii
- E. Obiceiul vicios de sugere a degetului

(pag. 360) **A, B, E**

8. Dislalia parțială poate îmbrăca forme variate :



- A. Sigmatismul
- B. Rotacismul
- C. Dislalia labialelor
- D. Rinolalia închisă
- E. Disritmiile

(pag. 384) **A, B, C**

9. Mușchii aparatului dento-maxilar au o influență complexă asupra oaselor maxilare în dinamică prin următoarele modalități:

- A. Prin intermediul inserțiilor osoase
- B. Prin intermediul articulației temporo-mandibulare
- C. Prin aplicarea directă a presiunilor musculare pe suprafețele osoase
- D. Prin poziția de echilibru a mandibulei
- E. Prin aplicarea indirectă a forțelor musculare prin intermediul sistemului dentar

(pag. 405) **A, C, E**

10. Principiile comune tuturor tipurilor de aparate funcționale sunt:

- A. Declanșează în mod reflex contracții musculare
- B. Descompune forțele verticale
- C. Contribuie la normalizarea funcțiilor perturbate
- D. Stimularea erupției dentare
- E. Expansiunea activă a maxilarelor

(pag. 416) **A, B, C**

11. Consecințele obiceiului de sugere a policelui sunt:

- A. Tonusul labial scăzut
- B. Modificarea ariei de acțiune (incompetența labială)
- C. Retrodenția superioară
- D. Tip anormal de deglutiție (sindrom protruziv anterior)
- E. Prognația mandibulară funcțională



(pag. 439) **A, B, D**

12. Pentru producerea unei anomalii dento-maxilare prin obiceiuri vicioase trebuie întrunite mai multe condiții:

- A. Intensitatea și durata cu care este practicat
- B. Factor teren, plasticitatea oaselor maxilare
- C. Poziția de echilibru a mandibulei
- D. Bilanțul forțelor oro-faciale
- E. Modelarea funcțională a articulației temporo-mandibulare

(pag. 444) **A, B, D**

13. Prezența vegetațiilor limfo-epiteliale ce împiedică funcția respiratorie poate determina:

- A. O deplasare înainte a mandibulei
- B. Întârziere în erupția dentară
- C. Prezența tulburărilor de fonație
- D. O extensie a capului
- E. O deplasare distală a mandibulei

(pag. 325) **A, D, E**



TEMA 19. DEZVOLTAREA OCLUZIEI DENTATE (4, PAG. 35-49)

1. Prin erupția molarilor de 6 ani se produc următoarele schimbări dento-alveolare și dento-dentare importante:

- A. Reducerea spațiului primat;
- B. Modificarea lungimii arcadei;
- C. A doua mezializare a ocluziei dentare;
- D. Modificarea formei arcadei;
- E. A doua înălțare a ocluziei dentare.

(pag. 48-49) A, B, D, E

2. Prin erupția molarilor de 6 ani se produc următoarele schimbări dento-alveolare și dento-dentare importante:

- A. Reducerea spațiului primat;
- B. Modificarea lungimii arcadei;
- C. A doua mezializare a ocluziei dentare;
- D. Modificarea formei arcadei;
- E. Prima înălțare a ocluziei dentare.

(pag. 48) A, B, D

3. În prima etapă a dentiției mixte se instalează o ocluzie inversă frontală dacă există:

- A. O malocluzie clasa a III-a transmisă ereditar
- B. Un comportament muscular anormal
- C. Decalaje mari între erupția grupului incisiv inferior și superior
- D. O ocluzie cap la cap
- E. O ocluzie adâncă

(Pag. 41) A, B, C, D

4. Erupția primilor molari permanenți poate produce:

- A. A doua mezializare a mandibulei
- B. A doua înălțare a ocluziei dentare
- C. Reglarea tridimensională a arcadei dento-alveolare
- D. Deglutiția de tip adult
- E. Reglarea relației de postură



(pag. 48) **B, C**

5. Erupția molarilor doi permanenți poate produce:

- A. A doua mezializare a mandibulei
- B. A doua înălțare a ocluziei dentare
- C. Reglarea tridimensională a arcadei dento-alveolare
- D. Încheierea fenomenelor dezvoltării dentiției
- E. A treia înălțare a ocluziei dentare

(pag. 48) **D, E**

6. Absența spațiului pentru erupția molarilor trei permanenți poate produce:

- A. Incongruența dento-alveolară terțiară
- B. Deschiderea ocluziei frontale
- C. Reglarea tridimensională a arcadei dento-alveolare
- D. Încheierea fenomenelor dezvoltării dentiției
- E. A treia înălțare a ocluziei dentare

(pag. 53) **A, B**

7. Absența spațiului pentru erupția molarilor trei permanenți poate produce:

- A. Agravarea fenomenelor existente în interiorul arcadei dentare
- B. Deschiderea ocluziei frontale
- C. Reglarea tridimensională a arcadei dento-alveolare
- D. Încheierea fenomenelor dezvoltării dentiției
- E. A treia înălțare a ocluziei dentare

(pag. 53) **A, B**

8. Evoluția relației ocluzale a molarilor primi permanenți depinde de următorii factori:

- A. Creșterea scheletală
- B. Deschiderea ocluziei frontale
- C. Reglarea tridimensională a arcadei dento-alveolare
- D. Valorile dimensionale ale dinților temporari și permanenți
- E. A treia înălțare a ocluziei dentare

(pag. 45) **A, D**



9. Evoluția relației ocluzale a molarilor primi permanenți depinde de următorii factori:

- A. Agravarea fenomenelor existente în interiorul arcadei dentare
- B. Spațiul de derivă Nance
- C. Reglarea tridimensională a arcadei dento-alveolare
- D. Încheierea fenomenelor dezvoltării dentiției
- E. Creșterea scheletală

(pag. 35-49) **B, E**

10*. Spațiul de derivă sau de rezervă Nance rezultat din diferența diametrelor mezio-distale ale dinților deciduali și permanenți pe maxilar este de:

- A. 1,7 – 2
- B. 0,9 – 2
- C. 0,9 – 1,5
- D. 1,7 – 4
- E. 0,9 – 1,7

(pag. 50) **C**

11*. Spațiul de derivă sau de rezervă Nance rezultat din diferența diametrelor mezio-distale ale dinților deciduali și permanenți pe mandibulă este de:

- A. 1,7 – 2-4
- B. 1,7 – 2
- C. 0,9 – 1,5
- D. 1,7 – 4
- E. 0,9 – 1,7

(pag. 50) **A**

12*. Prima perioadă a dentiției mixte este în intervalul de vârstă:

- A. 6 și 10 ani
- B. 9 și 11 ani
- C. 6 și 8 ani
- D. 6 și 9 ani
- E. 8 și 10 ani

(pag. 44) **D**

13*. A doua perioadă a dentiției mixte este în intervalul de vârstă:



- A. 6 și 10 ani
- B. 9 și 11 ani
- C. 9 și 12 ani
- D. 6 și 9 ani
- E. 8 și 10 ani

(pag. 44) **B**

14*. Planul postlacteal în treaptă mezializată oferă un raport molar:

- A. Cuspid în șantul intercuspidian
- B. Mezializat
- C. Distalizat
- D. Cuspid la cuspid
- E. Psalidodont

(pag. 44) **A**

15*. Planul postlacteal în treaptă distalizată oferă un raport molar:

- A. Cuspid în șanșul intercuspidian
- B. Mezializat
- C. Distalizat
- D. Cuspid la cuspid
- E. Neutral

(pag. 37) **C**



TEMA 20. ETIOPATOGENIA ANOMALIILOR DENTO-MAXILARE, FACTORI LOCALI (4, pag.73-76)

1. Factorii locali incriminați în producerea anomaliilor dento-maxilare sunt:

- A. Retenția prelungită a dinților temporari
- B. Modificarea lungimii arcadei
- C. Caria dinților temporari
- D. Modificarea formei arcadei
- E. Pierderea prematură a dinților temporari

(pag. 73-76) **A, C, E**

2. Caria dinților temporari și consecințele ei are ca efect pierderea funcției:

- A. De deglutiție
- B. Masticatorie
- C. Fizionomice
- D. Fonatorie
- E. Respiratorie

(pag. 73) **B, C**

3. Caria dinților temporari și consecințele ei are ca efect pierderea:

- A. Relației tridimensionale a ocluziei dentare
- B. Funcției respiratorii
- C. Funcției de deglutiție
- D. Dimensiunii verticale faciale
- E. Funcției fonatorii

(pag. 73) **A, D**

4. Întârzierea erupției dinților permanenți poate produce:

- A. Bariere osoase
- B. Migrarea dinților limitrofi



- C. Bariere fibroase
- D. Migrarea dinților antagoniști
- E. Interpoziții ale părților moi

(pag. 74) **B, D**

5. Întârzierea erupției dinților permanenți poate produce:

- A. Angrenaje inverse
- B. Migrarea dinților limitrofi
- C. Ocluzia distalizată
- D. Migrarea dinților antagoniști
- E. Interpoziții ale părților moi

(pag. 74) **A, B, D, E**

6*. Caria aproximală din zona de sprijin lateral poate produce:

- A. Incluzia dintelui permanent
- B. Deschiderea ocluziei dentare
- C. Pierderea spațiului de rezervă Nance
- D. Instalarea disfuncției fonatorii
- E. Instalarea ocluziei adânci

(pag. 73) **C**

7*. Traumatismele dinților temporari pot produce:

- A. Supraerupția antagoniștilor
- B. Scurtarea arcadei dentare
- C. Malpoziția dintelui permanent
- D. Dezechilibru în dinamica mandibulară
- E. Instalarea ocluziei adânci

(pag. 73) **C**

8*. Perturbarea timpului de exfoliere a dinților temporari poate produce:



- A. Supraerupția antagoniștilor
- B. Scurtarea arcadei dentare
- C. Malpoziția dintelui permanent
- D. Incongruența dento-alveolară
- E. Instalarea ocluziei adânci

(pag. 73-76) **D**

9*. Inserția frenului buzei superioare pe creastă poate produce:

- A. Supraerupția antagoniștilor
- B. Disarmonia dento-alveolară cu spațiere frontală
- C. Malpoziția dintelui permanent
- D. Incongruența dento-alveolară
- E. Instalarea ocluziei adânci

(pag. 74) **B**

10*. Incisivul lateral superior în formă de cui poate produce:

- A. Obstacole în dezvoltarea ocluziei dentare
- B. Incongruența dento-alveolară
- C. Diastema interincisivă
- D. Incluzie dintelui permanent
- E. Supraerupția antagoniștilor

(pag.74) **C**



TEMA 21. CLASIFICAREA ANOMALIILOR DENTO-MAXILARE (4, pag. 77-83)

1. Care terminologie este corectă pentru caracterizarea profilului labial?

- A. Procheilie
- B. Retrognație
- C. Vetibulo-versie
- D. Retrocheilie
- E. Endocheilie

(pag. 81) A, D

2 Care terminologie este corectă pentru caracterizarea profilului bazelor scheletale?

- A. Progenie
- B. Retrognație
- C. Exognatie
- D. Endoalveolie
- E. Prognatie

(pag. 81) B, E

3. Care terminologie este corectă pentru caracterizarea profilului arcadelor alveolare?

- A. Progenie
- B. Retroalveolie
- C. Exognatie
- D. Endoalveolie
- E. Proalveolie

(Pag 81) B, E

4. Care terminologie este corectă pentru caracterizarea bazelor scheletale?

- A. Progenie
- B. Retrognație
- C. Exognatie



- D. Endoalveolie
- E. Prognatie

(pag. 81) **B, C, E**

5. Care terminologie este corectă pentru caracterizarea mișcărilor dentare în sens orizontal?

- A. Vestibulo-versie
- B. Suprapoziție
- C. Mezio-palato-rotăție
- D. Palato-gresie
- E. Mezio-gresie

(pag. 81) **A, D, E**

6. Care terminologie este corectă pentru caracterizarea ocluziei dentare?

- A. Vestibulo-versie
- B. Disto-ocluzie
- C. Infra-ocluzie
- D. Palato-gresie
- E. Egresie

(pag. 81) **B, C**

7*. Relația de ocluzie neutrală (cheia lui Angle) este definită prin:

- A. Poziția vârfului cuspidului mezio-vestibular al molarului prim permanent superior în dreptul șanțului molarului prim permanent inferior
- B. Poziția vârfului cuspidului disto-vestibular al molarului prim permanent superior în dreptul primului șanț vestibular al molarului prim permanent inferior
- C. Poziția vârfului cuspidului centro-vestibular al molarului prim permanent superior în dreptul primului șanț vestibular al molarului prim permanent inferior
- D. Poziția vârfului cuspidului mezio-vestibular al molarului prim permanent superior în dreptul primului șanț vestibular al molarului prim permanent inferior
- E. Poziția vârfului cuspidului mezio-vestibular al molarului prim permanent superior în dreptul cuspidului vestibular al molarului prim permanent inferior

(pag. 78) **D**



8*. Clasificarea anomaliilor dento-maxilare după școala germană are la bază criteriul:

- A. Etiologic
- B. Funcțional
- C. Relației molare
- D. Relației ocluzale
- E. Planului sagital

(pag. 79) **A**

9*. Clasificarea anomaliilor dento-maxilare după Angle împarte anomaliile în:

- A. Clase
- B. Sindroame
- C. False și adevărate
- D. Normale și anormale
- E. Subdiviziuni

(pag. 77) **A**

10*. Clasa a II-a a anomaliilor dento-maxilare după Angle este definită prin:

- A. Raport neutral molar
- B. Raport mezializat molar
- C. Raport distalizat molar
- D. Raport vestibularizat molar
- E. Raport lingualizat molar

(pag. 78) **C**

11*. Diviziunea 1 a clasei a II-a a anomaliilor dento-maxilare după Angle este definită prin:

- A. Raport neutral molar și ocluzie adâncă
- B. Raport mezializat molar și ocluzie inversă frontală
- C. Raport distalizat molar și ocluzie adâncă în acoperiș
- D. Raport vestibularizat molar și ocluzie adâncă în acoperiș
- E. Raport lingualizat molar și ocluzie adâncă acoperită



(pag. 78) **C**

12*. Diviziunea 2 a clasei a II-a a anomaliilor dento-maxilare după Angle este definită prin:

- A. Raport neutral molar și ocluzie adâncă
- B. Raport mezializat molar și ocluzie inversă frontală
- C. Raport distalizat molar și ocluzie adâncă în acoperiș
- D. Raport vestibularizat molar și ocluzie adâncă în capacde cutie
- E. Raport distalizat molar și ocluzie adâncă acoperită

(pag. 78) **E**



TEMA 22. EXAMENUL RADIOLOGIC IN ORTODONTIE (4, pag. 143-179)

1. Examenul radiologic în ortodonție se realizează prin:

- A. Radiografie cu film retro-alveolar
- B. Ortopantomografie
- C. Radiografie panoramică
- D. Teleradiografie
- E. Rezonanță magnetică nucleară

(pag. 149) **A, B, D**

2. Semnele care indică o rotație de tip posterior pe teleradiografia de profil sunt:

- A. Unghi mandibular accentuat
- B. Condil îngust
- C. Coroane dentare mărite
- D. Canal dentar drept
- E. Etaj inferior mărit

(pag. 152) **B, C, D, E**

3. Ortopantomografia se efectuează în:

- A. Ocluzie centrică
- B. Relație de postură
- C. Ocluzie habituală
- D. Ocluzie terminală
- E. Gură deschisă

(pag. 152) **C**

4. Punctul radiologic Gnathion este definit prin:

- A. Punctul cel mai superior al simfizei mentoniere
- B. Punctul cel mai superior al spinei nazale anterioare



- C. Punctul cel mai superior al șeii turcești
- D. Punctul cel mai inferior al condilului mandibular
- E. Punctul cel mai inferior și posterior al simfizei mentoniere

(pag. 156) **E**

5. Punctul radiologic Nasion este definit prin:

- A. Punctul cel mai superior al suturii nazo-frontale
- B. Punctul cel mai anterior al suturii nazo-frontale
- C. Punctul cel mai inferior al suturii nazo-frontale
- D. Punctul cel mai posterior al suturii nazo-frontale
- E. Punctul cel mai inferior și posterior al suturii nazo-frontale

(pag. 156) **B**



TEMA 23. ANOMALIILE DENTO-MAXILARE DE CLASA A II-A (4, pag. 379-391)

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

- A. Reducerea diametrelor mandibulare
- B. Reducerea diametrelor maxilare
- C. Reducerea diametrelor alveolare
- D. Reducerea diametrelor dentare
- E. Reducerea diametrelor sagitale

(pag. 379-380) **B, C, D**

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

- A. Protruzia procesului dento-alveolar
- B. Inocluzie sagitală
- C. ocluzie distalizată
- D. Ocluzie deschisă
- E. Reducerea diametrelor maxilare

(pag. 381) **A, B, C, E**

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

- A. Protruzia procesului dento-alveolar
- B. Inocluzie sagitală
- C. Ocluzie distalizată
- D. Ocluzie deschisă
- E. Ocluzie adâncă in acoperis

(pag. 381) **A, B, C, E**

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

- A. Disfuncție respiratorie
- B. Profil concav
- C. Tegumente palide



- D. Tip mezoprosop
- E. Fantă labială deschisă

(pag. 381) **A, C, E**

5. Malocluzia de clasa a II2-a se caracterizează prin:

- A. Retrodenție
- B. Reducerea diametrelor maxilare
- C. Reducerea diametrelor alveolare
- D. Reducerea diametrelor dentare
- E. Înghesuire dentară

(pag. 398) **A, D, E**

6*. Malocluzia de clasa a III1-a se caracterizează prin:

- A. Tip euriprosop
- B. Tip mezocephal
- C. Tip normocephal
- D. Tip dolicocephal
- E. Tip hiperdolicocephal

(pag. 388) **D**

7. Malocluzia de clasa a III1-a se caracterizează prin:

- A. Tip euriprosop
- B. Respirație nazală
- C. Tip normocephal
- D. Tip dolicocephal
- E. Respirație orală

(pag. 388) **D, E**

8*. Malocluzia de clasa a III1-a se caracterizează prin:

- A. Unghi SNA micșorat
- B. Unghi SNB mărit



- C. Unghi SNA mărit
- D. Unghi SNB normal
- E. Unghi SNA normal

(pag. 387) **C**

9*. Malocluzia de clasa a II2-a se caracterizează prin:

- A. Arcadă dento-alveolară în omega
- B. Arcadă dento-alveolară în trapez
- C. Arcadă dento-alveolară în W
- D. Arcadă dento-alveolară în V
- E. Arcadă dento-alveolară în M

(pag. 387) **B**

10. Dintre obiceiurile vicioase implicate in etiopatogenia anomaliei de clasa a II-a Angle, subdiviziunea 1 NU fac parte:

- A. Respiratia orala
- B. Deglutitia atipica
- C. Sugerea degetului
- D. Respiratia nazala
- E. Ereditatea

(pag. 382) **D, E**



TEMA 24. MALOCLUZIA DE CLASA A II-A, DIVIZIUNEA 2 (4, pag. 396-399)

1*. Malocluzia de clasa a II2-a se caracterizează prin:

- A. Arcadă dento-alveolară în omega
- B. Arcadă dento-alveolară în trapez
- C. Arcadă dento-alveolară în W
- D. Arcadă dento-alveolară în V
- E. Arcadă dento-alveolară în M

(pag. 396) **B**

2*. Malocluzia de clasa a II2-a se caracterizează prin:

- A. Unghi SNA micșorat
- B. Abrazie palatinală a dinților superiori
- C. Abrazie vestibulară a dinților superiori
- D. Ocluzie deschisă
- E. Canini temporari neatriționați

(pag. 396) **B**

3. După Korkhaus, retrognatia mandibulară se poate datora:

- A. Hiperextensiei capului
- B. Obiceiuri vicioase
- C. Unor cauze congenitale
- D. Inocluziei labiale
- E. Alăptării artificiale

(pag. 326) **B, C, E**



TEMA 25. MALOCLUZIA DE CLASA A III-A (4, pag. 405-408)

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

- A. profil drept
- B. facies aplatizat
- C. profil concav
- D. buză superioară înfundată
- E. unghi mandibular închis

(Pag 405) **B, C, D**

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

- A. ocluzie distalizată
- B. ocluzie mezializată
- C. ocluzie adâncă
- D. ocluzie inversă frontală
- E. ocluzie inversă totală

(Pag 405) **B, D, E**

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

- A. unghi SNA micșorat
- B. unghi SNB mărit
- C. unghi SNA mărit
- D. unghi SNB normal
- E. unghi SNA normal

(Pag 405) **A, B**

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

- A. profil drept
- B. treaptă labială inversată



- C. profil concav
- D. buză superioară înfundată
- E. aspect de lățire a feței

(Pag 405) **B, C, D, E**

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

- A. unghi IF mărit
- B. unghi SNB mărit
- C. unghi SNA mărit
- D. unghi Tweed micșorat
- E. unghi SNA micșorat

(Pag 405) **A, B, E**



TEMA 26. SINDROMUL DE INOCLUZIE VERTICALA(4, pag. 418-426, 429-438)

1. Sindromul de inocluzie verticală se caracterizează prin:

- A. rahitism
- B. facies aplatizat
- C. profil concav
- D. deglutiție atipică
- E. tulburări fonetice

(Pag 429) A, D, E

2. Sindromul de inocluzie verticală se caracterizează prin:

- A. unghi SNA micșorat
- B. unghi SNB mărit
- C. unghi SNA mărit
- D. unghi Go mărit
- E. unghi Kdl mărit

(Pag 435) C, D, E

3. Sindromul de inocluzie verticală se caracterizează prin:

- A. unghi IF mărit
- B. unghi SNB mărit
- C. unghi SNA mărit
- D. unghi Tweed mărit
- E. unghi Tweed micșorat

(Pag 436) C, D

4. Sindromul de inocluzie verticală se caracterizează prin:

- A. tip hiperleptoprosop
- B. treaptă labială inversată
- C. profil concav



- D. fantă labială deschisă
- E. aspect de lățire a feței

(Pag 435) A, D

5. Sindromul de inocluzie verticală se caracterizează prin:

- A. lipsa ghidajului anterior
- B. treaptă labială inversată
- C. afectarea periodontală
- D. buză superioară înfundată
- E. afectarea ATM

(Pag 433) A, C, E

6. Sindromul de inocluzie verticală se caracterizează prin:

- A. unghi SNA mărit
- B. unghi SNB mărit
- C. unghi Go mărit
- D. unghi Tweed mărit
- E. unghi ANB micșorat

(Pag 435) A, C, D

7*. Sindromul de inocluzie verticală se caracterizează prin:

- A. prezența ghidajului anterior
- B. treaptă labială dreaptă
- C. sugerea policelui
- D. buză superioară înfundată
- E. angrenaje inverse frontale

(Pag 438) C

8*. Sindromul de inocluzie verticală se caracterizează prin:

- A. profil drept



- B. facies aplatizat
- C. profil concav
- D. buză superioară înfundată
- E. unghi mandibular deschis

(Pag 434) E



TEMA 27. ANODONTIA (5, pag. 15-40)

1. Care terminologie este corectă pentru anodonție ?

- A. agenezie
- B. retrognație
- C. hipodonția
- D. oligodonția
- E. prognatie

(Pag 15-40) A, C, D

2. Factorii incriminați în producerea anodonției totale sunt:

- A. rahitism
- B. sindromul Langdon-Down
- C. displazia ectodermală
- D. deglutiție atipică
- E. infecții cronice virale

(Pag 15-40) B, C

3. Factorii incriminați în producerea anodonției redusă sunt:

- A. reducerea filogenetică a dinților terminali din serie
- B. sindromul compresiunii de maxilar
- C. displazia ectodermală
- D. distrugerea germenului dentar prin infecții localizate
- E. infecții cronice virale

(Pag 15-40) A, D

4. Anodonția totală se caracterizează prin:

- A. etajul inferior al feței micșorat
- B. sindromul compresiunii demaxilar
- C. buze înfundate



- D. distrugerea germenului dentar prin infecții localizate
- E. șanțul labio-mentonier accentuat

(Pag 15-40) **A, C, E**

5. Anodonția totală se caracterizează prin:

- A. dinți așezați simetric
- B. micrognatism
- C. tulburări masticatorii, fizionomice și fonetice
- D. distrugerea germenului dentar prin infecții localizate
- E. șanț labio-mentonier șters

(Pag 15-40) **B, C**

6. Anodonția redusă este depistată prin:

- A. control genetic
- B. anamneză
- C. examen radiografic
- D. examen clinic
- E. persistența dintelui temporar pe arcadă

(Pag 15-40) **C, D, E**

7. Anodonția redusă se caracterizează prin:

- A. dinți așezați asimetric
- B. persistența dintelui temporar pe arcadă
- C. diastema interincisivă
- D. tulburări masticatorii, fizionomice sau fonatorii
- E. șanț labio-mentonier șters

(Pag 15-40) **B, C, D**

8. Anodonția întinsă este depistată prin:

- A. control genetic



- B. anamneză
- C. examen radiografic
- D. examen clinic
- E. persistența dintelui temporar pe arcadă

(Pag 15-40) C, D

9. Anodontia poate fi expresia tendinței evolutive, având astfel loc reducerea dinților:

- A. M3
- B. PM2
- C. IL
- D. C
- E. PM1

(Pag 75) A, B, C



TEMA 28. DINTII SUPRANUMERARI (5, pag. 73-94)

1. Care terminologie este corectă pentru dinții supranumerari?

- A. dinți suplimentari
- B. pleiodonția
- C. hipodonția
- D. oligodonția
- E. hiperdonția

(pag 73-96) **A, B, E**

2. Care terminologie este corectă pentru dinții supranumerari temporari?

- A. dinți suplimentari
- B. pleiodonția
- C. paramolari
- D. oligodonția
- E. distomolari

(pag 73-96) **C, E**

3. Care terminologie este corectă pentru dinții supranumerari permanenți ?

- A. meziodentes
- B. meziodens
- C. paramolari
- D. oligodonția
- E. distomolari

(pag 73-96) **A, B**

4. Factorii incriminați în producerea dinților supranumerari sunt:

- A. rahitismul
- B. sindromul Langdon-Down



- C. necunoscuți
- D. teoria atavică
- E. teoria proterogenetică

(pag 73-96) **C, D**

5. Factorii incriminați în producerea dinților supranumerari sunt:

- A. teoria filogenetică a dinților terminali din serie
- B. teoria mugurilor adamantini multipli
- C. displazia ectodermală
- D. teoria evaginării epiteliului adamantin
- E. infecțiile cronice virale

(pag 73-96) **B, D**

6. Prezența dinților supranumerari pe arcade produc:

- A. diastema interincisivă
- B. înghesuirea dentară
- C. incluzia dinților permanenți
- D. distrugerea germenului dentar
- E. rizalize patologice

(pag 73-96) **B, C, E**

7. Incluzia dinților supranumerari produc:

- A. nevralgii
- B. tulburări de vorbire
- C. diastemă patologică
- D. tulburări de vedere
- E. tulburări de deglutiție

(pag 73-96) **A, C**



TEMA 29. INCLUZIA DENTARA (5, pag.73-94)

1. Care terminologie este corectă pentru incluzia dentară ?

- A. retenția primară dentară
- B. pleiodonția
- C. hipodonția
- D. inclavarea
- E. incluzia submucoasă

(pag 73-96) **A, E**

2. Care terminologie este corectă pentru incluzia dentară ?

- A. incluzia vestibulară
- B. pleiodonție
- C. incluzia orizontală
- D. oligodonția
- E. incluzia parțială

(pag 73-96) **A, C**

3. Factorii generali incriminați în producerea incluziei dentare sunt:

- A. rahitismul
- B. sindromul Langdon-Down
- C. necunoscuți
- D. teoria atavică
- E. despicăturile labio-maxilo-palatine

(pag 73-96) **A, B, E**

4. Factorii generali incriminați în producerea incluziei dentare sunt:

- A. osteoporoza
- B. teoria mugurilor adamantini multipli



- C. displazia ectodermală
- D. disostoza cleido-craniană
- E. infecțiile cronice virale

(pag 73-96) **A, C, D**

5. Factorii generali incriminați în producerea incluziei dentare sunt:

- A. osteopetroza
- B. nanismul hipofizar
- C. displazia ectodermală
- D. disostoza cleido-craniană
- E. hipotirodismul

(pag 73-96) **B, C, D, E**

6. Factorii locali incriminați în producerea incluziei dentare sunt:

- A. poziția foarte înaltă de formare a germenului dentar
- B. configurația anatomică defavorabilă
- C. angulația corono-radiculară
- D. disostoza cleido-craniană
- E. curbura accentuată a rădăcinii

(pag 73-96) **A, B, C, E**

7. Factorii locali incriminați în producerea incluziei dentare sunt:

- A. poziția foarte înaltă de formare a germenului dentar
- B. configurația anatomică defavorabilă
- C. angulația corono-radiculară
- D. modificarea axului dintelui inclus
- E. curbura accentuată a rădăcinii

(pag 73-96) **A, B, C, E**

8. Factorii locali incriminați în producerea incluziei dentare sunt:



- A. macrodonția
- B. compresiunea de maxilar
- C. înghesuirea dentară
- D. endoalveolia
- E. secvențele de erupție nefavorabile

(pag 73-96) **A, B, C, E**

9. Incluzia dentară produce:

- A. nevralgii
- B. tulburări de vorbire
- C. tulburări de audiție
- D. tulburări de vedere
- E. tulburări fizionomice

(pag 73-96) **B, E**

10. Incluzia dentară produce:

- A. rezorbții radiculare ale dinților vecini
- B. parestezii
- C. nevralgii
- D. tulburări de vedere
- E. tulburări de deglutiție

(pag 73-96) **A, B**

11.*Referitor la metodele conservatoare de obtinere a spatiului necesar evolutiei unui dinte inclus sunt adevarate urmatoarele:

- A. Daca spatiul necesar este mai mare de 5 mm se recomanda extractia
- B. Descoperirea chirurgicala si ancorarea dintelui
- C. Marirea perimetrului arcadei prin intermediu tratamentului ortodontic
- D. Tractionarea si alinierea dintelui pe arcada dupa interventia chirurgicala
- E. In incluziile de canin in pozitie verticala se recomanda extractia

(pag 90) **C**



12. Tehnicile radiologice care pot indica prezenta și coordonatele unui dinte inclus sunt:

- A. Teleradiografia
- B. Ortopantomograma
- C. Radiografia cu film muscat
- D. Tomografia computerizată
- E. Index Carpal

(pag 88) **A, B, C, D**

13. La examenul clinic, tulburările ce pot sugera prezenta unui dinte inclus sunt:

- A. Pericoronarite și gingivo-stomatite
- B. Semnul Quintero
- C. În caz de canin superior inclus, incisivul lateral prezintă o mezio-inclinație accentuată
- D. Torsionari ale dinților vecini
- E. Persistența îndelungată cu implantare bună a dintelui temporar

(pag 84) **A, B, D, E**



TEMA 30. REINCLUZIA DENTARĂ (5, pag. 107-118)

1*. Un dinte reinclus se mai numeste și:

- A. Dinte inclavat
- B. Dinte geminat
- C. Meziodens
- D. Dinte anastrofic
- E. Dinte neonatal

(pag. 107) **A**

2*. Dintele cel mai frecvent implicat in reincluzia dentara este:

- A. Incisivul
- B. Caninul
- C. Premolarul
- D. Meziodensul
- E. Molarul

(pag. 108) **E**

3. Diagnosticul diferential al reincluziei totale se face cu:

- A. Extractia dentara
- B. Oprirea in eruptie a dintelui
- C. Anodontia
- D. Intruzia postraumatica totala
- E. Incluzia dentara

(pag. 116) **A, C, D, E**

4. Printre consecintele reincluziei dentare se numara si :

- A. Denivelarea planului de ocluzie
- B. Incluzia succesionalului permanent
- C. Tulburari de ocluzie
- D. Cariii de colet ale unor dinti situati la distanta de dintele reinclus
- E. Hiperestezie si hipersensibilitate



Universitatea „Apollonia” din Iași
EUROPEAN BUSINESS ASSEMBLY, prin SOCRATES COMMITTEE OF OXFORD, a declarat
UNIVERSITATEA APOLLONIA „BEST REGIONAL UNIVERSITY”

Str. Muzicii nr. 2, Iași, 700399
Tel: 0232/210.310; Fax: 0232/210.310
E-mail: secretariat@univapollonia.ro
www.univapollonia.ro



(pag. 117) **A, B, C, E**



TEMA 31. ECTOPIA DENTARĂ (5, pag. 121-130)

1*. Dintele cel mai frecvent vizat de ectopie este:

- A. Premolarul I superior
- B. Caninul superior
- C. Caninul inferior
- D. Incisivul central inferior
- E. Molarul I superior

(pag 124) **B**

2*. Extractiile dintilor permanenti atunci cand deficitul de spatiu este mare NU vizeaza:

- A. Premolarul I
- B. Incisivul lateral
- C. Molarul II
- D. Premolarul II
- E. Molarul I

(pag 130) **C**

3. Extractia "dirijata " sau "de pilotaj " (Hotz) se caracterizeaza prin:

- A. Are caracter preventiv
- B. Este indicata de la inceputul permutarii dentare (6-7 ani)
- C. Urmareste reducerea fiecarei arcade cu cate un premolar II
- D. Se desfasoara in 5 etape
- E. Incepe cu extractia incisivului lateral temporar

(pag 127) **A, B, E**

4*. Pe incisivi NU se aplică:

- A. Inele de cauciuc
- B. Inele metalice
- C. Bracket
- D. Cârlig
- E. Tubușor



(pag. 142) **A**

5. Alegeti variantele gresite „contenția la copil se realizează”:

- A. Pe o perioadă de 2 săptămâni
- B. Pe o perioadă de 3 săptămâni
- C. Pe o perioadă de 4 săptămâni
- D. Pe o perioadă de 5 săptămâni
- E. Pe o perioadă de 6-8 săptămâni

(pag. 142) **A, B, C, D**



TEMA 32. DIASTEMA (5, pag. 133, 142)

1. Care terminologie este corectă pentru diastemă?

- A. Diastemă patologică
- B. Pleiodonție
- C. Hipodonție
- D. Oligodonție
- E. Diastema vera

(pag. 133) **A, E**

2. Factorii incriminați în producerea diastemei interincisive sunt:

- A. Teoria filogenetică a dinților terminali din serie
- B. Frenul lat sau cu inserție joasă
- C. Displazia ectodermală
- D. Microdonția
- E. Hipodonția incisivilor laterali

(pag. 133-142) **B, D, E**

3. Factorii generali incriminați în producerea diastemei interincisive sunt:

- A. Meziodens-ul neerupt
- B. Sindromul Langdon-Down
- C. Necunoscuți
- D. Odontomul
- E. Despicăturile labio-maxilo-palatine

(pag. 133-142) **A, D**

4. Factorii generali incriminați în producerea diastemei interincisive sunt:

- A. Osteoporoza
- B. Rotația congenitală a incisivilor centrali superiori
- C. Displazia ectodermală
- D. Frenul lat cu inserție înaltă
- E. Infecții cronice virale

(pag. 133-142) **B, D**

5. Factorii generali incriminați în producerea diastemei interincisive sunt:



- A. Frenul cu inserție joasă
- B. Nanismul hipofizar
- C. Displazia ectodermală
- D. Incluzia orizontală a caninului superior
- E. Hipotiroidismul

(pag. 133-142) **A, D**

6. Diastema interincisivă superioară patologică apare în:

- A. Malocluzia clasa a II-a diviziunea 1
- B. Îngesuirea dentară
- C. Incluzia dinților permanenți
- D. Distrugerea germenului dentar
- E. Mezioidens-ului inclus

(pag. 133-142) **A, E**

7. Diastema interincisivă superioară patologică apare în:

- A. Nevralgii
- B. Microdonție
- C. Tulburări de audiere
- D. Macroglosie
- E. Tulburări fizionomice

(pag. 133-142) **B, D**

8. Diastema interincisivă superioară patologică apare în:

- A. Rezorbții radiculare ale dinților vecini
- B. Paretezii
- C. Prodenție
- D. Migrări dentare din parodontopatie
- E. Tulburări de deglutiție

(pag 133-142) **C, D**

9. Diastema interincisivă superioară patologică apare în:

- A. Dinți așezați simetric
- B. Micrognatism
- C. Persistența unui dinte temporar pe arcadă



- D. Migrări dentare postextractionale
- E. Canini incluși în poziție orizontală

(pag 133-142) **D, E**

10. Linerii din cimenturi cu ionomeri de sticla prezinta urmatoarele avantaje:

- A. Rezistenta la compresiune masticatorie superioara celorlalti lineri
- B. Reducerea microinfiltratiei marginale
- C. Rezistenta la compresiune masticatorie superioara rasinilor compozite
- D. Adezivitatea la dentina
- E. Biocompatibilitatea

(Pg 299) **A, B, D, E**

11. Atitudinea fata de plaga dentinara in conceptia terapeutica contemporana:

- A. Obturatia de baza pentru protejarea plagii dentinare in scopul izolarii termice a pulpei dentare
- B. Obturatia de baza pentru protejarea plagii dentinare in scopul izolarii chimice a pulpei dentare
- C. Obturatia de baza pentru protejarea plagii dentinare doar in scopul izolarii electrice a pulpei dentare
- D. sigilarea eficienta a plagii dentinare
- E. Obturatia de baza pentru protejarea plagii dentinare doar in scopul izolarii mecanice a pulpei dentare

(Pag290) **A, B, D**

12. Metodele recomandate de Organizatia Mondiala a Sanatatii pentru prevenirea cariei dentaresunt urmatoarele:

- A. Fluorizarea generala si locala
- B. Sigilarea santurilor si fosetelor
- C. Tratamentul cariilor dentare
- D. Igiena alimentatiei
- E. Igiena buco-dentara

(pag. 70) **A, B, D, E**

13. Dupa Korkhaus, retrognatia mandibulara se poate datora:

- A. Hiperextensiei capului
- B. Obiceiuri vicioase
- C. Unor cauze congenitale
- D. Inocluziei labiale
- E. Alaptarii artificiale

(pag. 326) **B, C, E**



14*. Care din urmatoarele afirmatii **NU** este adevarata:

- A. Eruptia dentara se desfasoara intr-un interval ciclic cu media de 6 luni
- B. În cursul primului an de viata crestele alveolare se latesc si se inalta datorita dezvoltarii mugurilor dentari
- C. Incisivii inferiori in momentul eruptiei executa o miscare catre lingual micșorand perimetrul arcadei
- D. Atritia dentara duce la a doua mezializare a mandibulei
- E. Incisivii centrali inferiori erup in pozitie linguala fata de cei temporari

(Pag 40-42) **C**

15. Care din urmatoarele afirmatii sunt adevarate:

- A. În incongruenta zonei laterale cele mai mari consecinte le suporta PM 1 care erupe ultimul
- B. Eruptia molarului 2 incheie fenomenele dezvoltarii dentitiei, in absenta molarului 3
- C. Pierderea precoce a molarului 2 temporar conduce la mezializarea molarului 1 definitiv
- D. La maxilar , secventele PM1, PM2, C si PM1, C, PM2 sunt avantajoase pentru ca PM1 erupe fara dificultate
- E. PM2 poate sa erupa cel mai adesea malpozitionat , in linguopozitie dar si in incluzie

(Pag 46-47) **B, C, D, E**

16. Dezvoltarea relatiilor intermaxilare la nastere se caracterizeaza prin:

- A. Diferenta dintre bolta palatina si crestele alveolare este redusa
- B. Frenul buzei superioare se insera pe creasta
- C. Creasta alveolara superioara are forma U
- D. Creasta alveolara inferioara are forma de potcoava
- E. Prognatismul nou-nascutului

(Pag 37) **A, B, E**

17. Anodontia poate fi expresia tendintei evolutive, avand astfel loc reducerea dintilor:

- A. M3
- B. PM2
- C. IL
- D. C
- E. PM1

(pag. 75) **A, B, C**

18*. Unghiul format de planul bazal mandibular cu orizontala de la Frankfurt este reprezentat de

- A. FMIA
- B. FMA
- C. IMPA
- D. IMFA



E. ANB

(Pag 169) **B**

19. Dintre obiceiurile vicioase implicate in etiopatogenia anomaliei de clasa a II-a Angle, subdiviziunea 1 NU fac parte:

- A. Respiratia orala
- B. Deglutitia atipica
- C. Sugerea degetului
- D. Respiratia nazala
- E. Ereditatea

(Pag 382) **D, E**

20*. Un dinte reinclus se mai numeste si :

- A. Dinte inclavat
- B. Dinte geminat
- C. Meziodens
- D. Dinte anastrofic
- E. Dinte neonatal

(Pag 107) **A**

21*. Dintele cel mai frecvent implicat in reincluzia dentara este:

- A. Incisivul
- B. Caninul
- C. Premolarul
- D. Meziodensul
- E. Molarul

(pag. 108) **E**

22. Diagnosticul diferential al reincluziei totale se face cu:

- A. Extractia dentara
- B. Oprirea in eruptie a dintelui
- C. Anodontia
- D. Intruzia postraumatica totala
- E. Incluzia dentara

(pag. 116) **A, C, D, E**

23. Printre consecintele reincluziei dentare se numara si:

- A. Denivelarea planului de ocluzie



- B. Incluzia succesionalului permanent
- C. Tulburari de ocluzie
- D. Cariii de colet ale unor dinti situati la distanta de dintele reinclus
- E. Hiperestezie si hipersensibilitate

(pag. 117) **A, B, C, E**

24*. Dintele cel mai frecvent vizat de ectopie este:

- A. Premolarul I superior
- B. Caninul superior
- C. Caninul inferior
- D. Incisivul central inferior
- E. Molarul I superior

(pag. 124) **B**

25*. Extractiile dintilor permanenti atunci cand deficitul de spatiu este mare **NU** vizeaza:

- A. Premolarul I
- B. Incisivul lateral
- C. Molarul II
- D. Premolarul II
- E. Molarul I

(pag. 130) **C**

26. Extractia "dirijata " sau "de pilotaj " (Hotz) se caracterizeaza prin:

- A. Are caracter preventiv
- B. Este indicata de la inceputul permutarii dentare (6-7 ani)
- C. Urmareste reducerea fiecarei arcade cu cate un premolar II
- D. Se desfasoara in 5 etape
- E. Incepe cu extractia incisivului lateral temporar

(pag. 127) **A, B, E**

27.* Pe incisivi **NU** se aplică :

- A. Inele de cauciuc
- B. Inele metalice
- C. Bracket
- D. Cârlig
- E. Tubușor

(pag.142) **A**

28. Alegeti variantele gresite „conținția la copil se realizează” :



- A. Pe o perioadă de 2 săptămâni
- B. Pe o perioadă de 3 săptămâni
- C. Pe o perioadă de 4 săptămâni
- D. Pe o perioadă de 5 săptămâni
- E. Pe o perioadă de 6-8 săptămâni

(pag. 142) **A, B, C, D**

29*. In transpozitiile de la mandibula cel mai afectat dinte este:

- A. Incisivul central
- B. Molarul I
- C. Caninul
- D. Premolarul I
- E. Premolarul II

(pag. 150) **C**

30. In transpozitia completa canin-premolar I obiectivele terapeutice sunt:

- A. Șlefuiți modelante ale cuspidului caninului in sedinte succesive
- B. Șlefuiți selective in sedinte repetate ale cuspidului palatinal al premolarului
- C. Pansamentul plagii pentru desensibilizare
- D. Realizarea morfologiei caninului ca premolar nu este necesara
- E. Apar probleme functionale

(pag. 153) **B, C, D, E**

31. In contextul tratamentului anodonțiilor, prognosticul autotransplantului dentar este semnificativ mai bun dacă:

- A. Apexul dintelui transplantat este închis
- B. Dintele are rădăcina complet formată
- C. Este formată 2/3 din rădăcină
- D. Dintele este complet format și cu o structură biologică mai puțin densă
- E. Dintele este mai tânăr și incomplet format

(pag. 39) **C, E**

32. Următoarele afirmatii sunt adevarate:

- A. Extracția dintelui anastroficieste intotdeauna obligatorie;
- B. Se indica extractia dintelui supranumerar atunci cand se asociaza cu microdontia dintelui din seria normala;
- C. În cazul dintelui supranumerari ce au blocat eruptia dintelui permanent este necesara marirea perimetrului arcadei cu ajutorul aparatelor ortodontice;
- D. Extracția dintelui supranumerari este atitudinea terapeutica de electie;



E. În cazul dinților supranumerari ce au blocat erupția dintelui permanent este necesară extracția lor.

(pag. 67) **A, C, D, E**

33. Referitor la metodele conservatoare de obținere a spațiului necesar evoluției unui dinte inclus sunt adevărate următoarele:

- A. Dacă spațiul necesar este mai mare de 5 mm se recomandă extracția;
- B. Descoperirea chirurgicală și ancorarea dintelui;
- C. Mărirea perimetrului arcadei prin intermediu tratamentului ortodontic;
- D. Tractionarea și alinierea dintelui pe arcada după intervenția chirurgicală;
- E. În incluziile de canin în poziție verticală se recomandă extracția.

(pag. 90) **C**

34. Tehnicile radiologice care pot indica prezența și coordonatele unui dinte inclus sunt:

- A. Teleradiografia
- B. Ortopantomograma
- C. Radiografia cu film mușcat
- D. Tomografia computerizată
- E. Index Carpal

(pag. 88) **A, B, C, D**

35. La examenul clinic, tulburările ce pot sugera prezența unui dinte inclus sunt:

- A. Pericoronarite și gingivo-stomatite
- B. Semnul Quintero
- C. În caz de canin superior inclus, incisivul lateral prezintă o mezio-inclinație accentuată
- D. Torsionari ale dinților vecini
- E. Persistența îndelungată cu implantare bună a dintelui temporar

(pag. 84) **A, B, D, E**

36. Majoritatea transpozițiilor sunt:

- A. Unilaterale
- B. Bilaterale
- C. Parțiale
- D. Totale
- E. Pe partea dreaptă

(pag. 150) **A, C**



TEMA 33. TRANȘPOZIȚIA DENTARĂ (5, pag. 149-154)

1*. In transpozitiile de la mandibula cel mai afectat dinte este:

- A. Incisivul central
- B. Molarul I
- C. Caninul
- D. Premolarul I
- E. Premolarul II

(pag. 150) C

2. In transpozitia completa canin-premolar I obiectivele terapeutice sunt:

- A. Șlefuiți modelante ale cuspidului caninului in sedinte succesive
- B. Șlefuiți selective in sedinte repetate ale cuspidului palatinal al premolarului
- C. Pansamentul plagii pentru desensibilizare
- D. Realizarea morfologiei caninului ca premolar nu este necesara
- E. Apar probleme functionale

(pag. 153) B, C, D, E

3. In contextul tratamentului anodonțiilor, prognosticul autotransplantului dentar este semnificativ mai bun dacă:

- A. Apexul dintelui transplantat este închis
- B. Dintele are rădăcina complet formată
- C. Este formată 2/3 din rădăcină
- D. Dintele este complet format și cu o structură biologică mai puțin densă
- E. Dintele este mai tânăr și incomplet format

(pag. 39) C, E

4. Următoarele afirmații sunt adevărate:

- A. Extractia dintelor anastroficieste intotdeauna obligatorie;
- B. Se indica extractia dintelui supranumerar atunci cand se asociaza cu microdontia dintelor din seria normala;
- C. În cazul dintelor supranumerari ce au blocat eruptia dintelui permanent este necesara marirea perimetrului arcadei cu ajutorul aparatelor ortodontice;



- D. Extractia dintilor supranumerari este atitudinea terapeutica de electie;
E. În cazul dintilor supranumerari ce au blocat eruptia dintelui permanent este necesara extractia lor.

(pag. 67) **A, C, D, E**

5. Majoritatea transpozițiilor sunt:

- A. Unilaterale
- B. Bilaterale
- C. Partiale
- D. Totale
- E. Pe partea dreapta

(pag. 150) **A, C**



TEMA 34. TRATAMENTUL CARIEI DENTARE (6. pag.167-185, 294-333, 339-346)

1. Tratamentul profilactic reprezintă punctul de la care se începe orice terapie stomatologică și se referă la:

- A. Remineralizarea leziunilor incipiente
- B. Sigilarea fisurilor, șanțurilor și fosetelor
- C. Modicarea dietei
- D. Folosirea fluorurilor
- E. Restaurarea leziunilor incipiente

(pag. 168) **A, B, C, D**

2. Planul de tratament cuprinde:

- A. Tratamentul profilactic
- B. Restaurarea leziunilor incipiente
- C. Tratamentul abraziilor, eroziunilor și atrțiilor
- D. Tratamentul cariilor suprafețelor radiculare
- E. Tratamentul simptomatic

(pag. 168) **A, B, C, D**

3. Clasificarea cavităților după numărul suprafețelor implicate cuprinde:

- A. Cavități simple - care implică numai o suprafață
- B. Cavități compuse - care implică două suprafețe ale dintelui
- C. Cavități complexe - care implică trei sau mai multe suprafețe ale dintelui
- D. Cavități MOD - care implică suprafețele proximale ale dintelui
- E. Cavități vestibulare - care implică exclusiv fața vestibulară a dintelui

(pag. 172) **A, B, C**

4. Extinderea conturului marginal în șanțuri și fosete este controlat de doi factori:

- A. Gradul de implicare al smalțului de către procesul carios



- B. Extensia care trebuie să fie făcută de-a lungul fisurilor obținându-se margini sănătoase și netede
- C. Extinderea marginilor cavității până în țesut sănătos
- D. Plasarea marginilor cavității în țesut sănătos
- E. Îndepărtarea smalțului subminat

(pag.175) **A, B**

5. În stabilirea conturului marginal în cazul preparării cavităților pe suprafețele netede vor fi respectate următoarele reguli:

- A. Extinderea (plasarea) marginilor cavității până în țesuturi sănătoase, fără a lăsa smalț subminat
- B. A se evita terminarea marginilor pe pantele cuspidiene sau crestele de smalț
- C. Extinderea marginilor pentru a permite un acces suficient manoperelor adecvate
- D. Extinderea marginilor cervicale la 2 mm sub punctul de contact
- E. Extinderea (plasarea) marginilor cavității până în țesuturi sănătoase, cu menținerea smalțului demineralizat pe fețele vestibulare ale frontalilor

(pag.176) **A, B, C**

6. Dintre condițiile care pot să ducă la sporirea extensiei marginilor cavităților fac parte următoarele:

- A. Vârsta redusă
- B. Necesitatea pentru măsuri suplimentare ale retenției și rezistenței
- C. Restaurarea dinților care vor deveni stâlpi de punte
- D. Dinți devitali
- E. Handicap fizic sau psihic

(pag.176) **B, C, E**

7. Stabilirea conturului marginal în cazul preparării cavităților pe suprafețele netede includ următoarele reguli:

- A. Extinderea (plasarea) marginilor cavității până în țesuturile sănătoase, fără a lăsa smalț subminat.
- B. Se evita terminarea marginilor pe pantele cuspidiene sau crestele de smalț



- C. Extinderea marginilor pentru a permite un, acces suficient manoperelor adecvate.
- D. Extinderea marginilor gingivale ale cavității apical de contact pentru a permite o curățire optimă dintre marginea gingivală și dintele adiacent
- E. Extinderea marginilor vestibulare și orale în cazul cavităților proximale

(pag.176) **A, B, C, D**

8. Principiile fundamentale implicate în obținerea formei de rezistență sunt următoarele:

- A. Se vor folosi cavități cu bază plană, care ajută dintele să reziste la forțele ocluzale prin virtutea existenței unghiurilor drepte
- B. Reducerea extensiei pereților cavității, pentru a permite cuspizilor și creștelor de smalț de a avea suficientă dentină ca suport
- C. Acoperirea sau includerea corespunzătoare a dinților distruși în restaurare ca să prevină fractura lor prin forțe laterale
- D. Să furnizeze suficientă grosime materialului restaurativ pentru a-i preveni fractura sub încărcătura ocluzală
- E. Plasarea pereților înafara zoneleor de autocurățire naturală

(pag.177) **A, B, C, D**

9. Forma de retenție:

- A. Este acea sculptare sau design al cavității care permite cel mai eficient restaurației să reziste forțelor dizlocatoare
- B. Suplimentară a restaurației în aria proximală este obținută prin sporirea unghiurilor PAP-V și PAP-O
- C. Retenția suplimentară a restaurației se obține prin plasarea unui mic șanț care taie în două aceste unghiuri diedre
- D. Este obținută prin divergența perților laterali
- E. Plasează marginile cavității în zonele lipsite de stress ocluzal

(pag.178) **A, B, C**

10. Forma de conveniență:

- A. Este aceea sculptură sau formare a cavității care va permite o observare adecvată, accesibilitate și operare ușoară în prepararea și restaurarea cavității



- B. Pentru a obține această formă, de multe ori este necesară extensia mezială, vestibulară sau orală a pereților pentru a câștiga un acces adecvat la porțiunea cea mai adâncă a cavității.
- C. Contraindică extensia marginilor veslibulare pe dinții anteriori din motive estetice.
- D. Se obține cu freze con invers
- E. În porțiunea ocluzala se realizează cavitatea de retenție

(pag.178) **A, B, C**

11. Scopul finisării pereților de smalț este:

- A. Să realizeze o închidere marginală cât mai bună între materialul restaurator și structurile dentare
- B. Să efectueze o joncțiune marginală netedă
- C. Să crească rugozitatea smalțului
- D. Să îndepărteze smalțul nesuștinut
- E. Să extindă preparația în zonele de curățire și autocurățire

(pag.180) **A, B**

12. Ultimul pas în prepararea cavității este toaleta finală a cavității. Această procedură include:

- A. Îndepărtarea tuturor așchiilor și debriurilor care s-au acumulat,
- B. Uscarea cavității
- C. efectuarea unei inspecții finale completă a preparării, în scopul de a descoperii dentina cariată restantă, margini de smalț nesănătoase sau orice alte condiții care fac cavitatea inacceptabilă pentru a primi un material de obturație
- D. Îndepărtarea secreției sangvine din plagă
- E. Uscarea dentinei

(pag.182) **A, B, C**

13.* Uscarea cu aer cald de la sonda unitului se face:

- A. Maxim 5 secunde
- B. Nu mai mult de 10 secunde
- C. Până apare culoarea albicioasă a smalțului
- D. După aplicarea de alcool sau produse rapid volatile
- E. 2 secunde



(pag.182) **B**

14. Solvenții organici folosiți ca agenți de degresare ai cavităților cum ar fi: cloroformul, benzozona și alcoolii:

- A. Sunt ideali ca agenți pentru degresarea dentinei
- B. Au fie efect toxic, fie efect iritant
- C. Hidratează dentina
- D. Deshidratează dentina
- E. Sunt indicați în cofajul indirect

(pag.184) **B, D**

15. Printre dezavantajele lacurilor dentare se numără:

- A. Aderența chimică la țesuturile dentare
- B. Reducerea penetrării acidului din cimentul fosfat de zinc în plaga dentinară
- C. Încetinirea pătrunderii în canaliculele dentinare a produșilor de coroziune ai amalgamului de argint
- D. Izolarea termică adecvată
- E. Rezistența mecanică bună la solicitările masticatorii atunci când sunt aplicate în mai mult de trei straturi.

(pag. 294) **B, C**

16. Printre indicațiile utilizării lacurilor dentare în tratamentul plăgii dentinare se numără:

- A. Sigilarea canaliculelor dentinare înainte obturațiilor cu amalgam
- B. Protecția chimică a plăgii dentinare față de bazele de ciment fosfat
- C. Protecția chimică a plăgii dentinare față de bazele de rășini acrilice sau compozite
- D. Reducerea microinfiltrației marginale la obturațiile coronare din amalgam de argint
- E. În cofajele indirecte.

(pag. 294) **A, B, D**

17. Indicațiile lacurilor dentare:



- A. Reducerea hipersensibilității dentinare
- B. Reducerea microinfiltrației marginale la obturațiile din amalgam de argint, atunci când sunt aplicate pe plaga dentinară și pe pereții de smalț ai cavității
- C. Reducerea microinfiltrației marginale la obturațiile din amalgam de argint, atunci când sunt aplicate pe plaga dentinară
- D. Protecția chimică a plăgii dentinare față de bazele de ciment fosfat, necesară dacă grosimea dentinei restante este mai mică de 0,5-1 mm
- E. Protecția chimică a plăgii dentinare față de bazele de ciment fosfat, necesară dacă grosimea dentinei restante este mai mică de 2 mm

(pag. 294-295) **A, B, D**

18. Contraindicațiile aplicării lacurilor dentare (varnish-uile):

- A. Sub cofajele indirecte
- B. Sub bazele cu CIS cărora le împiedică adeziunea
- C. Sub linerii sau bazele cu efect terapeutic pulpodentinar
- D. Sub obturațiile din rășini acrilice sau compozite
- E. Sub obturațiile din glassionomer

(pag. 295) **A, B, C, D**

19.* Aplicarea lacurilor pe plaga dentinară se realizează cu:

- A. Cu mici bulete de vată parțial umectate
- B. Plasate în vârful unui ac Kerr
- C. Plasate în vârful unei sârme de wipla de ϕ 0,25
- D. Cu mici pensule de unică folosință
- E. Cu fuluarul

(pag. 295) **D**

20. Acțiunea clinică optimă în timp a unui liner presupune:

- A. Solubilizarea în limfa dentinară
- B. O bună rezistență mecanică la solicitările masticatorii
- C. Insolubilitatea în lichidele de microinfiltrație marginală



- D. Un grad de fluiditate care să permită distribuirea sa uniformă pe suprafața plăgii dentinare și protecția completă a acesteia
E. Conductibilitate termică crescută.

(pag. 296) **B, C, D**

21. Printre avantajele linerilor cu hidroxid de calciu în suspensii apoase se numără:

- A. Alcalinitate crescută (pH 11-12) care se păstrează și după priză
- B. Rezistența foarte bună la compresiune
- C. Efect bacteriostatic
- D. Aderența la dentină
- E. Rezistența la dizolvare în timpul gravării acide.

(pag. 297) **A, B**

22. Linerii cu hidroxid de calciu au următoarele proprietăți:

- A. Efect bacteriostatic
- B. Efect de alcalinizare a mediului prin eliberarea ionilor hidroxil
- C. Stimularea depunerii de dentină secundară datorită efectului ușor iritant asupra pulpei
- D. Stimularea depunerii de dentină secundară datorită efectelor sedative asupra pulpei
- E. Alcalinitate crescută care se păstrează și după priză prin eliberarea ionilor de hidrogen

(pag. 297) **A, B, C, D**

23. Formele de utilizare a linerilor cu hidroxid de calciu sunt:

- A. Suspensie de hidroxid de calciu într-un solvent de metilceluloză în soluție apoasă
- B. Pastă de hidroxid de calciu cu vehicul metilceluloza
- C. Ciment de hidroxid de calciu având la bază un sistem bicomponent de paste
- D. Hidroxid de calciu fotopolimerizabil
- E. Hidroxid de calciu autopolimerizabil

(pag. 297) **C, D, E**

24. Avantajele linerilor cu hidroxid de calciu sunt:



- A. Alcalinitate crescută (pH 11-12)
- B. Se dizolvă ușor în mediu apos
- C. Bacteriostatic
- D. Stimulează indirect depunerea de dentină secundară
- E. Izolare termică

(pag. 297) **A, B, C, D**

25.* Indicațiile utilizării linerilor cu hidroxid de calciu sunt:

- A. Coafajul indirect
- B. Terapia plăgii dentinare
- C. Sigilarea tubulilor dentinari
- D. Izolarea plăgii dentinare
- E. Efect bacteriostatic

(pag. 297) **A**

26.* Linerii din eugenolat de zinc prezintă următoarele caracteristici:

- A. pH cu valori cuprinse între 6-9
- B. pH acid și efecte de iritație pulpară
- C. pH aproape neutru și efect sedativ pulpar
- D. pH aproape neutru și efecte de stimulare pulpară
- E. pH alcalin și efecte de iritație pulpară

(pag. 298) **C**

27.* Contraindicațiile utilizării linerilor cu hidroxid de calciu sunt:

- A. Aplicarea sub obturații compozite
- B. Aplicarea pe întreaga suprafață a peretelui pulpar sau parapulpar al unei cavități
- C. Aplicarea sub obturații de amalgam
- D. Aplicarea în sandwich cu glassionomer
- E. Aplicarea selectivă doar pe zonele afectate

(pag. 298) **B**



28. Materialele necesare aplicării linerilor hidroxid de calciu sunt:

- A. Pasta de hidroxid de calciu - sistem bicomponent pentru linerii autopolimerizabili
- B. Pasta de hidroxid de calciu- sistem monocomponent pentru linerii fotopolimerizabili
- C. Miniblocul de hârtie impermeabilă
- D. O spatulă de oțel inoxidabil
- E. Aplicator

(pag. 298) **A, B, C, D**

29. Timpii de lucru pentru aplicarea linerilor cu hidroxid de calciu sunt:

- A. Depunerea unor cantități egale de bază și catalizator pe folia de hârtie impermeabilă, la mică distanță una de alta;
- B. Spatularea rapidă cu vârful spatulei, timp de 20 secunde, până la obținerea unei culori uniforme a amestecului;
- C. Plasarea pastei pe peretele parapulpar
- D. Plasarea pastei în cavitate cu ajutorul aplicatorului de lineri
- E. Fotoactivare de 20 secunde (la linerii fotopolimerizabili).

(pag. 298) **A, B, D, E**

30. Avantajele linerilor cu eugenolat de zinc (EOZ):

- A. pH în apropierea neutralității
- B. Solubili în soluții apoase
- C. Neiritanți pulpar
- D. Efect antibacterian
- E. Efect sedativ pulpar

(pag. 298) **A, C, E**

31. Dezavantajele linerilor cu eugenolat de zinc (EOZ) sunt:

- A. Solubile în soluții apoase
- B. pH neutru
- C. Solubilizați de lichidele de microinfiltrație marginală
- D. Nu aderă de dentină



E. Inhibă polimerizarea rășinilor

(pag. 298) **C, D, E**

32.* Indicațiile izării linerilor din eugenolat de zinc (EOZ):

- A. Coafajul direct
- B. Tratamentul plăgii dentinare
- C. Coafajul indirect
- D. Izolarea plăgii dentinare
- E. Obturații provizorii

(pag. 298) **C**

33. Formele de utilizare a linrilor din cimenturi ionomeri de sticlă (CIS):

- A. CIS provizorii
- B. CIS convenționale (cu priză chimică),
- C. CIS fotopolimerizabile
- D. CIS autopolimerizabile
- E. CIS cu glassionomeri

(pag. 299) **B, C**

34. Linerii din cimenturi cu ionomeri de sticla prezinta urmatoarele avantaje:

- A. Rezistenta la compresiune masticatorie superioara celorlalti lineri
- B. Reducerea microinfiltratiei marginale
- C. Rezistenta la compresiune masticatorie superioara rasinilor compozite
- D. Adezivitatea la dentina
- E. Biocompatibilitatea

(pag. 299) **A, B, D, E**

34. Printre avantajele linerilor CIS fotopolimerizabile se găsesc:

- A. Efectul cariocinetic
- B. Creșterea adezivității la dentină
- C. Priza rapidă



- D. Rezistența mecanică crescută
- E. Rezistență sporită în mediu acid

(pag. 299) **B, C, D, E**

35. Repararea unui liner din ciment ionomer de sticla prezinta urmatoarele etape:

- A. Spatularea unei jumatați din cantitatea de pulbere timp de 15 secunde pana la obtinerea unei consistente vascoase omogene
- B. Spatularea unei jumatați din cantitatea de pulbere timp de 15 secunde pana la obtinerea unei consistente cremoase omogene
- C. Incorporarea celeilalte jumatați de pulbere si spatularea timp de inca 10-15 secunde
- D. La linerii fotopolimerizabili spatularea dureaza doar 5 secunde
- E. La linerii fotopolimerizabili spatularea dureaza doar 15 secunde

(pag. 300) **B, C, D**

36. Intre obiectivele obturației de bază fac parte:

- A. Stimularea neodentinogenezei
- B. Reducerea inflamației pulpare
- C. Substituirea dentinei cariate
- D. Economisirea materialelor de obturație coronară
- E. Creșterea adeziunii dintre materialul de restaurare și plaga dentinară.

(pag 300- 301) **C, D**

37. Obturația de bază pentru protejarea plăgii dentinare este recomandată:

- A. În scopul izolării chimice a pulpei dentare
- B. În scopul izolării mecanice a pulpei dentare
- C. În scopul izolării electrice a pulpei dentare
- D. În scopul izolării termice a pulpei dentare
- E. În scopul izolării biologice a pulpei dentare

(pag 301) **C, D**

38. Cel mai bun material protector pentru pulpă rămâne:



- A. Dentina sănătoasă
- B. Dentina secundară
- C. Dentina terțiară
- D. Dentina sclerotică
- E. Dentina de reparație

(pag 301) A

39. Bazele trebuie sa prezinte urmatoarele proprietati fundamentale:

- A. Difuzivitatea termica
- B. Conductivitatea termica
- C. Biocompatibilitatea
- D. Modulul de elasticitate
- E. Rezistenta mecanica

(pag 302-303) A, B, D, E

40. Din compoziția cimentului fosfat de zinc fac parte:

- A. Pulbere de oxid de zinc cu adaos de oxid de magneziu și pigmenți
- B. Pulbere de sticlă alumino-silicat
- C. Pulbere de oxid de cupru cu adaos de oxid de magneziu și pigmenți
- D. Soluție apoasă de acid fosforic 33% parțial tamponată cu un mic adaos de aluminiu și zinc
- E. Soluție apoasă de acizi tartric, maleic și itaconic.

(pag 303) A, D

41. Cimentul fosfat de zinc prezinta urmatoarele proprietati:

- A. Aderenta la plaga dentinara prin adeziune chimica
- B. Aderenta la plaga dentinara prin retentie micromecanica
- C. PH 6 dupa 48 de ore
- D. Modul de elasticitate crescut
- E. Rezistenta mecanica mare

(pag 304) B, E



42. Printre proprietățile cimentului fosfat de zinc se numără:

- A. Aderența la plaga dentinară prin adeziune chimică
- B. Are cea mai mare rezistență mecanică dintre toate bazele propriu-zise
- C. Este cel mai puțin elastic dintre toate bazele propriu-zise
- D. Este friabil (rezistență mare la compresiune combinată cu o slabă rezistență la tensiune)
- E. Excelentă izolare termică.

(pag 304) **B, C, D, E**

43. Proprietățile cimentului policarboxilic sunt următoarele:

- A. Activitate antibacteriană similară eugenatului de zinc
- B. Adeziune chimică la smalt și dentină
- C. Rezistența mecanică cea mai mare dintre materialele utilizate ca obturație de bază
- D. Biocompatibil prin disocierea redusă a acidului poli-acrilic
- E. Biocompatibil prin creșterea PH-ului la 5 după ½ ora de la spatulare

(pag 309) **B, D, E**

44. Dintre avantajele cimenturilor ionomer de sticlă cu mecanism dublu de priză comparativ cu cele convenționale se pot menționa:

- A. Forță mult mai mare de cuplare la dentină grație creșterii implicite a coeziunii pe care o induce prezența rășinii
- B. Scăderea lentă a pH-ului în timpul prizei
- C. Aciditatea mai redusă
- D. Rezistența mai mare la compresiune, prin prezența rășinii
- E. Friabilitate mai redusă prin contribuția rășinii.

(pag 312) **A, C, D, E**

45. Printre obiectivele cofajului indirect se numără:

- A. Blocarea activității „bacteriilor pioniere” și distrugerea lor
- B. Stimularea neodentinogenezei
- C. Acțiune antihiperemiantă și sedativă pulpară



- D. Crearea condițiilor optime de vindecare pulpară
- E. Creșterea permeabilității plăgii dentinare

(pag 314) **A, B, C, D**

46. Compozitele fluide pot fi aplicate ca obturatii de baza este deoarece:

- A. Au contractie mare de priza
- B. Au rezistenta mai mare la compresiune fata de valorile altor materiale de obturatie de baza
- C. Au rezistenta mai mare la compresiune fata de compozitele hibride
- D. Au modul de elasticitate mai mare fata de compozitele hibride ceea ce confera rezistenta mai mare la fracturare
- E. Au modul de elasticitate mai scazut fata de compozitele hibride ceea ce confera rezistenta mai mare la fracturare

(pag 313) **B, E**

47. Cimenturile ionomri de sticlă prezintă următoarele proprietăți:

- A. Adeziunea chimica si coeficientul de dilatare termica previn microinfiltratia marginala
- B. Ameliorarea adeziunii se realizeaza prin conditionarea plagii dentinare cu acizi poliacrilici sau cristalizarea unor solutii de fosfat de calciu
- C. Adeziunea chimica la dentina este superioara bazelor din ciment policarboxilat
- D. Spatularea pe o placuta de sticla racita mareste rezistenta la compresiune permitand includerea unei cantitati mai mari de pulbere
- E. Cresterea rapida a adeziunii in primele 24 ore de la priza

(pag 319) **A, B, E**

48. Adezivii dentinari sunt indicati in protectia plagii dentinare datorita:

- A. Capacitatii de izolare termica
- B. Obligativitatii conditionarii plagii dentinare
- C. Efectului antibacterian
- D. Biocompatibilitatii pulpare
- E. Capacitatii de sigilare a canaliculelor dentinare superioara lacurilor

(pag. 320) **D, E**



50. Utilizarea adezivilor dentinari la qbturațiile cu amalgam de argint în locul lacului convențional de copal deoarece:

- A. Reduce microinfiltrația marginală;
- B. Reduce transmiterea variațiilor termice spre pulpă;
- C. Ameliora retenția obturației prin cuplarea adezivă.
- D. Consolida rezistența mecanică a pereților cavitații
- E. Combat hipersensibilitatea

(pag. 321) **A, B, C, D**



TEMA 35. ETIOPATOGENIA CARIEI DENTARE (6, pag. 31-57)

1. Remineralizarea smaltului este favorizata de:

- A. suprasaturarea salivei in fosfati de calciu
- B. PH alcalin salivar
- C. suprasaturarea salivei in minerale
- D. hipersalivatie
- E. concentratii salivare mari de fluor

(pag 38) **A, B, E**

2. Fosfații salivari au rol carioprotector prin:

- A. participarea la sistemele tampon salivare
- B. pastrarea stabilitatii continutului mineral al dintilor
- C. remineralizare directa a cariilor incipiente
- D. blocarea glicolizei
- E. inhibarea placii bacteriene

(pag 38) **A, B**

3. Dintre factorii antimicrobieni capabili să modeleze colonizarea cavității orale de către microorganisme, fac parte:

- A. lactoferina
- B. lizozimul
- C. ionul bicarbonat
- D. peroxidazele salivare
- E. aglutininele salivare

(pag 42) **A, B, D, E**

4. Printre principalele concluzii ale studiilor epidemiologice și experimentale asupra rolului cariogen al hidrocarbonatelor se numără:



- A. relația cariogenă semnificativă dintre frecvența cariei dentare și consumul de dulciuri între mese
- B. efectul cariogen rapid exercitat de zaharoză prin contactul direct cu placa bacteriană
- C. cariogenitatea alimentelor depinde mai degrabă de durata și frecvența expunerii la zahăr și mai puțin de tipul de preparat culinar care conține zahăr
- D. înlocuirea sistemului tradițional de alimentație constând din 3 mese principale cu gustări numeroase scade riscul de carie
- E. cantitatea de hidrocarbonate consumată este mult mai importantă pentru riscul cariogen decât gradul de rafinare și frecvența ingestiei

(pag 38) **A, B, C, D**

5. Zaharoza rămâne hidrocarbonatul cu cel mai însemnat potențial cariogen deoarece:

- A.este substratul esențial pentru sinteza polizaharidelor extracelulare de depozit
- B. este utilizata de microorganisme mai mult decât oricare alt principiu nutritiv pentru înmulțire și dezvoltare
- C. favorizează colonizarea micoorganismelor odontopatogene
- D. este ușor fermentabilă de către microorganisme
- E. stimulează creșterea pH-ului placii bacteriene

(pag 47) **A, B, C, D**

6. Aglutininele salivare sunt reprezentate de:

- A. fibronectina
- B. mucinele
- C. peroxidaza
- D. β 2-microglobulina
- E. amilaza

(pag 42) **A, B, D**

7. Sistemele tampon salivare include :

- A. sistemul fosfat organic
- B. sistemul fosfat anorganic
- C. sistemul acid carbonic/bicarbonat DA



- D. sistemul macromolecular proetic
- E. sistemul acid carbonic

(pag 40) **B, C, D**

8. Capacitatea de tamponare a lichidului bucal depinde de:

- A. variatiile PH-ului atins
- B. ritmul secretiei salivare
- C. valoarea initiala a PH-ului bucal
- D. concentratia de imunoglobuline salivare
- E. vascozitatea salivara

(pag 40) **A, B, C**

9. Factorii antimicrobieni salivari includ:

- A. lizozimul
- B. lactoferina
- C. peroxidazele salivare
- D. IgG secretorie
- E. complexe alcatuite din Ig A, Ig G si Ig M denumite opsonine

(pag 41) **A, B, C**

10. Prelungirea timpului de clearance salivar poate fi cauzata de:

- A. vascozitatea scazuta a salivei
- B. continutul scazut de mucina al salivei
- C. ritmul scazut al secretiei salivare
- D. factori retentivi bucali
- E. tipul de hidrocarbonate

(pag 46) **C, D**

11. Alimentele cu rol cariprotector includ:



- A. faina din cerealele nerafinate
- B. faina din cerealele rafinate
- C. grasimile
- D. cacao
- E. branzeturi

(pag 50) **A, C, D, E**

12. Hidrocarbonatele cu cariogenicitate redusa include:

- A. xilitolul
- B. sorbitolul
- C. siropul de porumb
- D. zaharul de cuplare
- E. aspartamul

(pag 51) **C,D**

13. Placa este constituita din:

- A. proteine
- B. glicoproteine anionice
- C. glicoproteine cationice
- D. lipide
- E. amilaza

(pag 53) **A, B, C, E**

14. Constituenti ai placii sunt:

- A. celule epiteliale
- B. leucocite
- C. eritrocite
- D. particule alimentare
- E. lipide

(pag 55) **A, B, C**



15. Factorii imuni nespecifici includ:

- A. lizozimul
- B. lactoperoxidazele
- C. lactoferinele
- D. Ig A salivare
- E. glicoproteine cu greutate moleculara mica

(pag 61) **A, B, C**

16. Apararea specifica depinde in principal de:

- A. anticorpilor salivari
- B. imunoglobulina A
- C. imunoglobulina G
- D. imunoglobulina M
- E. opsonine

(pag 62) **A, B**

17.* Teoriile mecanismelor externe in geneza cariei dentare cuprind:

- A. teoria chelatiunii
- B. teoria chimica
- C. teoria parazitara
- D. teoria enzimatica
- E. teoria proteolizei-chelatiunii

(pag 71) **E**

18. *Teoriile mecanismelor interne in geneza cariei dentare cuprind:

- A. teoria proteolitica
- B. teoria chimico-parazitara
- C. teoria neurodistrofica
- D. teoria proteolizei-chelatiunii
- E. teoria enzimatic-reflexa



(pag 73) C

19. *Teoria biochimica considera ca elementul esential este reprezentat de deficitul de:

- A. fosfor dentinar
- B. fosfati de calciu
- C. hidroxilapatita
- D. vitamina B1
- E. vitamina B6

(pag 74) D

20.* Teoria enzimatica considera ca anumite excitatii patologice pot produce modificari biochimice in:

- A. compozitia limfei dentinare
- B. gradul de mineralizare dentinara
- C. gradul de permeabilitate dentinara
- D. stratul odontoblastic
- E. compozitia fluidului gingival

(pag 73) A

21. Triada Keyes cuprinde urmatorii factori:

- A. terenul
- B. flora microbiana
- C. alimentatia
- D. factori locali
- E. factori morfologici

(pag 32) A, B, C

22. Apar perturbari in formarea matricei organice a smaltului in urmatoarele situatii:

- A. carente in vitamina A in forme usoare
- B. carente in vitamina C la copii
- C. carente in seleniu



- D. carente in vitamina A in forme grave
- E. carente in vitamina C la adulti

(pag 33) **B, D**

23. Perturbari in mineralizarea matricei smaltului apar in:

- A. carente in calciu
- B. carente in fosfor
- C. raport calciu/fosfat 2/1
- D. raport calciu/fosfat 3/1
- E. insuficiente tiroidiene

(pag 34) **A, B, C, E**

24. Dintre constituenții chimici ai alimentelor care pot modela efectul cariogen al hidrocarbonatelor, reducând riscul la carie, fac parte:

- A. fluorul
- B. proteinele
- C. grăsimile
- D. cacao
- E. fosfații

(pag 50) **A, C, D, E**

25. Laptele are efect carioprotector prin:

- A. conținutul de lactoză, glucid greu fermentabil
- B. cazeina
- C. fluor, aflat în concentrații de peste 2mg/litru
- D. calciu
- E. fosfați

(pag 50) **B, D, E**

26. *Din grupa cocilor gram negativi prezenți în placa bacteriană fac parte:



- A. Veillonella
- B. Spirochetele
- C. Lactobacillus
- D. Streptococcus
- E. Staphylococcus

(pag 50) **A**

27.* Experiențele efectuate pe animale gnatobiotice au demonstrat dintre speciile de streptococi izolate, cel mai cariogen este:

- A. Streptococul β hemolitic
- B. Streptococul sanguis
- C. Streptococul mutans
- D. Streptococul mitior
- E. Streptococul mitis

(pag 57) **C**

28. Clearance-ul salivar, ca proces fiziologic de diluare a substanțelor introduse în cavitatea orală, se caracterizează prin:

- A. valoare constantă cât timp glandele salivare funcționează normal
- B. raport invers proporțional cu ritmul secreției salivare
- C. variații topografice
- D. raport direct proporțional cu ritmul secreției salivare
- E. valoare direct proporțională cu vâscozitatea salivei

(pag 37) **B**

29. *Vâscozitatea relativă a salivei parotidiene este de :

- A. 2,5
- B. 1,5
- C. 3,4
- D. 4,5
- E. 13,4



(pag 37) **B**

30. În cazul fluorului, există anumite aspecte particulare ale clearance-ului, cum ar fi:

- A. scăderea rapidă sub nivelul de bază minimal prin clearance rapid
- B. revenirea mult mai lentă la nivelul de bază comparativ cu alte substanțe
- C. reducerea fluorului din placa bacteriană după administrarea topică
- D. fixarea rapidă de către glicoproteinele salivare
- E creșterea nivelului fluorului salivar prin revenirea pe cale generală a cantității parțial înghițite din fluorul administrat topic.

(pag 39) **B, E**

31. Hidrocarbonate cu cariogenicitate mai redusă decât zahărul sunt:

- A. siropul de porumb
- B. palatinoza
- C. fructoza
- D. zaharoza
- E. dehidrogenaza

(pag 51) **A, B, C**

32. Indulcitorii necalorici sunt:

- A. zaharina
- B. ciclamatul
- C. aspartamul
- D. xilitolul
- E. fructoza

(pag 51) **A, B, C**

33. Indulcitorii calorici sunt:

- A. sorbitolul
- B. xilitolul
- C. lycasinul



- D. zaharina
- E. glucoza

(pag 51) **A, B, C**

34. Placa bacteriană constituie:

- A. un sistem ecologic microbial viguros
- B. cu o activitate metabolică intensă,
- C. bine adaptat mediului său
- D. ansamblu de microorganisme
- E. sistem închis

(pag 52) **A, B, C**

35. Materia alba reprezintă un alt termen ce descrie:

- A. agregarea bacteriilor,
- B. agregarea leucocitelor
- C. agregarea celulelor epiteliale descumate
- D. un ansamblu de enzime
- E. un sistem al plăcii bacteriene

(pag 52) **A, B, C**

36. Rata de formare a plăcii bacteriene poate fi influențată de :

- A. regimul alimentar
- B. vârstă
- C. salivă
- D. igiena bucală
- E. afecțiuni de ordin local

(pag 52) **C, D, E**

37. Placa dentară este constituită în principal din :

- A. ecosistem microbial în continuă proliferare



- B. leucocite
- C. macrofage
- D. celule epiteliale descuamate în diverse stadii de integritate anatomică
- E. imunglobuline

(pag 52) **A, B, C, D**

38. Pelicula reprezintă o structură organică distinctă care:

- A. apare pe suprafața dintelui sau a altor structuri dure din cavitatea bucală
- B. se formează înaintea colonizării cu microorganisme.
- C. este aderentă
- D. poate fi colorată enzimatic
- E. poate fi detectată clinic

(pag 52) **A, B**

39. Matrice intermicrobiană este constituită din:

- A. dextran
- B. levan
- C. galactoză și metilpentoză
- D. endotoxine lipopolizaharidice
- E. leucocite polimorfonucleare

(pag 54) **A, B, C, D**

40. Aderența microbiană presupune mecanisme fizico-chimice specifice și este influențată de:

- A. interacțiunea dintre suprafața celulei bacteriene și suprafața care este colonizată
- B. de salivă
- C. enzime
- D. dehidrogenaze
- E. imunglobuline

(pag 54) **A, B**

41.* Adezinele fac parte din familia lectinelor, sunt proteine care recunosc :



- A. structurile terminale glucidice
- B. glicoproteinelor peliculei dentare
- C. smalțul
- D. cementul
- E. dentina

(pag 54) **A**

42. Placa denraă conține și componenți adăionali ca de exemplu:

- A. celule epiteliale
- B. leucocite
- C. eritrocite
- D. particule alimentare
- E. proteina C reactivă

(pag 54) **A, B, C, D**

43. *Miller a fost cel care:

- A. emite postulatul conform căruia bacteriile reprezintă factorul etiologic al cariei
- B. emite teoria proteolizei
- C. consideră formarea cariei dentare un factor de risc
- D. consideră boala carioasă o boală autoimună
- E. emite teoria chimică

(pag 55) **A**

44. *În 1960 Keyes a întreprins o serie de experiențe în ideea de a stabili că leziunea carioasă:

- A. este boală autoimună
- B. este o boală contagioasă
- C. este dependentă de cantitatea de zahăr ingerate
- D. poate fi considerată o boală infecțioasă
- E. depinde de cantitatea de alinete ingerate

(pag 56) **D**



45. În aprecierea rolului pe care îl poate avea un microorganism în inițierea și progresiunea procesului carios au fost propuse următoarele condiții:

- A. microorganismele din cavitatea bucală sunt independente
- B. agentul microbial ar trebui să aparțină speciei care produce cel mai mult acid în cavitatea bucală
- C. agentul microbial ar trebui să reziste mediului acid produs în leziunea carioasă
- D. cultura pură de microorganisme trebuie să fie capabilă să producă leziuni carioase atunci când este inoculată în cavitatea bucală sau în dinte
- E. agentul cauzal ar trebui să fie absent de pe suprafețele dintelui ce nu prezintă demineralizări caracteristice procesului carios și din cavitatea bucală a indivizilor lipsiți de carie

(pag 56) **B, C, D, E**

46. *Lactobacilii au fost:

- A. microorganisme autoimune
- B. primii germeni incriminați în etiologia cariei dentare
- C. bacili gram seronegativi
- D. microorganisme din orosferă
- E. germeni distructivi ai plăcii dentre

(pag 56) **B**

47. Lactobacilii:

- A. sunt componenți ai faunei bucale
- B. sunt prezenți practic în orice cavitate bucală
- C. din punct de vedere numeric reprezintă doar a 1/2000-a parte din totalul microorganismelor
- D. realizează 0,025% din aciditatea dezvoltată de ele microorganismele orale
- E. produc fenomene distructive în placa dentară

(pag 57) **B, C, D**

48. Lactobacilii:

- A. sunt responsabili de pH-ul bucal
- B. pot fi considerați ca invadatori secundari în unele leziuni carioase



- C. contribuie la progresiunea acestora datorită proprietăților acidogene și acidurice.
- D. derivă din bacili gram negativi
- E. constituie un factor de protecție locală

(pag 57) **B, C**

49. Streptococii:

- A. sunt imunodependenți
- B. au fost izolați din toate regiunile cavității bucale
- C. au fost inițial implicați în apariția cariei dentare datorită abundenței lor în leziunile carioase dentinare profunde
- D. asocierii lor constante cu pulpitele apărute în situațiile în care camera pulpară nu a fost deschisă
- E. reprezintă o parte importantă a florei normale

(pag 57) **B, C, D, E**

50.*Dintre cele patru specii izolate cel mai cariogen este:

- A. Streptococul salivarius
- B. Streptococul sanguis
- C. Streptococul mitior
- D. Streptococul mutans
- E. Streptococul minimas

(pag 57) **D**



TEMA 36. FORMELE ANATOMO – CLINICE ALE PULPITELOR DINȚILOR PERMANENȚI (7, pag. 68 - 93)

1*. In pulpita seroasă parțială :

- A. percuția în ax este dureroasă
- B. percuția transversală este dureroasă
- C. testele de vitalitate sunt slab pozitive
- D. testele de vitalitate răspund doar la stimuli de intensitate crescută
- E. la testele de vitalitate răspunsul este intens pozitiv, cu o durere prelungită

(pag. 73) **E**

2. Diagnosticul diferențial în pulpita seroasă parțială se face cu:

- A. hiperemia preinflamatorie
- B. pulpita acută seroasă totală
- C. pulpita purulentă parțială
- D. caria simplă dentară
- E. pulpita purulentă totală

(pag. 74) **A, B, C, E**

3.* Intr-o pulpita acuta seroasa totala nu apare:

- A. durerea violenta
- B. durerea spontana
- C. durerea continua
- D. durerea localizata
- E. percutia axiala pozitiva

(pag. 75) **D**

4.* “Turbarea dinților” este o expresie cunoscută pentru ilustrarea intensității durerii din:

- A. pulpita acută seroasă parțială
- B. parodontita apicală acută seroasă
- C. pulpita acută purulentă parțială



- D. pulpita acută seroasă totală
- E. pulpita acută purulentă totală

(pag. 75) **D**

5. *Simptomatologia în pulpita acută seroasă totală este dominată de:

- A. crize dureroase violente alternate cu perioade de remisiuni
- B. caracterul pulsativ al durerii
- C. tendința de iradiere a durerii
- D. percutia în ax pozitivă
- E. prezența unui proces carios profund

(pag. 75) **C**

6. În pulpita seroasă totală la un dinte maxilar superior, durerea poate iradia către:

- A. dinții vecini
- B. hemiarcada opusă
- C. dinții antagoniști
- D. zona temporală
- E. zona orbitală

(pag. 75) **A, C, D, E**

7. Durerea poate apărea spontan în următoarele situații:

- A. hiperemia preinflamatorie
- B. pulpita seroasă parțială
- C. pulpita cronică deschisă
- D. pulpita purulentă parțială
- E. pulpita seroasă totală

(pag. 73, 75, 78, 79) **B, C, D, E**

8. *Diagnosticul pozitiv al pulpitei acute seroase totale se pune pe baza:

- A. caracterului discontinuu al durerii



- B. hipersensibilitatii la testele de vitalitate termice
- C. calmarii temporare prin lichide reci
- D. prezentei cavitatii carioase profunde
- E. sensibilitatea la percuția în ax negativă

(pag. 76) **B**

9. Percuția în ax este pozitivă în următoarele pulpopatii:

- A. hiperemia preinflamatorie
- B. pulpite seroase totale
- C. pulpite seroase parțiale acute
- D. pulpite purulente totale
- E. pulpite purulente parțiale acute

(pag. 76, 80) **B, D**



TEMA 37. NECROZA ȘI GANGRENA PULPARĂ (7, pag. 94 – 102)

1. Factorii locali cu acțiune determinanta în necroza pulpara sunt următorii:

- A. traumatisme
- B. creșteri mari de temperatură
- C. scăderi brutale de temperatură
- D. diabet zaharat
- E. menstruația

(pag. 96) **A, B, C**

2*. Ce caracteristică nu apare în necroza de colicvație:

- A. consistența pulpara redusă
- B. masa lichidă semiturbidă
- C. pulpa uscată
- D. extirparea se realizează în microfragmente
- E. apare adesea sub acțiune enzimatică

(pag. 98) **C**

3. Necroza de coagulare este produsă de:

- A. enzime vegetale
- B. arsenic
- C. soluții antiseptice
- D. enzime animale
- E. fenol

7, (pag. 98) **B, E**

4. În necroza pulpara:

- A. probele de vitalitate termice sunt pozitive
- B. probele de vitalitate electrice și termice sunt negative
- C. la diafanoscopie camera pulpara și-a pierdut transparența



- D. in urma transiluminarii cu fibre optice camera pulpara si-a pierdut transparenta si culoarea obisnuita gri
E. osul alveolar

(pag. 98) **B, C**

5. Pulpa necrozata după arsenic :

- A. este uscată
- B. are culoare gri
- C. are culoare galben-brun
- D. are culoare negru-violaceu
- E. are consistență crescută

(pag. 98) **A, C, D, E**

6. Gangrena umeda se caracterizeaza prin urmatoarele, cu exceptia:

- A. tesut putrificat moale si un grad mare de umiditate
- B. pereti dentinari infiltrati
- C. tesut putrificat ferm
- D. precedata de un proces inflamator purulent
- E. precedata de un proces necrotic de origine traumatica

(pag. 100) **C, E**

7. Țesutul pulpar elaborează elemente cu rol distructiv local. Acestea pot fi:

- A. enzime lizozomale
- B. histamina
- C. coagulaza din stafilococ
- D. enzime proteolitice
- E. heparina

(pag. 100) **A, B, D, E**

8. În gangrena pulpară:



- A. mecanismele cele mai importante care determina dezorganizarea tesutului pulpar au la baza actiunea unor enzime de provenienta bacteriana;
- B. alaturi de enzime un rol important in patogeneza gangrenei pulpare revine si dezechilibrului circulator;
- C. hipoxia celulara favorizeaza dezvoltarea germenilor anaerobi;
- D. la examenul microscopic se constata un depozit de diferite substante si minerale;
- E. pulpa dentara isi pierde partial configuratia.

(pag. 100-101) **A, B, C, D**

9*. Diagnosticul pozitiv în gangrena pulpară simplă se pune pe:

- A. insensibilitate totala la sondajul canalelor radiculare;
- B. hiporsensibilitate la sondarea canalelor radiculare;
- C. teste de vitalitate pozitive;
- D. durere la masticatie;
- E. examen bacteriologic negativ

(pag. 101) **A**



TEMA 38. PARODONTITE APICALE ACUTE ȘI CRONICE (7, PAG. 103 – 125)

1. Diagnosticul diferențial al parodontitei apicale acute hiperemice se face cu:

- A. parodontita apicala acuta seroasa
- B. pulpita acută seroasă parțială
- C. parodontita apicala cronica recidivanta
- D. pulpita acută purulentă parțială
- E. pulpita cronica inchisa propriu-zisa.

(pag. 107) **A, C**

2. Ca simptomatologie, in parodontita apicala acuta seroasa, avem:

- A. pe canal este prezentă o secreție purulenta
- B. durerea are caracter pulsatil
- C. adenopatie regionala
- D. semnele de vitalitate sunt slab pozitive la intensități foarte mari ale stimulului
- E. usoara congestie a mucoasei in dreptul dintelui cauzal.

(pag. 108) **C, E**

3*. În evolutia parodontitei apicale acute seroase putem întâlni următoarele aspecte :

- A. parodontite apicale acute hiperemice
- B. fistulizare si vindecare temporara
- C. cronicizare
- D. resorbtie si vindecare temporara
- E. complicare cu un proces osteomielitic.

(pag. 109) **C**

4*. În parodontita apicala acuta seroasa diagnosticul diferențial se face cu:

- A. pulpita cronica inchisa granulomatoasa
- B. parodontite apicale cronica fibroasa
- C. parodontita apicală acută supurată



- D. parodontita apicala acuta hiperemica
- E. parodontite apicale cronica condensanta.

(pag. 109) C

5*. În parodontita apicală acută purulentă simptomatologia dureroasă este de intensitate maximă:

- A. în stadiu endoos
- B. în stadiu de fistulă
- C. în stadiu de hiperemie
- D. în stadiu subperiostal
- E. în stadiu submucos.

(pag. 111) D

6. Diagnosticul pozitiv în parodontita apicală acută purulentă se pune pe:

- A. lipsa adenopatiei
- B. existența fistulei
- C. mobilitatea dintelui
- D. crepitație în dreptul apexului
- E. teste de vitalitate pozitive.

(pag. 112 – 113) B, C

7*. Examenul radiologic este relevant:

- A. în parodontita apicală acută hiperemica
- B. în parodontita apicală acută seroasă totală
- C. în parodontita apicală acută purulentă în primele stadii
- D. în parodontite apicale cronice
- E. în parodontita apicală acută seroasă subperiostala.

(pag. 113) D

8. Abscesul Phoenix reprezintă:



- A. este cauzat de reacutizări repetate ale granulomului epitelial
- B. radiologic se observa un halou in jurul granulomului
- C. este stadiul subperiostal al parodontitei apicale acute purulente
- D. este cauzat de reacutizări repetate ale granulomului simplu conjunctiv
- E. este o parodontită apicală acută seroasă

(pag. 119) **B, D**

9. Parodontita apicala cronica condensanta este caracterizata prin:

- A. imagine radiologică difuză, cu spații intertrabeculare marite de volum
- B. imagine radiologică de osteită circumscrișă, radiotransparentă
- C. îngustarea spațiului periapical
- D. răspunsul slab pozitiv la testele de vitalitate
- E. percuția în ax este pozitivă.

(pag. 124) **A, C**



TEMA 39. TRATAMENTUL NECROZEI ȘI GANGRENEI PULPARE
(7, pag. 158 – 213)

1. Pentru permeabilizarea canalelor radiculare se pot folosi urmatoarele substante:

- A. acid sulfuric 40%
- B. acid clorhidric 20-30%
- C. acid sulfuric 20-30%
- D. antiformina
- E. EDTA 10%

(pag. 162) C, D, E

2. *Care dintre metodele de masurare a canalului radicular este considerata cea mai precisa:

- A. metoda radiologica
- B. metoda clinica
- C. metoda intepaturii apicale
- D. metoda clinico-radiologica
- E. metoda electronica

(pag. 163) E

3. În determinarea lungimii canalului radicular, metoda lui Dick:

- A. utilizeaza o singura radiografie
- B. utilizeaza doua radiografii
- C. se face cu acul introdus pe canal
- D. se face fara a introduce acul pe canal
- E. nici una de mai sus

(pag. 164) A, C

4*. Canalul radicular trebuie sa aiba in final:

- A. forma cilindrica
- B. forma conica cu baza spre camera pulpara si varful la constrictia apicala



- C. forma conica cu baza spre foramenul apical si varful spre camera pulpara
- D. santuri longitudinale de-alungul peretilor dentinari
- E. praguri

(pag. 166) **B**

5. Pasta iodoformată Walkhoff conține:

- A. clorfenol
- B. timol
- C. cloroform
- D. sulfat de bariu
- E. oxid de zinc

(pag. 181) **A, B, E**

6. Proprietatile antiseptice ale hidroxidului de calciu se bazeaza pe:

- A. solubilitatea foarte redusa in apa, care determina eliberarea treptata a ionului Ca^{2+}
- B. pH-ul alcalin, de care este raspunzator ionul OH^- , cuprins intre 11-12
- C. pH-ul alcalin, de care este raspunzator ionul Ca^{2+} , cuprins intre 11-12
- D. capacitatea de difuzare a ionului OH^- in canaliculele dentinare infectate
- E. solubilitatea crescuta in apa, care determina eliberarea treptata a ionului OH^-

(pag. 198) **B, D**

7. Irigațiile cu solutii pe baza de clor sunt indicate in:

- A. parodontitele apicale acute
- B. gangrena pulpara
- C. hiperemia pulpara
- D. pulpita purulenta totala
- E. parodontitele apicale cronice

(pag. 211) **A, B, D, E**

8. Indicatiile antibioticelor:



- A. coafaj direct sau indirect
- B. după extirpari în pulpita seroasă
- C. în gangrenă simplă
- D. în parodontite acute hiperemice
- E. după irigații cu antiseptice

(pag. 211) **A, C, D**

9. În cazul parodontitei apicale acute hiperemice consecutiv gangrenei pulpare, pasta cu antibiotice:

- A. se aplică din prima sedință
- B. nu se aplică din prima sedință
- C. se menține 48 ore
- D. se menține minimum 72 ore
- E. se menține o săptămână

(pag. 250) **A, C**



TEMA 40. OBTURAREA CANALELOR RADICULARE (7, pag. 214 – 248)

1. Alegerea acului Lentulo se face după următoarele criterii:

- A. Numarul canalelor
- B. Volumul canalelor
- C. Topografia dintilor
- D. Integritatea fizică a acului Lentulo
- E. Gradul de curbura al canalelor

(pag. 215) **B, C, D**

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

- A. Bacteriostatic
- B. Bactericid
- C. De stimulare a activitatii osteoblastice periapicale
- D. De stimulare a activitatii osteoclastelor
- E. De patrundere in ramificatiile canalelor radiculare

(pag. 217) **B, C, E**

3. Indicatiile tehnicii de individualizare a conului de gutaperca in tehnica cimentarii unui con unic, calibrat la apex, sunt:

- A. Canalele voluminoase ale monoradicularilor
- B. Canalele cu apex larg deschis
- C. Canalele aplatizate in portiunea apicala
- D. Canalele in forma citerei ”C”
- E. Canalele ovalare in portiunea apicala

(pag. 221) **B, C, E**

4*. Timpul în care gutaperca rămâne plastică în canal după îndepartarea plugger/spreader-ului încălzit din canal, este:

- A. 20 sec



- B. 30 sec
- C. 10-15 sec
- D. 50 sec
- E. 60 sec

(pag. 229) **C**

5*. Tehnica de condensare verticala la cald a gutapercii are ca avantaje:

- A. Nu necesita mult timp
- B. Asigura o obturatie omogena a canalelor
- C. Nu necesita instrumente speciale
- D. Nu necesita o largire excesiva a canalelor
- E. Frecventa mica a obturatiilor cu depasire comparativ cu alte tehnici

(pag. 232) **B**

6. Tehnica de condensare termomecanica a gutapercii (McSpadden) este contraindicată in :

- A. Canale inguste
- B. Canale foarte largi
- C. Canale curbe
- D. Canale cu multe ramificatii
- E. Canale cu delta apicală

(pag. 235) **A, C**

7. Materialele utilizate pentru efectuarea unei obturatii de canal segmentare, pot fi:

- A. Amalgamul de argint
- B. Gutaperca
- C. Conurile metalice de argint
- D. Conurile metalice de titan
- E. Amalgamul de cupru

(pag. 238) **A, B, C, D**

8. Avantajele folosirii conurilor de titan in obturatia radiculara:



- A. Sunt nedeformabile
- B. Au rigiditate superioara conurilor de argint
- C. Sunt biocompatibile
- D. Au rigiditate inferioara conurilor de argint
- E. Lipsa coroziunii

(pag. 244) **B, C, E**

9. Obturația de canal cu conuri metalice NU este indicata in :

- A. Canale ovale
- B. Canale inguste
- C. Foramen apical larg
- D. Canale cu curbura accentuata
- E. Resorbții radiculare interne

(pag. 245) **A, C, E**



TEMA 41. TRATAMENTUL PARODONTITELOR APICALE ACUTE ȘI CRONICE (7, pag. 250 – 260)

1. Tratamentul parodontitei apicale hiperemice consecutive gangrenei pulpare, presupune:

- A. tratament mecanic canalar
- B. aplicarea de pansament cu antiseptice
- C. aplicarea de paste cu antibiotice
- D. pulpectomie
- E. obturatie de canal in aceeasi sedinta.

(pag. 250 – 255) **A, C**

2. Factorii de care depinde intensitatea manifestarilor clinice in parodontitele apicale sunt:

- A. starea parodontiului apical inainte de efectuarea obturatiei
- B. volumul de substanta care a depasit apexul
- C. topografia loco-regionala
- D. patologia dintelui afectat
- E. calitatea materialului de obturatie.

7, (pag. 251) **A, B, C, E**

3. *In tratamentul parodontitei apicale acute exudative purulente la adulti, Diclofenacul se administreaza dupa urmatoarea schema:

- A. 0,250 g de doua ori pe zi
- B. 0,250 g o data pe zi
- C. 0,200g o data pe zi
- D. 0,200g de 5 ori pe zi
- E. 0,500 g de 2 ori pe zi.

(pag. 253) **A**

4. In tratamentul general cu antibiotice al parodontitelor apicale exudative seroase se poate administra:



- A. penicilina
- B. ampicilina
- C. fenilbutazona
- D. diclofenacul
- E. tetraciclina.

(pag. 253) **A, B, E**

5. Tratamentul in parodontita apicala hiperemica consecutiva inflamatiei seroase pulpare presupune:

- A. drenaj endodontic
- B. drenaj transosos
- C. rezectie apicala
- D. extirpare pulpara
- E. obturatie de canal in aceeasi sedinta.

(pag. 254 – 255) **D, E**

6. *În parodontita apicala hiperemica consecutiva acutizarii unui proces cronic preexistent, se realizeaza:

- A. tratament mecanic cu permeabilizarea apexului
- B. tratament mecanic fara permeabilizarea apexului
- C. aplicarea imediata de pansament ocluziv cu antiseptic (Walkhoff)
- D. lasarea inchisa a dintelui pentru cateva zile
- E. obturatie definitiva de canal in aceeasi sedintă

(pag. 255) **A**

7. În parodontita apicala acuta purulenta faza endoosoasa, se realizeaza:

- A. incizia mucoasei si lama de dren
- B. drenajul endodontic
- C. medicatie analgetica
- D. pansament cu antiseptice
- E. drenajul transosos



(pag. 254 – 257) **B, C, E**

8. Tratamentul inflamației postobturatie consta in:

- A. iradieri locale cu radiatii ultraviolete
- B. tratament antiinflamator, antialgic
- C. iradieri locale cu radiatii infrarosii
- D. infiltratii plexale in dreptul apexului cu novocaina 1%, 1-2ml
- E. prisnite cu apa la temperatura camerei, aplicate pe obraz.

(pag. 256) **B, C, D, E**

9*. Tratamentul parodontitei apicale cronice fistulizate:

- A. tratament de gangrena
- B. rezectie apicala
- C. radiclectomie
- D. extractie
- E. cauterizare electrica.

(pag. 260) **A**



TEMA 42. MORFOFIZIOLOGIA PARODONTIULUI MARGINAL (8, PAG. 26 -89)

1. Eruptia dentara continua:

- A. are loc pana in momentul intalnirii dintilor antagonisti,cand se opreste
- B. presupune deplasare a epiteliului jonctional
- C. se produce in tot cursul vietii, chiar in prezenta antagonistilor
- D. are doua componente: activa si pasiva
- E. se produce doar in lipsa antagonistilor

(Pag.36) C, D

2. Cementul radicular:

- A. este componenta a parodontiului marginal de invelis
- B. este un tesut de tip conjunctiv
- C. este interfata dintre radacina dintelui si osul alveolar
- D. acopera smaltul cervical in 60-65 % din cazuri
- E.este in cea mai mare parte dispus radicular

(Pag.59) B, D, E

3*. Cementul secundar celular:

- A. este situat in treimea apicala a radacinii
- B. grosimea lui variaza intre 150 si 210 μm
- C. este situat la nivelul furcatiilor dintilor pluriradiculari
- D. la microscopul electronic prezinta benzi formate din fibre de colagen
- E. substanta minerala din compozitia lui este in proportie de 61 % din greutate

(Pag.60) C

4. Compozitia cementului fibrilar, acelular este:

- A. proteoglicani
- B. cristale fine ,aciculare de hidroxiapatita
- C glicoproteine



- D. apa
- E. collagen

(Pag.60) **B, D**

5. Celulele epiteliale Malassez:

- A. sunt celule provenite din teaca lui Hertwing si diagrama epiteliala în cursul cementogenezei
- B. sunt celule de aparare prezente în numar redus în desmodontiul normar
- C. au înalt potential de transformare în celule ca fibroblasti, cementoblasti
- D. sunt întâlnite la nivelul desmodontiului
- E. numarul lor variaza în functie de vârsta pacientului

(Pag.62) **A, D**

6. Sistemul ligamentar supraalveolar îndeplineste urmatoarele roluri:

- A. asigura fixarea si mentinerea gingiei pe dinte la un nivel constant
- B. asigura fixarea si mentinerea dintelui în os
- C. întareste structura corionului gingival
- D. formeaza o bar iera biologic rezistenta în timp fata de agresiunea microbiana
- E. se opune tendintelor de retr actie gingivala pr in agresiuni mecanice directe asupra marginii gingivale libere

(Pag.71) **A, C, D, E**

7.*Ligamentul supraalveolar:

- A. asigura fixarea fibrelor intergingivale
- B. se opune tendintelor de retractie gingivala
- C. asigura procesul fiziologic de remaniere a osului alveolar
- D. are un rol important in mentinerea si localizarea retelei de vase sanguine
- E. impiedica transmiterea presiunilor de masticatie

(Pag.7) **I B**

8. Funcțiile desmodontiului si ligamentului periodontal sunt:



- A. preluarea solicitărilor exercitate asupra dintelui
- B. funcția de nutriție
- C. asigură un suport integru de-a lungul rădăcinii dentare
- D. funcția senzitivă și senzorială
- E. funcția de structurare și restructurare tisulară

(Pag.73-74) **A, B, D, E**

9.*Funcțiile osului alveolar sunt:

- A. de structurare tisulară
- B. fixarea fibrelor ligamentului periodontal
- C. senzitivă
- D. de nutriție
- E. senzorială

(Pag.74) **B**

10. În cadrul complexului morfofuncțional cement-desmodontiu-os alveolar, osul alveolar asigură implantarea dinților prin:

- A. realizarea unei legături strânse de tip anchiloză cu dinții
- B. fixarea fibrelor ligamentului parodontal
- C. preluarea solicitărilor exercitate asupra dintelui și transformarea în tracțiuni dispersate în mod echilibrat în osul alveolar
- D. asigurarea unui suport integru de-a lungul rădăcinii dentare care se constituie într-un brat de pârghie intraalveolar
- E. existența unei apozitii permanente care compensează liza marginală fiziologică

(Pag.74) **B, C, D**



Universitatea „Apollonia” din Iași
EUROPEAN BUSINESS ASSEMBLY, prin SOCRATES COMMITTEE OF OXFORD, a declarat
UNIVERSITATEA APOLLONIA „BEST REGIONAL UNIVERSITY”

Str. Muzicii nr. 2, Iași, 700399
Tel: 0232/210.310; Fax: 0232/210.310
E-mail: secretariat@univapollonia.ro
www.univapollonia.ro





TEMA 43. ETIOPATOGENIA PARODONTITELOR MARGI NALE CRONICE (8, PAG103-155)

1. Conținutul plăcii bacteriene:

- A. mucina
- B. celule epiteliale
- C. celule fagocitare
- D. componente organice (săruri de calciu și fosfor)
- E. lizozim

(Pag.106) **A, B, C**

2. Factorii care influențează formarea plăcii bacteriene sunt:

- A. alimentația
- B. malpozițiile dentare
- C. ocluzia deschisa
- D. stresul
- E. edentația

(Pag.109) **A, B, C**

3. Placa subgingivala tanara contine:

- A. flora gram-pozitiva
- B. flora gram-negativa
- C. coci
- D. bacili
- E. spirochete

(Pag.110) **A, C, D**

4. Următoarele afirmații sunt adevarate despre *Actinobacillus Actinomycte*:

- A. este patogen major
- B. este facultativ anaerob



- C. creșterea este favorizată de atmosfera îmbogățită de CO₂ 5-10%
- D. este strict anaerob
- E. nu se găsește în parodontita juvenilă localizată

(Pag.112) **A, B, C**

5. Factorii de apărare ai lichidului santului gingival sunt:

- A. complementul
- B. lizozimul
- C. anticorpi din clasa I gG
- D. anticorpi din clasa IgM
- E. celule polimorfonucleare

(Pag.126) **A, C, D**

6. Tartrul subgingival:

- A. este de culoare alb-galben
- B. are consistență crescută
- C. este dispus în santul gingival sub marginea gingivală liberă
- D. este de culoare maroniu-închis spre negru
- E. suprafața este dură, neregulată

(Pag.139) **B, C, D, E**

7. Tartrul supragingival are o incidență legată de vârstă de :

- A. 44-88 % la 16-21 ani
- B. 37-70 % la 9-15 ani
- C. 86-100 % după vârsta de 40 ani
- D. 76-90 % după vârsta de 40 ani
- E. 100 % după vârsta de 9 ani

(Pag.141) **A, B, C**



8. Tartrul dentar se formează mai rapid datorită următorilor factori :

- A. localizarea dintelui pe arcada
- B. variațiile individuale ale fluxului salivar
- C. natura alimentelor
- D. particularitățile masticației
- E. reliefului ocluzal

(Pag.141) **A, B, C, D**

9. Trauma ocluzala poate fi:

- A. acuta
- B. cronica
- C. primara
- D. secundara
- E. mixta

(Pag.144-145) **A, B, C, D**

10. Anomaliile dento- maxilare care favorizeaza producerea parodontopatiilor marginale cronice sunt:

- A. incongruenta dento-alveolara cu inghesuire
- B. ocluzia cap la cap
- C. ocluzia deschisa
- D. ocluzia adanca acoperita
- E. incongruenta dento-alveolara cu spatiere

(Pag.147) **A, C, D, E**

11. Fumatul actioneaza local prin:

- A. iritatii indirecte
- B. iritatii directe
- C. depuneri de nicotina
- D. vasoconstrictie periferica
- E. ischemie



(Pag.150-151) **B, C**

12. Bolile hematologice se însoțesc de :

- A. Atrofii gingivale
- B. Hiperplazii gingivale
- C. Gingivoragii
- D. Ulceratii ale mucoasei orale
- E. Demineralizarea osului alveolar

(Pag.154) **B, C, D, E**



TEMA 44. DIAGNOSTICUL ÎMBOLNAVIRILOR GINGIVO-PARODONTALE (8, PAG 189-201)

1*.Severitatea bolii parodontale este mare cand pungile parodontale au adancimi de:

- A. >6 mm
- B. Sub 3 mm
- C. 3-5 mm
- D. 2 mm
- E. 1,5 mm

(Pag.191) **A**

2*.Gingivita se insoțeste de următoarele modificari radiologice:

- A. Resorbtie osoasa la nivelul apexului
- B. Uneori demineralizare a limbusurilor alveolare si crestei marginale
- C. Halistereza marginala
- D. Craterile pr oximale
- E. Condensare osoasa

(Pag.192) **B**

3. Semnele histopatologice in gingivite NU sunt:

- A. Jonctiunea gingivo-dentara integra
- B. Eroziuni ale epiteliului sulcular
- C. Disjunctii de collagen mai reduce ca in parodontita adultului
- D. Infiltrat infla mator predominant plasmocitar
- E. Bogat infiltrat limfocite T

(Pag.192) **C, D**

4. Bolnavii cardiaci netratati cu inhibitor i ai canalelor de calciu nu prezinta:

- A. Zone restranse de edem
- B. Disjunctie intr e epiteliu si corion



- C. Infiltrat plasmocitar neglijabil în corion
- D. Vasele din corion au peretii subțiați și lumen larg
- E. Fibroblăști cu semne de suferință sau degradați

(Pag.193) **A, C, D**

5. Gingivitele descuamative NU apar în:

- A. Lichen Plan
- B. Sarcina
- C. Tulburări neurovegetative
- D. Diabet
- E. Sclerodermie

(Pag.194) **A, B, D, E**

6. Semnele clinice ale parodontitelor marginale cronice NU pot fi:

- A. Inflamația gingivală
- B. Mobilitatea dentară accentuată
- C. Culoarea roz palidă a gingiei marginale
- D. Pungi parodontale
- E. Depozite mari de placă și tartru

(Pag.194) **B, C**

7. Parodontita marginală cronică:

- A. Apare peste vârsta de 40 de ani
- B. Apare la persoane cu igienă orală bună
- C. Sunt prezente depozite reduse de placă bacteriană
- D. Evoluție rapidă
- E. Sunt prezente pungi parodontale

(Pag.194) **A, E**

8*. Hiperplazia hidantoinică se manifestă prin următoarele simptome:



- A. Sangerare gingivala
- B. Recesiuni gingivale
- C. Noduli papilari fermi la nivelul dintilor frontali
- D. Feston gingival ingrosat la nivelul dintilor frontali
- E. Noduli gingivali la nivelul dintilor laterali

(Pag.194) **C**

9.*Parodontitele agresive apar frecvent:

- A. La pacienti tineri
- B. Doar la pacienti de rasa mongoloida
- C. Doar la pacienti de sex masculin
- D. Doar la pacienti de sex feminin
- E. Doar la pacienti sub varsta de 18 ani

(Pag.195) **A**

10.*Una din următoarele afirmații este adevărată:

- A. Parodontita agresiva este mai des întâlnita decât parodontita cronica.
- B. Speciile microbiene cel mai frecvent întâlnite sunt *Actinobacillus Actinomycetemcomitans* și *Prevotella intermedia*.
- C. Parodontita agresiva apare mai frecvent dupa vârsta de 50 de ani.
- D. Distructia epitelului jonctional in parodontita agresiva se realizeaza lent
- E. Distructia epitelului jonctional in parodontita agresiva se poate opri uneori spontan in cursul bolii

(Pag.195-196) **E**

11. Parodontitele agresive NU:

- A. Sunt frecvent circumpubertare
- B. Sunt dete minate genetic
- C. Apar dupa varsta de 35 de ani
- D. Disjunctia gingivo-dentara se realizeaza rapid
- E. Speciile microbiene cele mai frecvente sunt *Actinobacillus Actinomycetemcomitans* și *Porphyromonas Gingivalis*



(Pag.196) **B, C**

12. Speciile microbiene cel mai frecvent întâlnite și implicate în etiologia parodontitei agresive sunt:

A. *Aggregatibacter Actinomycetemcomitans*

B. *Prevotella intermedia*

C. *Actinomyces naeslundii*

D. *Porphyromonas gingivalis*

E. *Streptococcus pyogenes*

(Pag.196) **A, D**



**TEMA 45. CLASIFICAREA BOLILOR PARODONTIULUI MARGINAL
(8, pag. 205-219)**

1*. Dupa Carranza in parodontite intra urmatoarele afectiuni:

- A. Atrofia parodontala
- B. Trauma ocluzala
- C. Gingivita asociata cu dermatoze
- D. Parodontita rapid progresiva a adultului
- E. Manifestari parodontale ale unor boli generale

(Pag. 210) **D**

2. În clasificarea lui F. Carranza gasim urmatoarele forme de imbolnavire:

- A. Gingivite si parodontite
- B. Gingivite si parodontoame
- C. Gingivite, parodontite si parodontoze
- D. Gingivite, parodontite, trauma ocluzala, manifestari parodontale ale unor boli sistemice
- E. Parodontite, gingivite, parodontoze, parodontoame

(Pag. 210) **A, D**

3. Gingivite si gingivo-stomatite acute si subacute sunt:

- A. Gingivo-stomatita herpetica
- B. Gingivita alergica
- C. Gingivo-stomatita de menopauza
- D. Gingivo-stomatita aftoasa recidivanta
- E. Gingivo-stomatita ulcero-necrotica

(Pag. 210) **A, E**

4. Clasificarea lui Armitage (1999) descrie:

- A. Leziuni gingivale induse de placa bacteriana
- B. Leziuni gingivale neinduse de placa bacteriana



- C. Reactii alergice gingivale
- D. Retractia gingivala
- E. Tumori gingivo-parodontale benigne si maligne

(Pag. 214) **A, B, C**

5. In gingivite este afectat parodontiul de invelis, cu exceptia:

- A. Epiteliului
- B. Corionului gingival
- C. Sistemului ligamentar supraalveolar
- D. Sistemului ligamentar profund
- E. Osului alveolar

(Pag. 217) **D, E**

6. Dupa Catedra de Parodontologie din Bucuresti, in functie de gradul de afectare al structurilor parodontiului marginal, bolile se clasifica in:

- A. Gingivite
- B. Abcesele parodontiului
- C. Parodontite
- D. Tumori gingivale
- E. Trauma ocluzala

(Pag. 217) **A, C**

7. Gingivitele induse de placa bacteriana specifica sunt:

- A. Gingivita cronica simpla
- B. Gingivita hiperplazica prin inflamatie microbiana
- C. Gingivita alergica
- D. Gingivita descuamativa
- E. Gingivita hiperplazica ereditara

(Pag. 218) **A, B**



8. Gingivite neinduse de placa bacteriana specifica sunt:

- A. Gingivita hiperplazica prin cyclosporine
- B. Gingivita alergica
- C. Gingivita descuamativa
- D. Gingivita hiperplazica ereditara
- E. Gingivita hiperplazica prin antagonisti de calciu

(Pag. 218) **B, C, D**

9. Bolile hematologice in care apar gingivite sunt:

- A. Leucemii acute si cronice
- B. Anemii
- C. Trombocitopenii
- D. Agranulocitoza
- E. Diabet

(Pag. 218) **A, B, C, D**



TEMA 46. FORME CLINICE - SIMPTOMATOLOGIE IN GINGIVITE - PARODONTITE MARGINALE (8, pag. 221-280)

1. Gingivita si gingivostomatita de menopauza. Semne obiective:

- A. Senzatiile de uscaciune si de arsura la nivelul mucoasei gingivale si orale
- B. Senzatiile dureroase la contactul cu alimente sau bautiri reci sau fierbinti
- C. Mucoasa gingivala si orala au aspect uscat, neted
- D. Senzatiile anormale de gust: acru, sarat
- E. Cateodata, fisuri ale mucoasei gingivale

(Pag. 230) **C, E**

2. Principalele mecanisme prin care diabetul actioneaza asupra gingiei sunt:

- A. Dereglarea metabolismului local si acumularea de compusi intermediari, cu actiune toxica, prin acidoza tisulara
- B. Cresterea trigliceridelor si a moleculelor lipoproteice de colesterol cu densitate mare (hdl)
- C. Modificari vasculare
- D. Nevrita diabetica
- E. Scaderea sintezei de colagen

(Pag. 230-231) **A, B, C, D**

3*. In gingivita hiperplazica din leucemii:

- A. Numarul de leucocite variaza intre 8.000 si 110.000/mm³
- B. Starea generala este nu este afectata
- C. apare cel mai frecvent in leucemia cronica
- D. Ulceratiile apar frecvent pe gingie
- E. Ulceratiile sunt nedureroase

(Pag. 234) **D**

4. In leucemia acuta mieloblastica simptomele sunt :

- A. Gingivoragii precoce
- B. Ulceratii



- C. Hiperplazia gingivala
- D. Astenia
- E. Fatigabilitatea

(Pag.234) **A, B, C**

5. Gingivita si gingivostomatita ulcero-necrotica a fost denumita si

- A. Gura ulceroasa
- B. Gura de transee
- C. Gura dureroasa
- D. Gura de razboi
- E. Gura de stres

(Pag. 241) **B, C**

6. In producerea gingivostomatitei ulcero-necrotice sunt incriminate urmatoarele specii:

- A. Actinomyces
- B. Porphyromonas gingivalis
- C. Prevotella intermedia
- D. Campylobacter rectus
- E. Tannerella forsythensis

(Pag. 242) **B, C**

7. Listgarten descrie la nivelul zonelor ulcerate si necrozate:

- A. Zona saraca in leucocite
- B. Zona de infiltratie spirochetala
- C. Zona bacteriana
- D. Zona de necroza
- E. Zona de ulceratie

(Pag. 242) **B, C, D**

8. Diagnosticul diferential al gingivostomatitei ulcero-necrotice se face cu:



- A. Leucemie cronică
- B. Agranulocitiză
- C. Meningită
- D. Abces cerebral
- E. Gingivostomatită aftoasă

(Pag. 244) **B, E**

9. În formă acută, pericoronaritele au următoarea simptomatologie:

- A. Dureri intense la atingerea gingiei
- B. Halena fetidă intensă
- C. Hipersalivatie
- D. Trismus
- E. Pungi false

(Pag. 245) **C, D**

10. Gingivita hiperplazică (fibromatoasă) ereditară mai este cunoscută și sub denumirea de :

- A. Gingivomatoză
- B. Elefantiazis gingival
- C. Fibromatoză idiopatică
- D. Fibromatoză gingivală ereditară
- E. Hiperplazie gingivală neereditară

(Pag. 245) **A, B, C, D**

11*. Histopatologic, în gingivită alergică, se constată:

- A. Alterări celulare în stratul cornos
- B. Alterări ale membranei bazale
- C. Hiperkeratoză
- D. Aspect papilomatosis al jonctiunii corio-epiteliale
- E. Vascularizație redusă în corionul gingival

(Pag. 246) **C**



12. Manifestari gingivale in lichenul plan:

- A. Leziuni hiperkeratozice de tip reticular sau dendritic
- B. Leziuni sub forma de papule izolate
- C. Leziuni sub forma de placard
- D. Vezicule si bule care nu se sparg
- E. Eroziuni si ulceratii

(Pag. 249) **A, B, C, E**

13. Leziunile candidozice la adulti au urmaoarele forme clinice:

- A. Fisuri si ulceratii ale comisurilor cavitatii orale
- B. Uneori xerostomie
- C. Hipertrofia papilelor filiforme ale limbii
- D. Hiperkeratoza epiteliului gingival,lingual
- E. Aspect de tip pseudomembranos ,placi albe de tip lapte inchegat

(Pag. 253) **A, B, D, E**

14. Semnele clinice in Parodontita juvenila :

- A. Mobilitate dentara fiziologica
- B. Retractie gingivala
- C. Pungi parodontale false
- D. Hiperestezie dentinara
- E. Formarea de abcese parodontale

(Pag. 257) **B, D, E**

15. In Parodontita juvenila, in forma localizata modificarile apar la :

- A. Primii molari inferiori si superior
- B. Incisivii superiori si inferiori
- C. Primii molari si incisivi
- D. Primii molari, incisivi si dintii imediat vecini
- E. Ultimii molari superiori



(Pag. 257) **A, B, C, D**

16.* Semnele obiective in Parodontita marginala cronica profunda lent progresiva sunt:

- A. Mobilitatea patologica gradul 2 sau 3
- B. Retractie gingivala
- C. Tulburari de masticatie
- D. A si B
- E. B si C

(Pag. 264) **D**

17.* Semnele clinice imediate ale traumei ocluzale sunt :

- A. Jena dureroasa
- B. Durere violenta trecatoare(in cateva secunde)
- C. Dureri prelungite
- D. A si B
- E. A,B si C

(Pag. 272) **E**

18. Gradul de retractie gingivala poate fi influentat de urmatorii factori:

- A. Bruxismul
- B. Unele obiceiuri vicioase
- C. Depuneri mici de tartru in zona santului gingival
- D. Gingivectomia
- E. Tulburari de eruptie

(Pag. 275) **A, B, D, E**



**TEMA 47. EVOLUTIE, PROGNOSTIC SI COMPLICATII ALE
PARODONTOPATIILOR
(8, pag. 283-286)**

1. Hiperestezia suprafetelor radiculare reprezinta:

- A. Senzația dureroasă ce apare în cazul neinstrumentării și neobturării unui canal radicular lateral după o pulpectomie vitală
- B. Senzația dureroasă în cazul neadaptării marginale unei lucrări protetice pe un bont protetic vital
- C. Senzația dureroasă ce apare după stimularea prin agenți chimici, mecanici și termici a unei zone de colet ce prezintă o obturație percolată
- D. Senzația dureroasă de intensitate redusă, medie sau intensă ce se produce după contactul cu agenți mecanici, termici sau chimici
- E. Senzația dureroasă pulsatilă frecvent asociată cu edemul marginii gingivale, produsă prin impact alimentar

(Pag. 283-285) **D**

2. Complicațiile locale ale bolii parodontale sunt:

- A. Parodontitele apicale subacute retrograde
- B. Parodontitele apicale cronice retrograde
- C. Necrozele pulpare
- D. Pulpitele acute laterograde
- E. Pulpitele cronice.

(Pag. 283-285) **A, B, C, D**

3. Subiectiv, simptomatologia în abcesul parodontal marginal cuprinde :

- A. Dureri intense chiar violente uneori
- B. Dureri ce iradiază în zone învecinate
- C. Jena dureroasă la masticatie
- D. Jena dureroasă la fonatie
- E. Durere ce simulează fenomene de otita.



(Pag. 283) **A, B, C, E**

4. Obiectiv, abcesul parodontal marginal descrie:

- A. Tumefactie circumscria ,ovalara, cu dimensiuni variabile, de la 1-2 mm in diametru pana la 1,5 cm sau mai mult
- B. Mucoasa acoperitoare este intinsa, lucioasa, rosie
- C. Consistenta abcesului situat vestibular este moale
- D. Consistenta abcesului situat lingual este moale
- E. Jena dureroasa la masticatie.

(Pag. 284) **A, B, C, D**

5. Netratat, abcesul parodontal marginal se poate complica prin:

- A. Pulpite acute
- B. Parodontite apicale acute retrograde
- C. Fistulizare
- D. Osteite
- E. Osteomielite.

(Pag. 284) **A, B, D, E**

6. Mecanismele posibile de producere ale hiperesteziei dentinare sunt:

- A. Stimularea indirecta a unor terminatii nervoase dentinare
- B. Stimularea prelungirilor odontoplastice din tubii dentinari
- C. Stimularea nervoasa prin eliberarea unor polipeptide in cursul agresiunilor pulpei dentare
- D. Stimularea formatiunilor nervoase ale pulpei, ca urmare a deplasarii lichidului dentinal prin mecanisme hidrodinamice
- E. Stimularea activitatii ameloblastilor

(Pag. 285) **B, C, D**

7. Hiperestezia dentinara:



- A. Senzație dureroasă de intensitate redusă, medie sau intensă
- B. Apare după contactul suprafeței radiculare cu agenți mecanici, chimici sau termici
- C. Poate apărea după hipercreșteri gingivale
- D. Poate apărea în cazul punșilor parodontale false
- E. Poate apărea după detartraj și chiuretaj radicular

(Pag. 285) **A, B, E**

8. Factori ce favorizează apariția cariilor situate sub coletul anatomic al dintelui:

- A. Rezistență mecanică redusă a smalțului
- B. Grosimea redusă a smalțului și cimentului radicular
- C. Rezistență mecanică redusă a cimentului
- D. Rezistență mecanică redusă a dentinei radiculare
- E. Grosimea redusă a dentinei radiculare

(Pag. 285) **C, D**

9. Lacunele cuneiforme:

- A. Apar la coletul dinților
- B. Mai frecvent pe fața vestibulară
- C. Apare ca o lipsă de substanță
- D. De formă triunghiulară
- E. Cu baza spre axul longitudinal al dintelui

(Pag. 285) **A, B, C, D**

10. Necrozele pulpare ca și complicație a bolii parodontale:

- A. Sunt consecința atacului microbian
- B. Sunt consecința traumatismului mecanic
- C. Implică frecvent dinți cu mobilitate fiziologică
- D. Pot apărea prin leziuni directe în cursul intervențiilor chirurgicale parodontale în punși false
- E. Sunt consecința rupturii pachetului vasculo-nervos apical



(Pag. 285) **B, E**

11. Complicațiile loco-regionale ale bolii parodontale:

- A. Abcesul cerebral
- B. Sinuzita maxilară
- C. Osteite și osteomielite ale oaselor maxilare
- D. Otite
- E. Tromboflebita sinusului cavernos

(Pag. 286) **A, B, C, E**



**TEMA 48. TRATAMENTUL GINGIVITELOR SI PARODONTITELOR MARGINALE
(8, pag. 288-374)**

1*. Mijloacele prin care pacientul realizeaza igienizarea sunt:

- A. Debridarea gingivala
- B. Îndepartarea placii bacteriene prin periaj
- C. Tratamentul mecanic al suprafetelor radiculare accesibile
- D. Detartrajul supreagingival ultrasonic
- E. Detartrajul subgingival

(Pag. 292) **B**

2*. Periajul gingivo-dentar urmarește:

- A. Stimularea circulației sanguine in parodontiu
- B. Îndepartarea pigmentațiilor bacterine
- C. Efectuarea unui tratament antimicrobian eficient
- D. Sa blocheze sangerarea gingivala cu ajutorul substantelor astringente
- E. Lustruirea dinților

(Pag. 292) **A**

3. Periile dentare aspre favorizeaza:

- A. Albirea dinților
- B. Retractiva gingivala
- C. Curatirea, sunt cele mai recomandate pentru curatire și îndepărtarea petelor
- D. Suprainfectarea gingivala, aparitia de abcese gingivale
- E. Uzura cementului radicular

(Pag. 294) **B, D, E**

4. NU sunt caracteristici ale chiuretelor Gracey:



- A. Sunt chiurete universale
- B. Sunt active in toate zonele si suprafetele radiculare
- C. Au doua muchii taioase
- D. Nici una de mai sus
- E. Partea activa mai ales in treimea terminala sau frontala se adapteaza cel mai bine pe suprafetele curbe ale radacinii

(Pag. 314) **A, B, C**

5. Indicațiile detartrajului cu ultrasunete:

- A. La bolnavii hemolitici
- B. În gingivostomatita ulcero-necrotică
- C. La bolnavii cu reflexe de vomă exagerate
- D. Reduc inflamația și acumularea de placă
- E. La purtătorii de stimulare cardiacă

(Pag. 324) **A, B, D**

6. Avantajele detartrajului sonic:

- A. Preț de cost mai mic decât al aparatului cu ultrasunete
- B. Consum redus de energie
- C. Are efect cauterizant
- D. Este folosit în hiperplaziile de sarcină
- E. Nu necesită răcire cu apă

(Pag. 327) **A, B, E**

7. Dezavantajele detartrajului ultrasonic:

- A. Hiperestezie dentinară
- B. Posibilitatea dizlocării fațetelor
- C. Răcirea cu apă filtrată
- D. Fracturarea frecventă a varfului ansei de detartraj
- E. Contaminarea cabinetului și a personalului cu particule fine rezultate de proiectarea jetului de apă



(Pag. 327) **A, B, E**

8. Dezavantajele detartrajului sonic:

- A. O singură treaptă de putere
- B. Vibrații între 6200-6500 cicli pe secundă
- C. Volum mare
- D. Racirea cu apă
- E. Eficiență mai redusă decât a aparatului cu ultrasunete

(Pag. 327) **A, E**

9. Avantajele detartrajului ultrasonic:

- A. Mijloc de detartraj eficient
- B. Consum redus de energie
- C. Bine suportat, nedureros la adulți
- D. Îndepartează depozite pigmentare
- E. Nu necesită răcire cu apă

(Pag. 327) **A, C, D**

10. Cele mai utilizate antiseptice cu acțiune specific antiplaca sunt :

- A. Clorhexidina
- B. Cloramina T
- C. Sanguinarina
- D. Alexidina
- E. Triclosanul

(Pag.328) **A, C, E**

11*. Acțiunea Clorhexidinei se exercita :

- A. Între 4 și 8 ore
- B. 24 ore
- C. Între 8 și 12 ore
- D. Între 12 și 24 ore



E. 12 ore

(Pag. 328) C

12. Irigatia supragingivala cu Clorhexidina :

- A. Produce o inhibare totala a formarii placii supragingivale
- B. Se face de doua ori pe zi
- C. Se face o data pe zi
- D. Se utilizeaza 400 ml solute
- E. Nu are efecte secundare de colorare

(Pag.329) A, C, D, E



TEMA 49. IMOBILIZAREA DINTILOR PARODONTOTICI
(8, pag 427-461)

1*. Imobilizarea dintilor parodontotici este cu atat mai eficace cu cat:

- A. Dintii sunt mai putin mobili
- B. Este mai mare recesiunea
- C. Poligonul de imobilizare este mai mare
- D. Mobilitatea dintilor este mai crescuta
- E. Poligonul de imobilizare este mai mic

(Pag. 429) C

2*. Angrenarea dintilor mobili trebuie sa se realizeze:

- A. Cat mai aproape de marginea incizala sau de suprafata ocluzala
- B. La nivelul cingulumului
- C. În treimea coronara a radacinii
- D. Cat mai departe de marginea incizala sau de suprafata ocluzala
- E. Cat mai aproape de hypomoclion

(Pag. 431) A

3. Extirparea pulpara efectuata inaintea imobilizarii dintilor parodontotici este indicata in urmatoarele situatii:

- A. Profilactic
- B. Pulpa dentara prezinta o reactivitate scazuta evidentiata prin teste de vitalitate
- C. La dintii cu pungi parodontale foarte profunde care ajung pana in zona parodontiului apical
- E. Terapeutic pentru a opri in evolutie parodontopatia
- E. Cand imobilizarea se va face cu dispozitiv de imobilizare mobil

(Pag. 435) B, C

4*. Pot fi mentinuti pe arcade in vederea imobilizarii:

- A. Dintii a caror resorbtie osoasa nu depaseste 2/3 din inaltimea septurilor alveolare



- B. Dintii cu resorbție osoasă ce depășește $2/3$ din înălțimea septurilor alveolare
- C. Dinti cu mobilitate gr. III
- D. Dinti cu punji parodontale adânci ce ajung la parodontiul apical
- E. Dinti cu recesiune totală de peste 10 mm

(Pag. 437) **A**

5. Imobilizarea temporară este un procedeu terapeutic ce are drept scop:

- A. Restabilirea funcțională
- B. Repoziționarea mandibulei față de maxilar
- C. Încetinirea vindecării parodontale
- D. Redarea fizionomiei
- E. Grabirea vindecării parodontale

(Pag. 441) **A, E**

6. Șina de imobilizare din materiale compozite este indicată:

- A. Pentru imobilizare temporară de lungă durată (6-12 luni)
- B. La nivelul frontalilor inferiori
- C. La nivelul frontalilor superiori
- D. Pe fețele vestibulare
- E. Pe fețele ocluzale

(Pag. 451) **A, B**

7. Pentru imobilizarea cu anse de sarmă în “U” intracoronar și intraradicular:

- A. Se păstrează vitalitatea dinților
- B. Se folosește sarmă de viplă rotundă cu diametrul de 0,9 mm
- C. Se folosesc anse prefabricate din sarmă de viplă
- D. Se folosește sarmă de viplă cu diametrul de 0,25 mm
- E. Se devitalizează dinții în prealabil

(Pag. 454) **B, E**



TEMA 50. ORIENTARI TERAPEUTICE PRINCIPALE SI SCHEME DE TRATAMENT (8, pag. 465-477)

1. Tratamentul in gingivita cronica simpla urmareste:

- A. Depistarea factorilor locali cauzali
- B. Instruirea pacientului pentru folosirea unor mijloace secundare de igiena
- C. Debridare gingivala
- D. Detartraj
- E. Chiuretaj parodontal

(Pag.465) A, B, C, D

2*. Tratamentul gingivitei de pubertate constă în:

- A. Îndepărtarea tartului supra și subgingival
- B. Educarea gravidelor pentru igiena bucală corectă
- C. Tratament chirurgical cu adiție de os
- D. Antibioterapie
- E. Tratament antiviral

(Pag. 466) A

3. Tratamentul local al gingivitelor hiperplazice medicamentoase constă în:

- A. Reducerea fenomenelor acute sau subacute
- B. Spălături cu soluții antiseptice
- C. Aplicații de colutorii complexe cu antibiotice
- D. Operatii cu lambou
- E. Chiuretaj parodontal

(Pag. 468) A, B, C

4. În cazul declanșării unei crize epileptice se procedează astfel:

- A. Pacientul va fi ferit de lovirea cu elemente dure
- B. Capul va fi aplecat înainte și în jos



- C. Administrarea intravenos sau intramuscular de Diazepam 0,010 g
- D. Nu se administrează oxigen
- E. Se administrează Prednison

(Pag. 468) **A, B, C**

5. In gignvita herpetica spalaturile bucale se pot realiza cu:

- A. Permanganat de potasiu
- B. Apa oxigenata
- C. Cloramina 3%
- D. Solutie Romazulan
- E. Ceai de musetel

(Pag. 471) **A, D, E**

7. Schema de tratament a parodontitei marginale cronice superficiale cuprinde:

- A. Administrarea sistemica de antibiotice
- B. Detartraj supra si subgingival
- C. Debridare gingivala
- D. Tratament chirurgical
- E. Clatiri orale cu solutii antiseptice

(Pag. 472) **B, C, D, E**

8. Tratamentul parodontitei marginale cronice superficiale constă în:

- A. Debridare gingivală
- B. Detartraj
- C. Tratament antimicrobian și antiinflamator
- D. Tratament chirurgical
- E. Antibioterapie

(Pag. 472) **A, B, C, D**

9. Tratamentul definitiv al abcesului parodontal marginal constă în:



- A. Chiuretaj subgingival
- B. Antibioterapie
- C. Aplicarea unei lame de dren
- D. Gingivectomie
- E. Operație cu lambou la pluriradiculari

(Pag. 475) **A, D, E**



TEMA 51. OCLUZIA DENTARA (9, pag. 25-76)

1. Concepția gnatologică nu presupune:

- A. $RC \neq IM$
- B. $RC = IM$
- C. În lateralitate, funcție de grup
- D. În lateralitate, protecție canină
- E. Contacte la dinți posteriori, iar la cei anteriori inocluzie, pentru protecția mutuală în propulsie.

(pag. 33) **A, C**

2. Deosebirile dintre concepțiile ocluzologice "freedom în centric" și gnatologic sunt:

- A. Lipsa contactelor pe partea de balans în lateralitate
- B. Raport ocluzal tripodic cuspid/foșetă
- C. În lateralitate protecție canină
- D. Ghidaj incizal în protruzie
- E. Deglutiția se efectuează în IM.

(pag.33) **B, C, E**

3. Printre mijloacele specifice de evaluare a rapoartelor ocluzale sunt:

- A. Analiza computerizată a ocluziei statice și dinamice
- B. Electromiografia
- C. Stimularea electrică transcutanată
- D. Ultrasonografie
- E. Densitometrie.

(pag. 34) **A, B, C, D**

4. După Korber, ocluzia funcțională nu este caracterizată de următorii factori:

- A. Factorul cantitativ = contacte dentare multipoziționale
- B. Factorul timp = contacte dentare simultane
- C. Factorul continuității suprafețelor ocluzale = alunecarea dento-dentară fără obstacole



- D. Factorul forță = repartizarea uniformă a solicitărilor ocluzale
- E. Factorul formă = lipsa edentațiilor.

(pag. 63) **C, E**

5. Următoarele afirmații nu sunt valabile pentru articulația temporo-mandibulară:

- A. Panta tuberculului articular are o înclinație de 15 - 30°, cu o medie de 33°
- B. Meniscul articular are formă de lentilă biconcavă și este vascularizat
- C. Este de tip ginglimo-artroidal
- D. Prelungirile axelor lungi condiliene formează un unghi deschis anterior, cu valori cuprinse între 140 - 160°
- E. Condilul mandibulei are o formă sferică, cu un diametru de 20 mm.

(pag. 63) **A, B, E**

6. Meniscul articular:

- A. Transformă cele două suprafețe articulare în congruențe
- B. Separă cavitatea articulară în două compartimente: superior umplut cu lichid sinovial și inferior fără lichid sinovial
- C. Datorită inervației zonei centrale, contribuie la modularea cinematicii mandibulare
- D. Facilitează propulsia mandibulei
- E. Are rol tampon, de amortizare a presiunilor exercitate asupra articulațiilor.

(pag. 37) **A, D, E**

7. Ligamentele articulației temporo-mandibulare sunt următoarele:

- A. Ligamentul temporo-mandibular
- B. Ligamentul încrucișat
- C. Ligamentul sfeno-mandibular
- D. Ligamentul stilo-mandibular
- E. Ligamentul medial.

(pag. 37) **A, C, D, E**



8.* Mușchii responsabili cu dinamica mandibulară sunt:

- A. Mușchii responsabili cu lateralitatea: temporal, maseter, pterigoidian intern, pterigoidian extern
- B. Mușchii retropulsori: temporal, maseter, pterigoidian extern
- C. Mușchii ridicători: temporal, maseter, pterigoidian intern
- D. Mușchii propulsori: pterigoidian extern, maseter, temporal pterigoidian intern
- E. Mușchii coborâtori: digastric, maseter, milohioidian.

(pag.39) **C**

9. Facilitarea inducerii clinice a relației de postură nu se obține prin:

- A. Testul Wild: pacientul pronunță cuvinte ce conțin fonema "S"
- B. Poziționarea bolnavului cu capul sprijinit
- C. Testul Robinson: veveriță, ferfeniță
- D. Numărătoarea de la 60 la 70
- E. Efectuarea deglutiției.

(pag.44) **A, B**

10. Reperele relației de postură sunt:

- A. Muscular: contracție echilibrată a musculaturii manducatoare
- B. Lingual: existența spațiului Donders
- C. Osos: dimensiunea verticală centrică egală cu a etajului mijlociu
- D. Articular: condilii centrați în cavitățile glenoide sau poziționați anterior cu 0,2 - 1,7mm
- E. Articular: condilii centrați în cavitățile glenoide

(pag. 44) **B, D**

11. Următoarele afirmații sunt adevărate:

- A. Determinarea relației centrice se poate realiza prin mai multe metode: Ramfjord, Lauritzen, Dawson, Barrelle, Jankelson
- B. În scopul obținerii relației miocentrice, Brill recomandă utilizarea miometrului



- C. În scopul înregistrării relației centrice, Dawson recomandă presiunea mandibulei către supero-posterior
- D. Metoda lui Dawson se bazează pe obținerea relației centrice în poziție pasivă
- E. În metoda Ramfjord, operatorul plasează indexul mâinii drepte sub menton, iar policele aceleiași mâini pe fața vestibulară a incisivilor mandibulari, dirijând mandibula în mișcările sale de închidere și deschidere

(pag.49) **C, D**

12. Triunghiul lui Spirgi nu este echivalent cu:

- a. Long-centric
- b. Free-way space
- c. Freedom in centric
- d. Spațiul minim de vorbire
- e. Ocluzia habituală

(pag. 53) **A, B, D, E**

13. Conform clasificării gnatologice a relațiilor ocluzale statice, după Dawson:

- A. Tip II = Condilii trebuie să se deplaseze de la RC verificabilă pentru a realiza IM
- B. Tip I = Intercuspidarea maximă (IM) în armonie cu o relație centrică (RC) verificabilă
- C. Tip IV = Relația ocluzală este într-o fază de alterare continuă, datorită deformării progresive ai instabilității ATM.
- D. Tip II = Intercuspidarea maximă în armonie cu o "postură centrică adaptată" (ocluzie habituală)
- E. Tip II A = Condilii trebuie să se deplaseze de la RC verificabilă pentru a realiza IM

(pag. 56) **A, C**

14*. Despre corelația dintre morfologia ocluzală a dinților, unghiul Bennett și distanța intercondiliană se pot spune următoarele, cu excepția:

- A. Cu cât mișcarea Bennett este mai amplă, cu atât mai mare este valoarea unghiului Bennett
- B. Cu cât mișcarea Bennett are o direcție mai posterioară, cu atât unghiul Bennett este mai mare
- C. Cu cât unghiul Bennett este mai mare, cu atât relieful ocluzal trebuie să fie mai șters



Universitatea „Apollonia” din Iași
EUROPEAN BUSINESS ASSEMBLY, prin SOCRATES COMMITTEE OF OXFORD, a declarat
UNIVERSITATEA APOLLONIA „BEST REGIONAL UNIVERSITY”

Str. Muzicii nr. 2, Iași, 700399
Tel: 0232/210.310; Fax: 0232/210.310
E-mail: secretariat@univapollonia.ro
www.univapollonia.ro



- D. Cu cât distanța intercondiliană este mai mare, cu atât unghiul delimitat pe fețele ocluzale ale dinților între traiectoriile de laterotruzie și mediotruzie va fi mai mic
- E. Cu cât unghiul Bennett este mai mare, cu atât mai accentuate trebuie să fie pantele cuspidiene

(pag. 61) **E**



TEMA 52. SINDROMUL ALGODISFUNȚIONAL AL ATM (9, pag. 77-146)

1*. Limitarea deschiderii gurii ca efect al disfuncției musculare:

- A. Apare la tineri
- B. Apare dimineța
- C. Nu se caracterizează prin endfeel elastic
- D. Poate apare oricând pe parcursul traiectoriei de deschidere a gurii
- E. Nici una dintre cele de mai sus

(pag. 81) **D**

2. Care dintre următoarele afirmații referitoare la testele statice de solicitare a articulației sunt adevărate:

- A. Solicitarea structurilor articulare produce durere în orice condiții
- B. Se realizează poziționând condiliile mandibulari în poziția lor stabilă musculo-scheletică
- C. Se realizează cerând pacientului diferite deplasări ale mandibulei la care operatorul se opune
- D. Verifică starea funcțională a structurilor musculare oro-faciale
- E. Nici una din cele de mai sus

(pag. 82) **B, D**

3. Palparea neuromusculară :

- A. Trebuie să indice sensibilitatea sau durerea globală a unui mușchi
- B. Să identifice punctele trigger dureroase de la nivelul mușchiului
- C. Nu se folosește ca metodă de evaluare clinică în disfuncțiile sistemului stomatognat
- D. Nici una din cele de mai sus
- E. Toate cele de mai sus

(pag. 85) **A, B**

4*. Terapia medicamentoasă a sindromului disfuncțional cranio-mandibular se adresează:

- A. Inflamației



- B. Hiperactivității musculare
- C. Anxietății și depresiei
- D. Toate cele de mai sus
- E. Nici una din cele de mai sus

(pag. 96) **D**

5. *Electromiografia:

- A. Oferă rezultate contradictorii privind parametrii de sensibilitate și specificitate ai acesteia
- B. Permite obiectivizarea activității neuromusculare masticatorii
- C. Nu oferă rezultate de maximă acuratețe
- D. Este ușor accesibilă oricărui serviciu
- E. Nici una din cele de mai sus.

(pag. 92) **A**

6. Care dintre principiile generale ale terapiei neuro-musculare sunt adevărate :

- A. Reechilibrarea posturală
- B. Corectarea disfuncției din punct de vedere biomecanic
- C. Atitudinea față de pacient
- D. Atitudinea față de compresia nervoasă și combaterea ischemiei
- E. Atitudinea față de punctele trigger.

(pag. 94) **A, B, D, E**

7. *Terapia educațională a sindromului disfuncțional cranio-mandibular implică:

- A. Relaxarea sistemului masticator prin limitarea voluntară a mișcărilor mandibulei
- B. Conștientizarea obiceiurilor vicioase
- C. Monitorizarea
- D. Toate cele de mai sus
- E. Nici una din cele de mai sus.

(pag. 94) **D**



8. Corecția obiceiurilor maladaptative implicate în sindromul disfuncțional cranio-mandibular cuprinde:

- A. Relaxarea musculară bruscă
- B. Terapia cu antibiotice
- C. Bioeedback-ul EMG
- D. Relaxarea musculară progresivă
- E. Nici una din cele de mai sus.

(pag. 96) **C, D**

9.* Terapia medicamentoasă a sindromului disfuncțional cranio-mandibular se adresează:

- A. Inflamației
- B. Hiperactivității musculare
- C. Anxietății și depresiei
- D. Toate cele de mai sus
- E. Nici una din cele de mai sus.

(pag. 96) **D**

10. Benzodiazepinele:

- A. Au efect anxiolitic și miorelaxant
- B. Se administrează frecvent în faza inițială a SDCM
- C. Au eficiență mai ales în dezechilibrele interne articulare
- D. Sunt implicate în reparații și regenerări tisulare
- E. Toate cele de mai sus.

(pag. 96) **A, B, C**

11. Care dintre afirmațiile legate de efectele terapiei fizice administrate în SDCM sunt adevărate:

- A. Reducerea transmisiei senzoriale
- B. Reducerea inflamației
- C. Diminuarea, coordonarea și susținerea activității musculare
- D. Reducerea infecției
- E. Toate cele de mai sus.



(pag. 97) **A, B, C**

12. Dispozitivele interocluzale au drept scop:

- A. Modificarea rapoartelor ocluzale
- B. Redistribuirea forțelor
- C. Reducerea bruxismului și a altor manifestări patologice
- D. Diminuarea durerii
- E. Nici una din cele de mai sus.

(pag. 100) **A, B, C, D**

13. Dispozitivele interocluzale pot fi:

- A. De miorelaxare – prezintă o suprafață ocluzala plana
- B. De miorelaxare - prezintă o suprafață ocluzala cu indentații
- C. De stabilizare - prezintă o suprafață ocluzala cu indentații
- D. De stabilizare - prezintă o suprafață ocluzala plană
- E. De repoziționare.

(pag. 100) **A, C, E**

14. Dispozitivele interocluzale au drept scop :

- A. Modificarea rapoartelor ocluzale
- B. Redistribuirea forțelor
- C. Reducerea bruxismului și a altor manifestări patologice
- D. Diminuarea durerii
- E. Nici una din cele de mai sus

(pag. 100) **A, B, C, D**

15. Criteriile de selecție a cazurilor în care se pot aplica gutiere de repoziționare mandibulară sunt următoarele:

- A. Repoziționare anterioară a mandibulei trebuie să fie minimă (2mm)
- B. Gnatosonia eliminată la plasarea mandibulei în relație de postură



- C. Gnatosonia eliminată la plasarea mandibulei în relație centrică
- D. Cracment reciproc
- E. Nici una din cele de mai sus

(pag. 101) **A, B, D**



TEMA 53. CLINIC ȘI PARACLINIC ÎN LOC ȘI EPR (9, pag. 147 – 169)

1. Revenirea la poziția inițială, a dinților cu malpoziții cauzate de boala parodontală, este posibilă prin următoarele mecanisme:

- A. Utilizarea șinelor de imobilizare a dinților parodontotici
- B. Remiterea inflamației
- C. Regenerarea fibrelor ligamentului parodontal
- D. Tratamente ortodontice de tipul „right – up”
- E. Scoaterea dinților respectivi din ocluzie, pentru a evita presiunile nocive

(pag. 154) B, C

2.* Precizați care din următoarele elemente constituie, în cadrul examenului clinic a dinților stâlpi, factori de prognostic ai restaurării protetice:

- A. Calitatea controlului plăcii bacteriene
- B. Restaurările anterioare
- C. Poziția șanțului gingival în condiții de sănătate parodontală
- D. Prezența leziunilor carioase
- E. Coafajele indirecte.

(pag. 154) A

3. Clasificarea pungilor parodontale împarte aceste modificări osoase în:

- A. Pungi interradiculare
- B. Pungi juxtaosoase
- C. Pungi supraalveolare
- D. Pungi periradiculare
- E. Pungi infraalveolare.

(pag. 155) C, E

4. Conform lui Carranza, pungile parodontale se diferențiază pe baza următoarelor criterii:



- A. Tiparul alveolizei
- B. Direcția fibrelor ligamentare transseptale
- C. Direcția fibrelor ligaamentare vestibulare și orale
- D. Nivelul de radiotransparență
- E. Gradul de afectare a septului interdentar, acesta fiind un prim semn al bolii parodontale.

(pag. 156) **A, B, C**

6. Despre mobilitatea dentară fiziologică se pot afirma următoarele:

- A. Se produce în jurul unui centru de rotație, denumit hipomoclion
- B. Este cuprinsă între 0,15 mm la frontali și 0,10 mm la dinții laterali
- C. Amplitudinea deplasării este aproximativ aceeași pe toate direcțiile spațiului
- D. Se produce pe o direcție transversală și axială
- E. Este cuprinsă între 0,15 mm la monoradiculari și 0,10 mm la pluriradiculari.

(pag. 156) **D, E**

7. Mobilitatea fiziologică transversală reprezintă deplasarea dintelui sub acțiunea forțelor orizontale. Precizați care din următoarele afirmații nu sunt caracteristice acestei deplasări:

- A. Este puțin vizibilă la examenul clinic, mai ales dacă arcadele dentare sunt integre
- B. În ocluzie, datorită presiunii exercitate, fibrele ligamentare devin rectilinii
- C. Are valori mai mari în zona situată deasupra centrului de rotație al dintelui
- D. Poate fi considerată expresia adaptabilității scăzute a parodonțiului la acest tip de deplasare
- E. Este mai mică sub nivelul centrului de rotație.

(pag. 156) **A, B, E**

8. Selectați afirmațiile false:

- A. Mobilitatea dentară crescută în timpul sarcinii reprezintă un semn de debut al bolii parodontale
- B. Ușoara egresie a dinților în inocluzia de repaos se datorează bruxismului, deoarece dinții compensează astfel pierderea în înălțime datorată abraziiei accentuate
- C. Datorită contactelor ocluzale limitate în timpul somnului, dinții au o mobilitate ușor crescută în cursul dimineții
- D. Mobilitatea V-O de până la 1 mm reprezintă o mobilitate dentară tranzitorie de tip iatrogen



E. Terapia ortodontică poate cauza o mobilitate de tip iatrogen.

(pag. 157, 158) **A, B, D**

9. Mobilitatea dentară de diferite grade poate fi generată de:

- A. Inflamații parodontale superficiale
- B. Modificări ale axului de implantare
- C. Bruxism
- D. Erupția dentară
- E. De migrări dentare, cu precădere cele de tip egresie.

(pag. 158, 159) **B, C, E**

10. Noțiunea de Periotest definește:

- A. O valoare ce caracterizează starea de sănătate a parodonțiului
- B. Un aparat ce măsoară sarcinile ocluzale
- C. Gradul de mobilitate dentară în condiții normale sau patologice
- D. Un indicator de placă bacteriană
- E. Dispozitivul de investigare a caracterului amortizant al parodonțiului dinților stâlpi.

(pag. 160) **A, B, E**

11. Caracteristicile alveolizei osoase verticale diagnosticabile radiografic sunt:

- A. Reducerea în înălțime a osului, marginea osoasă rămânând perpendiculară pe suprafața rădăcinii
- B. Reducerea în înălțime a osului, pierderea realizându-se oblic, de-a lungul rădăcinii dintelui
- C. Extinderea până la nivelul septurilor interdentare
- D. Se întâlnește mai frecvent la molarii maxilari
- E. Frecvent este însoțită de punji infraosoase.

(pag. 162) **B, E**

12. Nivelul osului alveolar reprezintă un indicator important în selectarea dinților stâlp ai unei proteze fixe. În acest scop imaginile radiografice au fost clasificate:



- A. În funcție de nivelul cel mai apical al pierderii osoase interradiculare comparativ cu osul adiacent
- B. În funcție de localizarea osului alveolar, raportat la treimea radiculară
- C. După tiparul resorbției osoase la nivelul furcației
- D. După tipul defectelor angulare
- E. În funcție de gradul de resorbție al corticalei interne a osului alveolar care, împarte fiecare dinte în coroană clinică și rădăcină clinică.

(pag. 164) **A, B**

13. Contactele dento-dentare realizate într-o ocluzie ideală se pot caracteriza astfel:

- A. Maximale, dacă pacientul are point-centric
- B. Pot fi de tip cuspid – cuspid, în mișcarea de lateralitate cu funcție grup
- C. Se pot realiza între suprafețe cu relief variat, cu condiția să rămână punctiforme
- D. Să se realizeze între suprafețe netede și convexe
- E. Să fie precis localizate.

(pag. 166) **D, E**

14. Adaptarea ligamentului parodontal la suprasolicitările ocluzale se poate realiza, în limite fiziologice, prin următoarele mecanisme:

- A. Mărirea numărului de fibre Sharpey
- B. Îngroșarea fibrelor ligamentului
- C. Subțierea laminei dura
- D. Subțierea trabeculelor osoase
- E. Amplificarea lățimii ligamentului.

(pag. 165) **A, E**

15. Inducerea relației de postură nu folosește:

- A. Repere preextraționale
- B. Repere postextraționale
- C. Metoda electromiografică
- D. Metoda Willis



Universitatea „Apollonia” din Iași
EUROPEAN BUSINESS ASSEMBLY, prin SOCRATES COMMITTEE OF OXFORD, a declarat
UNIVERSITATEA APOLLONIA „BEST REGIONAL UNIVERSITY”

Str. Muzicii nr. 2, Iași, 700399
Tel: 0232/210.310; Fax: 0232/210.310
E-mail: secretariat@univapollonia.ro
www.univapollonia.ro



E. Metoda Wild.
(pag. 168) **B, D**



TEMA 54. PRINCIPIILE DE TRATAMENT ÎN RESTAURĂRILE UNIDENTARE ȘI PRIN PUNȚI DENTARE (9, pag. 500 - 540)

1. Tratamentul protetic temporizat presupune:

- A. Aplicarea protezelor provizorii
- B. Aplicarea protezelor de tranziție
- C. Aplicarea protezelor definitive
- D. Aplicarea protezelor de urgență
- E. Aplicarea protezelor provizorii în paralel cu proceduri recuperatorii, fizioterapeutice, medicamentoase etc.

(pag. 501) **E**

2. Profilaxia sindromului de rezorbție și atrofie alveolară constă în:

- A. Limitarea rezorbției devastatoare din parodontopatie
- B. Extracții alveoloplastice fără modelare osoasă
- C. Aplicarea de șei și conectori mucozali cu suprafață cât mai mare
- D. Anihilarea tendinței de basculare în protezarea amovibilă
- E. Reducerea stărilor inflamatorii ale mucoasei.

(pag. 502) **A, D, E**

3. Înregistrarea spațiului protetic potențial se realizează prin:

- A. Amprenta globală +/- ghidaj unitar
- B. Amprentare de tip biofuncțional
- C. Amprentare optică cu lumină laser
- D. Amprentare unitară
- E. Amprentare compozită.

(pag. 503) **A, B, C**

4. Forțele orizontale tangențiale:



- A. Se transmit în pată de ulei
- B. Dinții vecini suportă un gradient crescut al forței
- C. Se exercită la punctul de contact
- D. NU se transmit pe arcada opusă
- E. Anihilează tendința de mezializare a tuturor dinților.

(pag. 513) **A, B, C, E**

5. Migrarea dinților limitrofi se poate realiza:

- A. Prin egresie
- B. Prin versie
- C. Prin translație
- D. Prin rotație
- E. Prin mezializare și distalizare.

(pag. 514) **B, C**

6. Principiul biomecanic urmărește:

- A. Obținerea echilibrului între structurile protetice și structurile dento-faciale
- B. Obținerea sprijinului dento-parodontal pentru construcțiile protetice
- C. Cunoașterea forțelor de solicitare a complexului dento-parodontal
- D. Configurație ce trebuie dată structurii dento-protetice
- E. Obținerea unui echilibru între forțele de solicitare și structurile câmpului protetic.

(pag. 516) **C, D**

7. *Factorii care influențează valoarea biomecanică a dinților:

- A. Starea parodontiului
- B. Morfologia dento-parodontală
- C. Poziția dinților pe arcadă
- D. Morfologia coronară
- E. Existența ocluziei cu antagonistul.

(pag. 521) **A**



8. *Indicii biomecanici sunt influențați de:

- A. Leziunile periapicale
- B. Rădăcini mai groase
- C. Rădăcinile divergente
- D. Rădăcinile convergente
- E. Nici una din cele de mai sus.

(pag. 522) **A**

9. Legea lui Ante se referă la:

- A. Aprecierea posibilității de solicitare a dinților stâlpi
- B. Suprafața radiculară a dinților restanți care trebuie să depășească suprafața radiculară a dinților înlocuiți
- C. Lungimea corpului de punte care este limitată de capacitatea de rezistență a dinților stâlpi la forțe suplimentare
- D. Rezorbția radiculară și pierderea suportului parodontal la dinții afectați de parodontopatie
- E. Suprafețele radiculare ale dinților stâlpi care trebuie să fie mai mari decât suprafețele radiculare ale intermediarilor.

(pag. 524) **A, B**

10. Protezele fixe realizate de la canin la molarul doi sunt indicate:

- A. La maxilar
- B. La mandibulă
- C. Și la maxilar și la mandibulă
- D. Sunt soluții riscante la ambele maxilare
- E. Sunt soluții acceptabile dacă toate celelalte condiții sunt ideale.

(pag. 525) **D, E**

11. Protezele fixe realizate de la canin la molarul doi sunt indicate:

- A. La maxilar
- B. La mandibulă



- C. Și la maxilar și la mandibulă
- D. Sunt soluții riscante la ambele maxilare
- E. Sunt soluții acceptabile dacă toate celelalte condiții sunt ideale.

(pag. 525) **D, E**

12. Prognosticul bun al unei lucrări fixe este influențat de:

- A. Numărul mai mare al intermediarilor
- B. Numărul mai mic al intermediarilor
- C. Calitatea parodontiului marginal
- D. Tipul de microproteze utilizate
- E. Calitatea tratamentului endodontic.

(pag. 526) **B, C**

13. *Suprafața ocluzală a corpului de punte trebuie să se opună flexiei prin:

- A. Aspect concav
- B. Aspect convex
- C. Morfologia cuspidiană corectă
- D. Atenuarea morfologiei cuspidiene
- E. Îngustarea corpului de punte.

(pag. 528) **B**

14. *Condițiile de echilibru supraabundent apar când:

- A. Dinții stâlpi sunt plasați în două planuri diferite
- B. Sunt prezenți mai mulți dinți stâlpi în planuri diferite
- C. Se respectă legea paralelogramului
- D. Se creează un poligon de sprijin
- E. Se echilibrează forța activă cu forța de rezistență.

(pag. 529) **B**

15. Când legea polinomului nu se poate satisface în restaurarea protetică fixă se impune:



- A. Realizarea de dinți antagoniști pe o proteză mobilă
- B. Reducerea înălțimii cuspidiene
- C. Realizarea lineară a corpului de punte
- D. Realizarea de antagoniști micșorați
- E. Realizarea unui corp de punte micșorat.

(pag. 531) **A, B, C, E**



TEMA 55. RESTAURARI UNIDENTARE INTRACORONARE SI EXTRACORONARE (9, pag. 170-400)

1. Cariile ce pot fi tratate prin inlay-uri, conform clasificării lui Hess, sunt:

- A. Leziuni aparținând claselor A, D, E
- B. Procese carioase mai puțin extinse în suprafață
- C. Situate pe cel mult trei fețe
- D. Situate pe cel puțin două fețe
- E. Leziuni de clasa A ,B, C

(pag. 172) **C, E**

2. Definitivarea conturului unei cavități preparate pentru inlay se referă la:

- A. Realizarea extensiei preventive
- B. Plasarea marginilor cavității în afara punctelor de contact
- C. Rotunjirea unghiurilor de întâlnire
- D. Bizotarea marginilor, în cazul inlay-ului ocluzal metalic
- E. Finisare.

(pag. 176) **A, B**

3. În categoria inlay-urilor compuse pot fi incluse:

- A. Inlay –ul de cl a II – a
- B. Onlay – rile 3/5
- C. Inlay – onlay
- D. Pinlay
- E. Inlay corono-radicular

(pag. 185-186) **B, C, D, E**

4. Prepararea suprafeței vestibulare pentru fațetare se poate realiza diferit, în funcție de tehnica folosită:



- A. 0,2 – 0,3 mm. pe toată suprafața, la nivel incizal extinzându-se până într-o poziție în care lumina este reflectată în afara unghiului vizual – metoda directă
- B. Se prepară, în medie, pe o profunzime de 0,5 mm, dar se poate ajunge chiar și la 0,75 mm. pe dinți cu discromii accentuate, atât în metoda directă dar și în cea indirectă
- C. În funcție de situația clinică, prepararea vestibulară se poate extinde până la marginea incizală, care poate să rămână intactă în ambele metode
- D. Corect c
- E. Corect a.

(pag. 224) **C, D**

5.* Restaurarea cu fațete prin metoda indirectă impune realizarea unui prag cervical cu următoarele caracteristici:

- A. Prag subgingival, 0,5 mm lățime
- B. Prag juxtagingival, 0,3 mm adâncime
- C. Prag subgingival, 0,3 mm lățime pe toată circumferința dintelui
- D. Prag drept, 0,3 mm supragingival
- E. Prag 0,3 mm., juxtagingival.

(pag. 224) **E**

6. Restaurările protetice de tip onlay au indicații clinice limitate și precise. Precizați care dintre următoarele afirmații nu pot fi considerate contraindicații ale acestor coroane parțiale:

- A. Volum mare al camerei pulpare
- B. Dinți lungi, cu margine incizală lată
- C. Dinți cu fața vestibulară lată (indice mezio-distal foarte mic)
- D. Dinți cu indice mezio-distal mare
- E. Element de ancorare pentru proteze scheletate.

(pag. 246) **B, C, E**

7. Pentru obținerea retenției coroanelor parțiale 3/4 fără afectarea feței vestibulare, este indicată:

- A. Bizotarea vestibulară a șanțurilor
- B. Realizarea unui „lingual hook” spre oral
- C. Bizotarea șanțurilor și spre oral



- D. Plasarea spre oral a șanțului orizontal, atunci când fațeta incizo-orală este prea îngustă;
- E. Realizarea de puțuri dentinare.

(pag. 250) **A, B, E**

8.* Deși etapele preparării pentru un onlay 4/5 sunt aceleași, precizați care din următoarele afirmații diferențiază prepararea pentru molarii superiori de cea pentru molarii inferiori:

- A. Fața ocluzală se prepară în totalitate în cazul molarilor inferiori
- B. Fața ocluzală se prepară la fel, homotetic, ca pentru coroana turnată
- C. Limita ocluzală a preparației se bizotează 0,5 mm, în cazul molarului maxilar și 0,3 mm pentru cel mandibular
- D. Plasarea pe versantul oral a șanțului de retenție orizontal se face la nivelul cuspidului de ghidaj pentru molarii superiori și, respectiv, pe cuspidul de sprijin la mandibulă
- E. Pragul cervical poate fi plasat supragingival la molarii mandibulari, vizibilitatea acestora în timpul exercitării funcțiilor fiind mult redusă.

(pag. 252) **A**

9. Onlay-ul rotat cu 1800 poate fi utilizat ca element de agregare pentru soluționarea unor situații clinice particulare:

- A. Bascularea mezială a molarilor mandibulari
- B. Molari cu leziuni întinse, dar cu jumătatea mezială a feței vestibulare intactă
- C. Lingualizarea molarilor mandibulari
- D. Cariii, discromii ale fețelor vestibulare ale premolarilor mandibulari
- E. Afectarea feței vestibulare a molarilor inferiori.

(pag. 252) **C, E**

10. Onlay-ul rotat cu 1800 poate fi utilizat ca element de agregare pentru soluționarea unor situații clinice particulare:

- A. bascularea mezială a molarilor mandibulari
- B. molari cu leziuni întinse, dar cu jumătatea mezială a feței vestibulare intactă;
- C. lingualizarea molarilor mandibulari;
- D. cariii, discromii ale fețelor vestibulare ale premolarilor mandibulari;
- E. afectarea feței vestibulare a molarilor inferiori.



(pag. 252) **C, E**

11. Eșecul punților adezive a readus în atenție utilizarea coroanelor parțiale cu pinuri dentinare. Dificultatea în utilizarea curentă a acestor prescripții protetice rezultă din:

- A. Risc crescut de afectare pulpară
- B. Utilizarea unor dispozitive fixate la arcada dentară, ce au rolul de a forța piesa în timpul preparării să realizeze paralelismul puțurilor dentinare
- C. Dimensiunea redusă vestibulo-orală a frontalilor
- D. Necesitatea utilizării sistemelor adezive, costisitoare, pentru cimentare
- E. În cazul utilizării brecheților pentru imobilizarea frontalilor mobili, este necesară acoperirea acestora cu ceară.

(pag. 255) **A, B, C**

12.* Selectați din următoarele variante acele afirmații ce nu pot fi considerate indicații ale coroanei de substituție:

- A. Dinți în infraposiție, cu scopul alungirii coroanei clinice
- B. În situațiile în care un DCR nu ar mai oferi suficientă retenție unei coroane de înveliș
- C. Dinți monoradiculari vitali, cu leziuni extinse în suprafață și profunzime
- D. Dinți friabili
- E. Rădăcini cu pereți foarte subțiri.

(pag. 257-258) **E**

13. Coroanele turnate ecuatoriale pot constitui o alternativă a coroanelor de înveliș în unele situații clinice particulare:

- A. Recesiune paradontală accentuată
- B. Molari cu convexități exagerate
- C. Distrucții ale feței vestibulare plasate supraecuatorial
- D. Protecția unor obturații realizate în cavități neretentive
- E. Coroanele clinice lungi, care ar presupune un sacrificiu mul prea mare de țesut dentar în cazul preparării pentru coroane de înveliș

(pag. 327) **A, B**



14. În modelarea conturului restaurărilor protetice, profilul emergență al microprotezei deține un rol important. O restaurare corectă, din acest punct de vedere, trebuie să respecte o serie de reguli:

- A. Realizarea unui profil drept, similar dintelui natural;
- B. Asigurarea unei convexități protectoare prin modelarea unei suprafețe curbe continue în treimea gingivală
- D. Prepararea unui prag gingival cu bizou evită supraconturarea și permite obținerea unui profil de emergență corect
- D. End-knife chanfreinat este utilizat în același scop cu cel de la răspunsul de mai sus (c)
- E. Unghiul de emergență trebuie să fie de $+15^{\circ}$.

(pag. 398) **A, C, E**



TEMA 56. ELEMENTE STRUCTURALE ALE PUNTELOR DENTARE
(9, Pag. 434-482)

1. Indicați raportul incorect al intermediarilor unei punți dentare cu creasta edentată:

- A. Intramucos
- B. Intraalveolar
- C. Infraperiostal
- D. Ovoid
- E. În semișea.

(pag. 439) **C, D**

2. Dezavantajele corpului de punte suspendat constau în:

- A. Igienizare dificilă
- B. Proliferarea mucoasei în spațiul de sub intermediari, mai ales dacă acesta nu este suficient de mare
- C. Acumulare de placă bacteriană la zona de trecere între elementele de agregare și corpul de punte
- D. Disconfortul determinat de spațiul de sub intermediari
- E. Este nefizionomic.

(pag. 439-440) **A, B, C, D**

3. Intermediarii integral metalici ai unei proteze fixe se pot realiza:

- A. În raport suspendat cu creasta edentată, ori de câte ori este posibil, deoarece asigură cea mai bună igienizare
- B. Cu contact punctiform cu creasta, deoarece permite realizarea unor ambrazuri cervicale largi;
- C. În contact tangențial liniar cu creasta alveolară
- D. Cu un modelaj care să permită unei periute înclinate la 45° să aibă acces optim
- E. În semișea pentru situațiile în care, în zona de sprijin, creasta alveolară este lată.

(pag. 440) **C, D**



4. Efectul fizionomic, comparabil cu al reconstituirilor ceramice, se poate obține folosind sistemul Targis–Vectris:

- A. Datorită posibilităților de lustruire performantă a RDC
- B. Deoarece are un procent crescut de particule de sticlă silanizate
- C. Pe seama biomimetismului
- D. Variabilitatea nuanțelor ceromerului
- E. Datorită fibrelor de sticlă.

(pag. 441) **B, D**

5. Legătura chimică ce stă la baza sistemului Targis–Vectris se bazează pe:

- A. Structura tridimensională omogenă a ceromerului
- B. Legătura matrice Vectris – matrice Targis
- C. Legătura fibre Vectris – silan – matrice Targis
- D. Legătura fibre de polietilenă Vectris – matrice Targis
- E. Dispersia particulelor de sticlă silanizate în matricea organică.

(pag. 442) **B, C**

6. Restaurările fixe metalo – polimerice utilizează pentru realizarea intermediarilor:

- A. Dinți artificiali polimerici ce vor fi modificați și adaptați în spațiul dintre elementele de agregare
- B. Modelajul anatomic al acestora dintr-un bloc de ceară
- C. Elemente preformate din ceară
- D. Elemente preformate din materiale sintetic de ard fără reziduuri;
- E. Benzi de ceară.

(pag. 444-445) **A, B, C, D**

7. *Cauza cea mai frecventă a fracturii componentei de placare a scheletului metalic se datorează:

- A. Acumulării de tensiuni produse de diferența dintre coeficienții de dilatare termică
- B. Realizarea incorectă a retențiilor
- C. Lipsei de acoperire completă a componentei metalice



- D. Deformărilor elastice excesive ale scheletului metalic
- E. Bruxismului.

(pag. 447) **D**

8. Design-ul corpului de punte:

- A. Nu urmează reguli precise în conturarea intermediarilor
- B. Trebuie să asigure un acces maxim pentru igienizare
- C. Trebuie să realizeze un contact minim cu țesuturile moi
- D. Va fi individualizat în funcție de tipul elementelor de agregare
- E. Depinde de starea țesuturilor moi de la nivelul crestei edentate.

(pag. 451) **A, B, C, E**

9. Design-ul imaginat de Hood pentru corpul de punte suspendat:

- A. Reprezintă un corp de punte modificat în scopul optimizării igienei
- B. Are suprafața mucozală convexă în sens V – O
- C. Oferă o rezistență sporită la joncțiunea cu elementele de agregare
- D. Reduce gradul de încovoiere sub acțiunea forțelor masticatorii
- E. Are indicații restrânse, nefiind fizionomic.

(pag. 462) **A, B, C, D**

10. Concavitatea necesară aplicării intermediarilor ovoidali poate fi obținută la nivelul crestei:

- A. În alveolele rezultate după îndepărtarea unei proteze mai vechi
- B. Imediat postextracțional
- C. Crearea unei alveole prin frezaj în țesutul conjunctiv
- D. Cu o grefă epitelio – conjunctivă
- E. Toate răspunsurile de mai sus.

(pag. 463) **B, C**

11. *Obținerea unor efecte estetice deosebite în zona frontală:

- A. Se poate realiza folosind design-ul lui Hood pentru intermediarii corpului de punte



- B. Este posibilă prin utilizarea corpului de punte cu culise
- C. Presupune confecționarea unui corp de punte cu bară metalică, peste care vor fi realizați intermediari propriu-ziși din ceramică
- D. Același răspuns ca la punctul C, dar cu intermediari realizați din RDC, folosind tehnici directe de machetare
- E. același răspuns ca la punctul D, dar numai în edentații uni-, cel mult bidentare.

(pag. 474) **D**

12. Fașetele prefabricate din ceramică se pot fixa la casetele metalice ale corpurilor de punte mixte prin:

- A. Tehnici adezive
- B. Butoni
- C. Canale
- D. Crampoane
- E. Nici un răspuns corect

(pag. 480) **B, C, D**

13. Restaurările monobloc:

- A. Se caracterizează prin faptul că elementele de agregare și corpul de punte se realizează în aceeași etapă
- B. Pot fi confecționate din aliaje metalice, polimeri, compozite, ceramică
- C. Pot fi mixte, metalo-polimerice, metalo-compozite, metalo-ceramice
- D. Necesită obligatoriu model duplicat pentru restaurările cu schelet metalic
- E. Se referă la punți care restaurează întreaga arcadă

(pag. 482) **A, B, C, D**

14. Modelarea adecvată a ambrazurilor interproximale:

- A. Presupune realizarea unor deschideri largi, numai pe vestibular
- B. Respectă spațiul necesar papilei interdentare
- C. Nu este ferită de probabilitatea apariției unei hiperplazii a papilelor interdentare
- D. Constă în realizarea unor spații cervicale largi, atât vestibular cât și oral
- E. În zona frontală sacrifică accesul ptr. igienizare în favoarea esteticii.



15. Modelarea adecvată a ambrazurilor interproximale:

- A. Presupune realizarea unor deschideri largi, numai pe vestibular;
- B. Respectă spațiul necesar papilei interdentare
- C. Nu este ferită de probabilitatea apariției unei hiperplazii a papilelor interdentare
- D. Constă în realizarea unor spații cervicale largi, atât vestibular cât și oral
- E. În zona frontală sacrifică accesul pentru igienizare în favoarea esteticii

(pag. 451) **B, C, D, E**



TEMA 57. ETAPE ALE TERAPIEI PRIN PUNTI DENTARE: AMPRENTAREA (9, pag. 630-690)

1. Materialele de amprentă se pot clasifica în:

- A. Elastice ireversibile (alginat, polieteri, polisulfuri)
- B. Rigide și semirigide ireversibile (gutaperca, compounding Stents)
- C. Elastice ireversibile (siliconi, poliuretanodimetilmetacrilati)
- D. Elastice reversibile (hidrocoloizi agar-agar, ceruri bucoplastice)
- E. Rigide reversibile (gipsuri, paste ZOE)

(pag. 640) **A, C**

2. Proprietățile fizico-chimice ale materialelor de amprentă care au o importanță deosebită sunt, cu excepția:

- A. Vâscozitatea și compresiunea în cursul inserției
- B. Capacitatea de umectare
- C. Capacitatea de contracție în timpul prizei
- D. Vâscozitatea și compresiunea în cursul dezinserției
- E. Plasticitatea și timpul de priză

(pag. 646) **A, B, E**

3. Rezistența la rupere este adecvată în cazul următoarelor materiale de amprentă, cu excepția:

- A. Vinil-polisiloxani
- B. Polisulfuri
- C. Siliconi de condensare
- D. Polieteri
- E. Hidrocoloizi reversibili.

(pag. 650) **B, E**

4.* Intervalul de turnare a modelelor pentru polisulfuri este de:



- A. 7 zile
- B. 15 min
- C. 60 min
- D. 12 ore
- E. 56 - 72 ore.

(pag. 650) **C**

5. Toleranța umidității nu este excelentă pentru:

- A. Polieterii
- B. Polisulfuri
- C. Vinil-polisiloxanii
- D. Siliconii de condensare
- E. Hidrocoloizii reversibili.

(pag. 650) **A, B, C, D**

6. Amprenta monofazică:

- A. Este o amprentă în doi timpi
- B. Se pot utiliza portamprente standard, individuale, speciale
- C. Este o amprentă într-un singur timp
- D. Se poate utiliza un material sau două materiale
- E. Nu se pot utiliza portamprente standard.

(pag. 652) **B, C, D**

7. Amprenta monofazică globală cu hidrocoloizi ireversibili și cu portamprente standard se indică pentru:

- A. Duplicarea modelelor
- B. Înregistrarea ocluziei
- C. Modele pentru realizarea portamprentelor
- D. Arcade antagoniste
- E. Modele de lucru pentru incrustații.

(pag. 653) **C, D**



8. Ampretele monofazice globale (într-un singur timp) cu elastomeri de sinteză și cu portamprente individuale:

- A. Sunt cele mai frecvent utilizate
- B. Au indicații (aproape) universale în protetica fixă
- C. Nu se indică pentru proteze parțiale fixe
- D. Se indica pentru preparații unice sau multiple
- E. Se pot folosi în una sau două consistențe.

(pag. 653) **A, B, D, E**

9. Amprenta monofazică globală cu hidrocoloizi ireversibili și cu portamprente standard se indică pentru:

- A. Duplicarea modelelor
- B. Înregistrarea ocluziei
- C. Modele pentru realizarea portamprentelor
- D. Arcade antagoniste
- E. Modele de lucru pentru inscrustații

(pag. 653) **C, D**

10. Următorii factori pot genera deformări la nivelul unei amprente cu hidrocoloizi reversibili, cu excepția:

- A. Dezinsertia amprenteii când gelul a atins 37°C
- B. Îndepărtarea rapidă
- C. Îndepărtarea lentă a amprenteii
- D. Exercițarea unor presiuni în cursul gelificării
- E. Întârzieri în turnarea modelului.

(pag. 656) **A, B**

11. Pentru amprentarea cu elastomeri de sinteză, tehnologia de amprentare prezintă următoarele faze:

- A. Înregistrarea relațiilor ocluzale



- B. Pregătirea șanțului gingival când se amprentează bonturi coronare cu zone terminale suprasulcular
- C. Amprentarea preparației împreună cu întreaga arcada
- D. Amprentarea arcadei antagoniste cu alginat
- E. Amprenta unitară și de situație a arcadei.

(pag. 658) **A, C, D**

12. În cazul amprentării cu silicon de adiție avem nevoie de:

- A. Portamprentă universală
- B. Portamprentă individuală
- C. Adeziv pentru portamprentă
- D. Bloc hârtie pentru amestec
- E. Bol cauciuc.

(pag. 659) **B, C, D**

13. Caracteristicile amprentelor cu polieteri sunt, cu excepția:

- A. Stabilitate dimensională excelentă
- B. Acuratețea detaliilor după 7 zile
- C. Pot determina stări alergice în contact prelungit cu mucoasa
- D. Se indică contactul cu apa (sunt materiale hidrofile)
- E. Acuratețea detaliilor după 9 zile

(pag. 660) **D, E**

14. Amprenta prin tehnica dublului amestec:

- A. Este o amprentă globală bifazică
- B. Este o amprentă globală într-un singur timp
- C. Poate utiliza și siliconi
- D. Utilizează elastomeri în consistențe diferite
- E. Poate utiliza și hidrocoloizi reversibili

(pag. 669) **B, C, D, E**



15. Dezinfecția amprentelor prin imersie prezintă următoarele caracteristici, cu excepția:

- A. Este indicată tuturor materialelor de amprentă
- B. Nu este indicată tuturor tipurilor de materiale
- C. Nu presupune clătirea înainte de dezinfecția propriu-zisă
- D. Înainte de această etapă este necesară clătirea
- E. Pot să apară modificări dimensionale în cazul depășirii timpului de acțiune

(pag. 677) **A, D**



TEMA 58. ETAPE ALE TERAPIEI PRIN PUNTI DENTARE: INREGISTRAREA RELATIILOR MANDIBULO-CRANIENE
(9, pag. 690-740)

1. Triplul antagonism muscular reprezentat grafic prin schema lui Brodie, Ackermann și Lejoyeux cuprinde următoarele grupe musculare:

- A. Prima grupă: mușchii cefei și mușchii manducatori
- B. Prima grupă: mușchii cefei și mușchii prevertebrali
- C. A doua grupă de mușchi antagonici: mușchii manducatori
- D. A treia grupă: mușchii limbii și mușchii manducatori
- E. A treia grupă: mușchii limbii

(pag. 692) **B, C, E**

2. *Tonusul muscular se reglează prin următoarele mecanisme:

- A. Circuitul de reglare al neuronului intercalar Renshaw
- B. Aferențe corticale
- C. Aferențe subcorticale
- D. Aferențe periferice
- E. Toate cele de mai sus.

(pag. 693) **E**

3. Pentru inducerea relației de postură este necesară îndeplinirea următoarelor condiții:

- A. Atmosferă calmă plăcută, fără zgomote puternice
- B. Pacientul așezat în fotoliul dentar cu capul nesprrijinit
- C. Utilizarea unor teste fonetice (Silverman, Robinson, Wild)
- D. Pacientul așezat în fotoliul dentar cu capul sprrijinit în tetieră
- E. Nici una din cele de mai sus.

(pag. 694-695) **A, B, C**



4. Care dintre următoarele reperi se evaluează în cadrul relației de postură:

- A. Reperul articular și muscular
- B. Reperul osos
- C. Reperul dentar
- D. Reperul labial și lingual
- E. Nici una din cele de mai sus.

(pag. 695) **A, B, C, D**

5.* Relația centrică (școala ieșeană):

- A. Este acea poziție mandibulară obținută prin contracția echilibrată a mușchilor manducatori
- B. Determină corespondența planurilor mediene mandibulo-craniene
- C. Determină o dimensiune verticală corectă (în ocluzie la pacientul dentat) cu condilii centrați în cavitatea glenoidă
- D. Presupune ca pacientul să fie așezat în scaunul dentar, cu capul sprijinit în tetieră
- E. Toate cele de mai sus.

(pag. 696) **E**

6. Determinarea relației centrice prin metode antropometrice cu reperi preextractionale presupune:

- A. Preluarea dimensiunii verticale a etajului inferior din perioada dentată din fișa bolnavului completată în perioada dentată
- B. Radiografiile cefalometrice preluate în perioada dentată
- C. Utilizarea fotografiilor înregistrate în perioada dentată
- D. Utilizarea proilometrului Sears
- E. Nici una din cele de mai sus.

(pag. 697) **A, B, C, D**

7. Metodele antropometrice de evaluare a dimensiunii etajului inferior la pacientul edentat fără reperi preextractionale sunt:

- A. Metoda Leonardo DaVinci: $N-S_n=SN-G_n$
- B. Metoda Leonardo DaVinci modificată : $N-S_n=SN-G_n$



- C. Metoda Leonardo Da Vinci modificată :Oph-Sn=SN-Gn
- D. Metoda Boianov modificată: distanța interpupilară=Gn- punctul situat la intersecția unei mediene cu linia cutaneo mucoasă a roșului buzelor
- E. Metoda Willis: distanța dintre fanta labială- unghiul extern al ochiului- Sn-Gn.

(pag. 698) **A, C, D, E**

8. Relația centrică poate fi determinată prin metode simple între care se includ:

- A. Metoda homotropismului linguo-mandibular
- B. Stimularea reflexului de ocluzie molară
- C. Metoda deglutiției
- D. Teste fonetice
- E. Acțiunea triplului antagonism muscular.

(pag. 701-702) **A, B, C**

9. Relația centrică poate fi determinată prin metode complexe între care se includ:

- A. Metoda Lejoyeux ce utilizează memoria ocluzala
- B. Autoocluzorul Lende
- C. Stimularea electrică bilaterală Jenkelson
- D. Metoda testelor fonetice
- E. Nici una din cele de mai sus.

(pag. 707-709) **A, B, C**

10. Cele trei grupe de cuspizi de sprijin sunt:

- A. Cuspizii vestibulari ai premolarilor și molarilor mandibulari
- B. Cuspizii vestibulari ai premolarilor și molarilor maxilari
- C. Marginile incizale ale incisivilor și caninilor mandibulari
- D. Cuspizii palatinali ai premolarilor și molarilor maxilari
- E. Cuspizii palatinali ai premolarilor și molarilor mandibulari

(pag. 710) **B, C, D**

11. Despre planul de ocluzie putem afirma că:



- A. Este un plan real
- B. Este un plan imaginar
- C. Este un plan convențional care trece prin marginea incizală a incisivilor centrali mandibulari și vârfulurile cuspizilor disto-palatinaliaii molarilor secunzi maxilari
- D. Este un plan convențional care trece prin marginea incizală a incisivilor centrali maxilari și vârfulurile cuspizilor disto-palatinaliaii molarilor secunzi maxilari
- E. Nici una din cele de mai sus

(pag. 712) **B, C**

12. Următoarele afirmații despre ocluzia centrică sunt false:

- A. Este ocluzia stabilită în relație centrică
- B. Reprezintă reperul dentar al relației de postură
- C. Reprezintă reperul dentar al relației centrice
- D. Se poate induce prin metoda Willis
- E. Se poate induce prin teste fonetice

(pag. 712) **B, D, E**

13. În ocluzie centrică:

- A. Arcada maxilară circumscrie arcada mandibulară
- B. Dinții maxilari se află într-o poziție distalizată față de cei mandibulari
- C. Dinții mandibulari se află într-o poziție distalizată față de cei maxilari
- D. Orice dinte exceptând incisivii centrali mandibulari și molarii de minte , vine în contact cu doi dinți antagoniști
- E. Liniile mediene ale celor doua arcade dentare se află în același plan

(pag. 713) **A, B, D, E**

14. Reperele utilizate de către articulatorul NOR sunt:

- A. Planul maxilar care unește papila retroincisivă cu cele două zone retrotuberozitare
- B. Maxilarul- paralel cu linia bicomisurală
- C. Procesul alveolar mandibular- paralel cu cel maxilar
- D. Maxilarul- paralel cu linia bipupilară



E. Nici una din cele de mai sus

(pag. 718) **A, B, D**

15. Următoarele afirmații despre articulatorul SAM 2PX sunt false:

- A. Este un articulatur semi-adaptabil
- B. Poate fi dotat cu plăcuță incizală ajustabilă
- C. Vine însoțit de arcul facial AXIOQUICK
- D. Nu permite înregistrarea unghiului Bennett
- E. Este un articulatur adaptabil

(pag. 722) **D, E**

16. Utilizarea articulaturului SAM2PX presupune următoarele etape:

- A. Protejarea olivelor articulare
- B. Atașarea prin glisare sistemul de transfer la arcul facial
- C. Amprentarea dinților maxilari în ceara ramolită aplicată pe parte superioară a piesei orale
- D. Amprentarea dinților mandibulari în ceara ramolită aplicată pe parte superioară a piesei orale
- E. Nici una din cele de mai sus

(pag. 722) **A, B, C**



TEMA 59. EXAMENE CLINICE SI PARACLINICE IN EDENTATIA PARTIALA SI EDENTATIA TOTALA (10, pag. 32-83)

1*. Testele de vitalitate mecanice (forajul explorator) au urmatoarele caracteristici:

- A. Se recomanda a fi primul dintre testele de vitalitate utilizate
- B. Un dinte cu pulpita cronica va genera un raspuns intens pozitiv
- C. Consta în trepanarea dintelui la locul de electie
- D. Utilizeaza curenti continui rectangulari
- E. Se realizeaza cu o freza sferica montata în piesa contraunghi

(pag. 48-49) **C**

2*. Testele de vitalitate pulpara prezinta urmatoarele caracteristici:

- A. Înregistreaza statusul fibrelor nervoase si al vaselor de sânge
- B. Se recomanda ca forajul explorator sa fie primul test de vitalitate utilizat
- C. Anxietatea pacientului poate genera un raspuns fals negativ la aceste teste
- D. Se pot realiza cu stimuli termici, electrici sau mecanici
- E. Hiperreactivitatea pacientului poate genera un raspuns fals negativ

(pag. 46-48) **D**

3*. Curba de ocluzie sagitala se mai numeste si:

- A. Monson si Villain
- B. Spee – Balkwill
- C. Dawson
- D. Ramfjord
- E. Jankelson

(pag. 58) **B**

4*. Perpendiculara pe planul de la Frankfurt în punctul suborbitar, care trece prin canin, comisura si punctul antropometric gnation se numeste:

- A. Planul Dreyfus
- B. Planul Simon
- C. Planul Camper
- D. Planul palatin



E. Planul de ocluzie

(pag. 75) **B**

5*. Zona functionala linguala retromolara se mai numeste si:

- A. Ney si Bowmann
- B. Punga Eisenring
- C. Punga lui Fisch
- D. Zona Ah
- E. Fibonacci

(pag. 45) **A**

6. În cadrul examenului cervicofacial al pacientilor edentati partial sau total, inspectia de profil urmareste:

- A. Unghiul nazo – labial
- B. Unghiul gotic
- C. Unghiul goniatic
- D. Expresia fetei
- E. Proportia etajelor fetei

(pag. 36) **A, C**

7. În cadrul examenului cervicofacial al pacientilor edentati partial sau total, prin palparea masei musculare se evalueaza:

- A. Dezvoltarea muschiului
- B. Consistenta
- C. Temperature
- D. Tonicitatea
- E. Densibilitatea

(pag. 38) **A, B, D, E**

8. În cadrul examenului cervicofacial al pacientilor edentati partial sau total, palparea planului osos urmareste:



- A. Integritatea osoasa
- B. Tonicitatea
- C. Denivelarile în treapta
- D. Eventualele deformari
- E. Consistentă

(pag. 40) **A, C, D**

9. Prin palparea articulatiei temporo - mandibulare se apreciaza:

- A. Pozitia condililor mandibulari
- B. Modificarile de culoare de la nivelul tegumentului supradiacent
- C. Excursiile condiliene
- D. Zgomotele articulare
- E. Amplitudinea deschiderii gurii

(pag. 41-42) **A, C, D**

10. Care din urmatoarele afirmatii referitoare la examinarea zonei Ah sunt adevarate:

- A. Este suficient ca examinarea zonei Ah sa se realizeze în statica
- B. Se face prin punerea în tensiune a valului palatin
- C. Poate decela o pozitie verticala a valului palatin
- D. Se realizeaza prin manevra Valsalva
- E. Se realizeaza prin palpare cu un fuloar

(pag. 44) **B, C, D, E**

11. Care din urmasorii stimuli sunt utilizati pentru efectuarea testelor de vitalitate în cadrul examenului arcadelor dento - alveolare:

- A. Mecanici
- B. Chimici
- C. Electrici
- D. Biologici
- E. Functionali



(pag. 47) **A, C**

12. Mobilitatea dentara prezinta urmatoarele caracteristici:

- A. Poate fi înregistrata prin testul de percutie
- B. Poate fi tranzitorie
- C. Poate fi de cauza protetica
- D. Nu poate fi de cauza protetica
- E. Poate aparea ca urmare a unor tratamente ortodontice

(pag. 51) **A, B, C, E**

13. Unitatile odonto - parodontale restante pot fi investigate paraclinic prin:

- A. Indicele parodontal Ramfjord
- B. Indicele de placa Silness si Loe
- C. Studiul de model
- D. Sistemul diagnodent
- E. Indicele de mobilitate dentara

(pag. 64, 67, 68) **C, D**

14. Principalele obiective vizate de catre radiografia retro-dento-alveolara sunt:

- A. Evidentierea aspectului laminei dura
- B. Analizarea rapoartelor existente între componentele masivului cervico-facial
- C. Oferirea unei imagini de ansamblu a arcadelor dento - alveolare
- D. Evidentierea morfologiei radiculare
- E. Evidentierea raportului coroană/radacina

(pag. 61-62) **A, D, E**

15. Care din urmatoarele metode reprezinta tehnici imagistice moderne de explorare a ATM:

- A. Teleradiografia de profil
- B. Artrografia temporomandibulara
- C. Cineradiografia



- D. Rezonanta magnetica nucleara
- E. Computer -tomografia

(pag. 68-70) **C, D, E**

16. Care din urmatoarele afirmatii referitoare la examenul gnatostatic sunt adevarate:

- A. Se practica sub forma fotografiei întraorale în intercuspitate maxima si relatie centrica
- B. Se practica sub forma fotografiei extraorale de fata si profil
- C. Se utilizeaza în investigarea ocluziei
- D. Consta în aplicarea analizei spectrale a sunetelor în medicina dentara
- E. Are valoare medico-legala

(pag. 74) **A, B, C, E**

17. La pacientii edentati partial întins, diagnosticul de integritate pulpara cuprinde urmatoarele etape:

- A. Diagnosticul anatomo - clinic
- B. Diagnosticul anatomo - patologic
- C. Diagnosticul topografic
- D. Diagnosticul de stare generala
- E. Diagnosticul de integritate homeostazica

(pag. 77) **A, C**

18. Urmatoarele puncte reprezinta puncte de emergenta trigeminale:

- A. Frontal
- B. Supraorbital
- C. Suborbital
- D. Etmoidal
- E. Mentonier

(pag. 40) **B, C, E**

19. Principalele cauze în obtinerea unei raspuns fals pozitiv la testele de vitalitate electrice sunt:



- A. Anxietatea pacientului
- B. Calcificari intracanalare
- C. Necroza de colicvatie
- D. Greseli în izolarea dintelui
- E. Dinte cu apexul deschis

(pag. 48) **A, C, D**

20. Principalele cauze în obtinerea unei raspuns fals negativ la testele de vitalitate electrice sunt:

- A. Necroza partiala
- B. Consumul de alcool
- C. Hiperreactivitatea pacientului
- D. Premedicatia sedativa a pacientului
- E. Greseli în izolarea dintelui

(pag. 48) **A, B, D**

21*. Inspectia conturului fetei unui pacient edentat partial sau total se coreleaza cu urmatorul aspect:

- A. Tipul constitutional
- B. Coloratia tegumentelor
- C. Unghiul nazo-labial
- D. Santul labio-mentonier
- E. Leziunile odontale coronare

(pag. 35-36) **A**

22. Puntele de emergenta trigeminala sunt:

- A. Supraorbital
- B. Suborbital
- C. Occipital
- D. Frontal
- E. Mentonier



(pag. 40) **A, B, E**

23. Mobilitatea dentară tranzitorie iatrogenă, depistată în cadrul examenelor clinice și paraclinice în edentația parțială, este consecință:

- A. Sprijinului instrumentarului pe dinții vecini în cursul unor extracții laborioase
- B. Intervențiilor chirurgicale parodontale/periapicale
- C. Unor stări fiziologice când crește nivelul hormonilor vasoactivi (ciclu menstrual / sarcină)
- D. Fortelor ortodontice excesive
- E. Sindromului de insuficiență parodontală

(pag. 51) **A, B, D**



TEMA 60. PROTEZA PARTIAL ACRILICA MOBILIZABILA. ELEMENTE COMPONENTE (10, pag. 84-104)

1*. Situațiile clinice ce nu necesită protezare imediată cu caracter provizoriu sunt:

- A. Arcade dentare întregi la care se vor executa extracții în zona frontală și laterală în mai multe etape
- B. Arcade dentare întregi la care apare o bresă redusă în zona frontală
- C. Edentatia totală mandibulară
- D. Arcade dentare edentate parțial protezate prin restaurări fixe la care se recomandă ablatia punților dentare în scopul refacerii lor
- E. Arcade dentare edentate parțial protezate mobil la care se recomandă noi extracții cu transformarea protezei parțiale în proteză totală

(pag. 85) **C**

2*. Conectorul principal al protezei parțial mobilizabile acrilice maxilar:

- A. Este dispus pe versantul oral al crestei alveolare dentare frontale
- B. Este orientat transversal la nivelul boltii palatine
- C. Se prezintă sub formă de placă acrilică linguală
- D. Marginea superioară se plasează la nivelul dinților restanți supracingular sau ecuatorial
- E. Marginea sa inferioară patrunde în zona funcțională linguală centrală

(pag. 89) **B**

3*. Elementele de menținere, sprijin și stabilizare la proteza parțial mobilizabilă acrilică:

- A. Sunt reprezentate de conectorul principal acrilic lingual;
- B. Poarta denumirea de „placă acrilică palatină”;
- C. La maxilar sunt orientate transversal la nivelul boltii palatine;
- D. Se prezintă sub formă de placă linguală semilunară în „U” deschis posterior;
- E. Sunt reprezentate de crosete

(pag. 94) **E**



4*. Crosetele protezei partial mobilizabile acrilice sunt urmatoarele:

- A. Crosetul Ackers
- B. Crosetul Bonwill
- C. Crosetel Roach
- D. Crosete simple acrilice dentare
- E. Crosetele Ney

(pag. 94) **D**

5*. Din grupa crosetelor acrilice ale protezei partial mobilizabile acrilice fac parte:

- A. Crosetul cervico-ocluzal deschis dental
- B. Crosetul cervico-ocluzal bidentar
- C. Crosetele simple acrilice dento-alveolare
- D. Crosetul cervico_alveolar deschis edental
- E. Crosetul proximal cu caseta

(pag. 94) **C**

6. Avantajele protezarii de urgenta sunt:

- A. Oferă posibilitatea dirijării cicatrizării
- B. Fenomenele de rezorbție osoasă pot fi reduse
- C. Contribuie la procesul vindecării unor zone ale fibro-mucoasei de acoperire
- D. Nu ameliorează procesul de cicatrizare
- E. Ajută la pregătirea câmpului protetic în vederea amprentării

(pag. 85) **A, B, C, E**

7. Seile protezei partial mobilizabile acrilice prezintă următoarele caracteristici:

- A. Au rol de suport al dinților artificiali
- B. Nu transmit forțele masticatorii către suportul dento-parodontal
- C. Nu au contact direct cu creasta edentată
- D. Transmit forțele de solicitare conectorului secundar
- E. Numărul acestora este în acord cu numărul spațiilor protetice potențiale



(pag. 86) **A, E**

8. Elementele caracteristice ale arcadelor artificiale ale protezei partial mobilizabile acrilice sunt:

- A. Contribuie esential la refacerea functiilor perturbate ale sistemului stomatognat prin edentatie
- B. Alegerea dintilor artificiali trebuie sa fie concordanta prin forma si culoare cu dintii restanti chiar daca prezinta modificari de culoare si procese carioase
- C. Pot fi realizate din portelan
- D. Pentru a conserva stabilitatea reliefului ocluzal în situatiile clinice ce presupun solicitari ocluzale intense se recomanda confectionarea fetelor ocluzale din metal turnat
- E. Dintii din portelan pot fi prefabricati sau realizati prin stupuire

(pag. 88) **A, C, D**

9. Conectorul principal al protezei partial mobilizabile acrilice la mandibula:

- A. Se prezinta sub forma de placa lingual semilunara în „U” deschis posterior
- B. Se prezinta sub forma de placa lingual semilunara în „U” deschis anterior
- C. Are grosime de 2 mm
- D. Fata lustruita este orientata spre limba iar fata nelustruita are orientare dento-alveolara
- E. Acopera în totalitate bolta palatina

(pag. 92) **A, C, D**

10. Conectorul principal al protezei partial mobilizabile acrilice la maxilar:

- A. Se prezinta sub forma de placa lingual semilunara în „U” deschis posterior
- B. Este orientat transversal la nivelul bolii palatine, purtând denumirea de „palca acrilica palatina”
- C. Are o grosime de 2 mm
- D. Acopera în totalitate bolta palatina, pâna la dintii restanti si sei
- E. Poate fi ameliorat prin rascroire distala sau decupare, prin decolare sau fenestrare

(pag. 90) **B, C, D, E**

11. Crosetele acrilice ale protezei partial mobilizabile acrilice:

- A. Asigura ancorarea protezei partial mobilizabile acrilice



- B. Asigura mentinerea protezei partial mobilizabile acrilice
- C. Sunt realizate din metal
- D. Fac corp comun cu restul constructiei protetice
- E. Pot porni fie din conectorul principal, fie din sea

(pag. 94) **A, B, D, E**

12. Protezarea flexibila vine în sprijinul:

- A. Pacientilor alergici la acrilate
- B. Situatiilor clinice la care parametrii ce caracterizeaza suportul odontal nu ofera conditiile necesare amplasarii corecte a crosetelor turnate
- C. Prezentei de torusuri sau tuberozitati voluminoase
- D. Prezentei de tuberozitati reduse ca volum
- E. Considerentelor estetice de mascare a recesiunii gingivale

(pag. 97) **A, B, C, E**

13. Protezele partiale din acrilat flexibil tip Valpalst:

- A. Sunt cele mai putin flexibile proteze partiale
- B. Sunt indicate de electie în cazul pacientilor cu torus de dimensiune redusa
- C. Sunt utilizate la pacientii care prezinta alergii la monomerul acrilic
- D. Sunt indicate de electie în cazul pacientilor cu despicatori palatine
- E. Sunt indicate la pacientii care prezinta protuberante osoase

(pag. 99) **C, D, E**

14. Avantajele protezelor partiale din acrilat flexibil tip Valpalst:

- A. Proteza este flexibila în zonele retentive
- B. Proteza are grosime mare
- C. Proteza nu este casanta
- D. Sunt necesare crosetele din sârma
- E. Poate fi usor rebazata

(pag. 100) **A, C, E**



15. Crosetele simple acrilice dentare ale protezei partial mobilizabile acrilice:

- A. Pot fi sub forma de pelote
- B. Sunt flexibile
- C. Se fractureaza usor
- D. Pot produce leziuni de decubit
- E. Cele mai cunoscute sunt cele descrise de Kemmeny

(pag. 94) **A, C, D, E**

16. Crosetele simple metalice ale protezei partial mobilizabile acrilice:

- A. Pot fi confectionate din folie metalica
- B. Pot fi confectionate din sârma
- C. Pot fi confectionate din acrilat
- D. Sunt reprezentate de crosetele simple acrilice dentare
- E. Sunt reprezentate de crosetele simple acrilice alveolare

(pag. 94) **A, B**

17. Crosetele cervico-ocluzale deschise dental ale protezei partial mobilizabile acrilice:

- A. Se mai numesc si crosete cu umar
- B. Fac parte din grupa crosetelor simple metalice
- C. Fac parte din grupa crosetelor acrilice
- D. Sunt indicate în situatia când pe arcada sunt restanti doi dinti vecini
- E. Sunt indicate pe dinti cu retentivitati moderate

(pag. 95) **A, B, E**

18. Crosetul din sârma cu trei brate al protezei partial mobilizabile acrilice:

- A. Este realizat din sârma de vipla de 0,6-0,8 mm diametru
- B. Este asemanator crosetului Ackers
- C. Asigura retentie si sprijin
- D. Este denumit si croset cu bucla
- E. Se recomanda în zona frontala



(pag. 97) **A, B, C**

19. Crosetul cervico-alveolar deschis dental al protezei partial mobilizabile acrilice:

- A. Este denumit si croset cu bucla
- B. Este un croset acrilic
- C. Este indicat pe dinti retentivi
- D. Bucla poate fi în forma de „R”
- E. Este situat la distanta de 0,5 mm de mucoasa alveolara

(pag. 96) **A, C, E**

20. Crosetul cervico-ocluzal deschis dental al protezei partial mobilizabile acrilice:

- A. Nu favorizeaza bascularea protezei
- B. Este confectionat din sârma
- C. Prezinta un contact redus cu dintele
- D. Este indicat pe dinti cu retentivitati moderate
- E. Asigura retentia prin bratul retentiv

(pag. 95) **B, C, D, E**

21. Care din urmatoarele afirmatii reprezinta caracteristici ale protezarii de urgenta cu proteza partiala mobilizabila acrilica:

- A. Amana din considerente biologice protezarea definitiva
- B. Poate rezolva situatii limita, de maxima urgenta: fizionomie, fonatie
- C. Are drept scop principal, conservarea integritatii morfologice si functionale a sistemului stomatognat
- D. Reprezinta o solutie de tranzitie in algoritmul terapeutic de reabilitare a edentatiei partiale intinse
- E. Contribuie la procesul vindecarii unor zone ale fibromucoasei de acoperire sau parodontale periferice

(pag. 84-86) **B, C, E**

22. Versantul vestibular al seii acrilice al unei proteze partiale are urmatoarele caracteristici:



- A. Se întinde până în zona de reflecție a mucoasei mobile
- B. Se modelează astfel încât să scadă tonicitatea musculaturii oro-faciale
- C. Se modelează subțiat marginal
- D. Poate lipsi din sau frontală atunci când creasta edentată din această zonă este proeminentă
- E. Se continuă cu conectorul principal prin marginea sa orală

(pag. 87) **A, D**

23. Legea biomecanică a lui Conrod care guvernează realizarea arcadei artificiale a unei proteze parțiale acrilice se referă la:

- A. Schimbarea ordinii dinților artificiali
- B. Modificarea morfologiei dinților artificiali față de cea a dinților naturali
- C. Reducerea numărului de dinți ai arcadei artificiale, în special la nivelul seilor terminale
- D. Plasarea forței de solicitare ocluzală în mijlocul seii, la nivelul centrului geometric
- E. Plasarea forței de solicitare ocluzală cât mai aproape de dintele limitrof edentației, contribuind la sprijinul dento-parodontal al protezei mobile

(pag. 88-89) **D, E**



TEMA 61. ELEMENTE STRUCTURALE ALE PROTEZELOR PARTIALE SCHELETATE (10, pag.116-199)

1*. Bara linguală este în contact cu versantul lingual al crestei alveolare în :

- A. Edentatia de clasa I
- B. Edentatia de clasa a II-a
- C. Edentatia de clasa a III-a
- D. Edentatia de clasa aIV-a
- E. Bara linguala se plaseaza la distanta de versantul lingual al crestei alveolare

(pag. 118) E

2*. Conectorul principal al protezelor partiale scheletate:

- A. Realizeaza unirea seilor protetice
- B. Este obligatoriu sa fie flexibil
- C. Se va plasa în contact direct cu parodontiu marginal
- D. Are un volum mare
- E. Nu asigura profilaxia parodontala a dintilor restanti

(pag. 116) A

3*. Nu sunt elemente componente ale protezei scheletate:

- A. Crosetele;
- B. Elementele de agregare;
- C. Conectorii secundari;
- D. Conectorii principali;
- E. Șeile protetice

(pag. 116) C

4*. Crosetul Ney numarul 1:

- A. Este derivat din crosetul „T” al lui Roach
- B. Se aplica pe dinti cu linia ghid nr. 2



- C. Este asemanator crosetului Ackers
- D. Este indicat pe dintii la care linia ghid are pe o fata aspectul numarul 1, iar pe cealalta fata aspectul liniei ghid numarul 2
- E. Este indicat pe molarii conici

(pag. 140) **C**

5*. Elementele speciale de mentinere si stabilizare disjunctoare sau distributoare simple ale protezelor partiale scheletate sunt:

- A. Bara cu capse Ceka
- B. Crosetul cu conector în forma de „S”
- C. Bara Dlder
- D. Culisele Ceka
- E. Crosetele Roac

(pag. 166) **B**

6. Placuta dento-mucozala linguala a protezelor partiale scheletate:

- A. Se aplica în situatia în care dintii restanti prezinta un grad de parodontopatie marginala cronica, iar versantul oral al crestei alveolare are înaltime redusa
- B. Marginea libera va fi situata în depresiunea dintre doua rugi
- C. Se sprijina pe un prag plasat supracingular
- D. Fata dento-alveolara se lustruieste
- E. Fata orala va fi modelata ca replica anatomica

(pag. 123) **A, C, E**

7. Crosetul continuu al protezelor partiale scheletate:

- A. Este un foarte bun element de sprijin si stabilizare
- B. Se aplica pe fata orala a dintilor frontali, supracingular sau pe un prag realizat în smalt
- C. Poate porni din bratele rigide ale unor crosete Roach
- D. Se aplica pe molari cu retentivitate buna
- E. Este utilizat ca element antibasculant în edentatia partiala de clasa I Kennedy

(pag. 147) **A, B, E**



8. Timpii analizei modelului de studiu la paralelograf sunt:

- A. Stabilirea celei mai acceptabile axe de insertie si dezinsertie a protezei
- B. Trasarea ecuatorului protetic
- C. Alegerea tipului de conector principal
- D. Stabilirea locului în care se plaseaza vârful porțiunii flexibile a bratului retentiv al crosetului
- E. Fixarea poziției modelului fata de paralelograf

(pag. 127) **A, B, D, E**

9. Conectorul principal metalic sub forma de bara al protezelor partiale scheletate are urmatoarele caracteristici:

- A. Restrânge designul protezei scheletate la o suprafata redusa
- B. Are latimea de 6-7 mm si o grosime de 3mm
- C. Este positionat în contact cu mucoasa
- D. Cea mai utilizata forma pe sectiune este cea semiovalara
- E. Are o grosime crescuta ceea ce modifica essential relieful boltii palatine

(pag. 116) **A, B, D, E**

10. Bara linguala a protezelor partiale scheletate are urmatoarele caracteristici:

- A. Distanta de la parodontiu marginal la bara va fi de cel putin 3mm
- B. Latimea barei linguale va fi de 4-5mm
- C. Grosimea barei linguale va fi de 2 mm
- D. Aplicarea barei linguale este independenta de înaltimea si înclinarea versantului lingual al crestei alveolare
- E. Bara linguala nu poate fi însoțita niciodata de un croset continuu

(pag. 118) **A, B, C**

11. Sistemul de crosete Ney are urmatoarele caracteristici:

- A. Este unicul sistem standardizat de crosete turnate
- B. Utilizeaza zonele proximale ale fetelor laterale ale dintelui suport ca zone retentive
- C. Pintenul ocluzal este un element secundar de sprijin



- D. Lacasul pintenului ocluzal are o adâncime de 1,5 mm și forma ovalară
- E. Lungimea lacasului pintenului ocluzal este de $\frac{1}{4}$ din diametrul mezio-distal al fetei ocluzale

(pag. 139) **A, B, D, E**

12. Crosetul Ney numărul 2:

- A. Este derivat din crosetul „T” al lui Roach
- B. Se aplică pe dinții cu linia ghid nr. 2 opusă liniei ghid nr. 1
- C. Este indicat pe dinți tronconici
- D. Se aplică în special pe molari și canini, la care linia ghid este foarte înaltă pe o față și coborâtă pe cealaltă
- E. Este utilizat în special pe molarul 2 ce delimitează distal edentatia

(pag. 140) **A, B**

13. Sistemul Roach:

- A. Cuprinde crosete ce se mai numesc și crosete bară
- B. Cuprinde crosete ce se mai numesc și crosete divizate
- C. Bratele divizate îi conferă rigiditate
- D. Cuprinde o categorie de crosete având formula memotehnică C.L.U.S.T.I.R
- E. Utilizează ca zone retentive suprafețele laterale, vestibulare și orale ale dintelui suport

(pag. 142) **A, B, D**

14. Crosetul RPI al lui Kroll:

- A. Se aplică pe premolarii și molarii cu retentivitate vestibulară și orale favorabile;
- B. Este folosit în edentațiile parțiale întinse pe dințele ce delimitează mezial edentatia;
- C. Evită torsiunea distală prin basculare a dintelui pe care se aplică;
- D. Placuta proximo-linguală are rol de ghidaj al protezei și realizează reciprocitatea cu bratul retentiv
- E. Este alcătuit din două crosete Ackers unite prin corpul lor

(pag. 147) **B, C, D**

15. Elementele speciale de menținere, sprijin și stabilizare prezintă următoarele caracteristici:



- A. Confera estetica deosebita;
- B. Oferă stabilitate biomecanică protezelor;
- C. Sunt indicate la pacienți cu stare generală precară;
- D. Se depreciază rapid având o rezistență redusă în timp;
- E. Sunt laborioase.

(pag. 152) **A, B, E**

16. Avantajele coroanelor telescopate sunt:

- A. Asigură o stabilizare optimă a protezelor parțiale mobilizabile în toate sensurile
- B. Asigură transmisia axială a presiunilor ocluzale
- C. Aplicate în regiunea frontală sunt în același timp și fiziologice
- D. Nu favorizează acumularea plăcii bacteriene și favorizează autocurățirea
- E. Se pot aplica pe dinții adulților tineri

(pag. 155) **A, B, C, D**

17. Bara Dolder prezintă următoarele caracteristici:

- A. Sunt elemente conjunctoare care realizează o bună stabilitate și sprijin protezelor
- B. Este cunoscută sub denumirea de bară cu calaret
- C. Se aplică în edentații subtotale pe ultimii dinți restanți, de obicei ultimii doi canini
- D. Elementele de susținere sunt cape cu pivoturi radiculare peste care se aplică bară Dolder
- E. Este o bară rotundă pe secțiune fiind susținută la capete de elemente de agregare (coroane de înveliș metalice sau semifiziologice)

(pag. 164) **A, C, D**

18. Indicațiile culiselor extracoronare sunt:

- A. Când se impune o reducere minimă din structura dentară
- B. Când camera pulpară este voluminoasă pentru a evita devitalizarea
- C. Când dimensiunea mezo-distală a dintelui suport este redusă
- D. Sunt utilizate la pacienții cu o bună dexteritate manuală
- E. Sunt utilizate când proteza are un ax dificil de inserție și dezinserție



(pag. 161) **A, B, C, E**

19. Crosetul circular Ackers:

- A. Este un croset cu trei brate
- B. Se aplica pe premolarii si molarii cu retentivitati vestibulare si orale favorabile
- C. Poate fi deschis dental sau edental
- D. Este un croset cu patru brate
- E. Se aplica pe premolari sau molari în malpozitie secundara

(pag. 146) **A, B, C**

20. Crosetul cu actiune reciproca al lui Bonwill:

- A. Se aplica în special pe premolari în edentatiile de clasa a III-a Kennedy
- B. Este alcatuit din doua crosete Ackers unite prin corpul lor
- C. Se plaseaza de obicei pe o arcada sau o hemiarcada integra
- D. Se mai numeste croset circular cu sase brate
- E. Este indicat în edentatiile terminale clasa I-a si a II-a Kennedy

(pag. 146) **B, C, D**

21* . Bara mandibulara vestibulara este indicate ca si conector principal al unei proteze partiale scheletate in urmatoarea situatie:

- A. Cand dintii laterali au inaltime linguala mare
- B. Cand arcada dento-alveolara mandibulara are o inclinare linguala prea mare
- C. Cand arcada dento-alveolara mandibulara are o inclinare vestibulara prea mare
- D. Cand ambii versanti ai crestei alveolare sunt de inaltime mica
- E. Cand versantul vestibular al crestei alveolare este redus ca inaltime

(pag. 118-119) **B**

22. Conectorii secundari rigizi ai unei proteze partiale scheletate au urmatoarele caracteristici atunci cand sunt plasati interdentar:

- A. Pe sectiune au forma triunghiulara
- B. Sunt situati la distanta de parodontiul marginal



- C. Unirea cu conectorul principal este usor ingrosata
- D. Leaga saua de elementele de mentinere, sprijin si stabilizare
- E. Reprezinta o conexiune elastica intre croset si conectorul principal

(pag. 123) **A, B, C**

23. Functia de stabilizare a unui croset dentar turnat se caracterizeaza prin:

- A. Depinde de gradul de retentivitate a dintelui stalp
- B. Este functia prin care crosetul se opune deplasarilor orizontale ale protezei partiale scheletate
- C. Este functia prin care crosetul se opune deplasarilor verticale in directie mucozala
- D. Este amplificata prin prelungirea bratelor opozante rigide pe mai multi dinti
- E. Necesita plasarea bilaterala a elementelor rigide ale crosetului

(pag. 130) **B, D, E**



TEMA 62. BIODINAMICA PROTEZELOR SCHELETATE IN CAVITATEA ORALA (10, pag. 201-229)

1*. Proteza partial mobilizabila aplicata în cavitatea orala este supusa actiunii unor forte care:

- A. Au rol în uzura fiziologica a din_ilor artificiali
- B. Au rol în uzura fiziologica a componentei acrilice a seilor protezei
- C. Au rol în formarea depozitelor tartrice
- D. Tind sa disloce proteza de pe câmpul protetic
- E. Au rol în modelarea planurilor de ghidare.

(pag. 294) **D**

2*. În cazul unei proteze scheletate, când o forta actioneaza la nivelul unei sei terminale, aceasta va efectua o miscare de rotatie care:

- A. Determina modificari de culoare ale dintilor artificiali
- B. Determina modificari de culoare ale componentei acrilice a seilor protezei
- C. Se descompune în cele trei planuri spatiale
- D. Se asociaza cu modificarea adâncimii santurilor nazo-geniene
- E. Produce tulburari fonetice.

(pag. 205) **C**

3*. Fortele care se nasc în timpul exercitariifuncTiilor sistemului stomatognat pot actiona:

- A. La nivelul marginilor protezei
- B. La nivelul seii turcesti
- C. La nivelul apofizei coronoide a mandibulei
- D. La nivelul muschilor orbiculari ai buzelor
- E. La nivelul muschilor buccinatori

(pag. 211) **A**

4*. În ceea ce priveste stabilitatea statica, atât protezele mobilizabile scheletate maxilare cât si cele mandibulare trebuie sa aiba o caracteristica în comun:



- A. Aceeasi grosime a conectorilor principali
- B. Repartitia uniforma a greutatii protezei pe elementele câmpului protetic pe care se sprijina
- C. Utilizarea unor crosete cu brate retentive si opozante cu aceeasi grosime
- D. Aceeasi pozitionare a conectorilor principali
- E. Utilizarea unui singur tip de croset

(pag. 211) **B**

5*. În cazul construirii unor proteze mobilizabile scheletate, elementele de echilibru static si dinamic trebuie corelate cu:

- A. Cantitatea de saliva produsa în 24 de ore
- B. Fortele de adeziune
- C. Principiile terapiei functionale
- D. Fortele de capilaritate
- E. Fortele de coeziune

(pag. 215) **C**

6. Fortele care actioneaza asupra unei proteze scheletate sunt:

- A. Forte verticale de tractiune
- B. Forte verticale de presiune
- C. Forte de congruenta
- D. Forte orizontale tangentiale
- E. Forte orizontale radiare

(pag. 215) **A, B, D, E**

7. Care din urmatoarele afirmatii reprezinta caracteristici ale fortelor de tractiune directa:

- A. Actioneaza în sensul fixarii protezei pe câmpul protetic
- B. Actioneaza în sens vertical, tinzând sa disloce proteza de pe câmp
- C. Se manifesta în timpul pozitiei de intercuspidare maxima
- D. Sunt generate de alimente lipicioase si actiunea muschilor obrazilor, buzelor si limbii
- E. Sunt favorabile deplasarilor transversale ale protezelor scheletate

(pag. 215) **B, D**



8. Fortele de tractiune indirecta se caracterizeaza prin:

- A. Apar între doua suprafețe plane
- B. Se numesc și forte de basculare
- C. Fixează proteza pe câmpul protetic
- D. Apar prin nerespectarea montării dinților pe creșta edentată
- E. Apar prin așezarea incorectă a axei de basculare

(pag. 216) **B, D, E**

9. Mișcarea de basculare a unei proteze scheletate se caracterizează prin:

- A. Este o mișcare complexă a protezei
- B. În cadrul acesteia are loc o mișcare de ridicare, de înfundare și de apăsare
- C. Este deseori asociată cu deplasarea în întregime a protezei spre anterior sau posterior
- D. Este uneori asociată cu deplasări transversale ale protezei
- E. Este uneori asociată cu deplasări longitudinale ale protezei

(pag. 216) **A, B, C**

10. Axa de rotație a unei proteze scheletate trebuie aleasă astfel încât:

- A. Axa să treacă neapărat prin corpul protezei
- B. Axa să treacă prin marginea anterioară a conectorului principal maxilar
- C. Axa să treacă prin marginea superioară a conectorului principal mandibular
- D. Proteza să se întindă în mod egal de ambele părți ale axului de rotație
- E. Proteza să se întindă de o parte a axului de rotație

(pag. 216) **A, D**

11. Rolul opritorului de basculare este:

- A. De a uni seile protetice cu conectorul principal
- B. De a poziționa croșetele pe dinții stâlpi
- C. De a modela fețele proximale pentru conectorii secundari
- D. De a prelunge proteza dincolo de axa de basculare



E. De a transforma proteza dintr-o pârghie cu un brat sau doua brate inegale într-o pârghie cu doua brate egale

(pag. 216) **D, E**

12. Care din urmatoarele elemente component ale unei proteze scheletate pot avea functie de opritor de basculare:

- A. Dintii artificiali
- B. Crosetul continuu
- C. Extremitatea distala a seilor protetice
- D. Conectorii secundari proximali
- E. Baza protezei daca prelungeste proteza dincolo de axul de rotatie

(pag. 216) **B, E**

13. Fortele de presiune masticatorii actioneaza asupra:

- A. Dintilor naturali
- B. Dintilor artificiali sustinuti de seile protetice
- C. Marginii posterioare a conectorilor principali maxilari
- D. Marginii inferioare a barei linguale
- E. Ligamentului pterigo-mandibular

(pag. 217) **A, B**

14. Care din urmatoarii factori influenteaza intensitatea fortelor de presiune masticatorii:

- A. Capacitatea muschilor ridicatori ai mandibulei
- B. Natura alimentului
- C. Gradul de sensibilitate al parodontului dintilor stâlpi
- D. Gradul de sensibilitate al muco-periostului crestei edentate
- E. Gradul de sensibilitate al receptorilor gustativi din mucoasa linguala

(pag. 217) **A, B, C, D**

15. Fortele de presiune masticatorii tind sa:



- A. Sa fixeze proteza pe câmpul protetic
- B. Sa deplaseze tangential proteza
- C. Sa înfunde înfunde proteza pe câmpul protetic
- D. Sa deplaseze radiar proteza
- E. Sa exercite presiuni supraliminare

(pag. 218) **C, E**

16. Care din urmatoarele forte reprezinta forte orizontale:

- A. Fortele de congruenta
- B. Fortele de diseminare
- C. Fortele orizontale aparute prin miscarile de lateralitate ale mandibulei în timpul masticatiei
- D. Fortele parazitare rezultate din descompunerea fortelor de presiune masticatorie
- E. Fortele de convergenta

(pag. 218) **C, D**

17. Precizati la ce nivel actioneaza fortele orizontale radiare:

- A. Asupra dintilor din grupul frontal, în cazul fortelor radiare sagitale
- B. Asupra corpului mandibulei, în cazul fortelor radiare sagitale
- C. Asupra dintilor din grupul lateral, în cazul fortelor transversale
- D. Asupra muschilor maseteri
- E. Asupra caninilor, în cazul fortelor oblice

(pag. 219) **A, C, E**

18. Care este cea mai frecventa miscare a unei proteze partiale scheletate:

- A. Miscarea de ridicare
- B. Miscarea de coborîre
- C. Miscarea de basculare
- D. Miscarea de rotatie în jurul ax sagital sau transversal
- E. Miscarea de îndoire

(pag. 222) **C, D**



19. Care sunt modalitățile de deplasare a porțiunilor unei proteze în cadrul mișcării de basculare a acesteia:

- A. O porțiune a protezei se înfundă
- B. O porțiune a protezei se ridică
- C. O porțiune a protezei se îndoaie
- D. O porțiune a protezei se ramolește
- E. O porțiune a protezei se curbează

(pag. 222) **A, B**

20. Care din următoarele elemente ale unei proteze scheletate sunt utilizate în scopul frânării deplasărilor distale ale acestora:

- A. Pintenii ocluzali din fosetele meziale ale molarilor
- B. Tuberculul piriform
- C. Crosetul continuu lingual cu gherute incizale
- D. Coroane telescopice
- E. Tuberozitatea maxilară

(pag. 221) **A, C, D**

21*. Forța rezultantă obținută prin compunerea unor forțe de același sens și direcție ce acționează asupra unei proteze parțiale scheletate se caracterizează prin:

- A. Direcție și sens opus forțelor care o compun
- B. Direcție și sens perpendicular pe direcția forțelor care o compun
- C. Aceeași direcție și sens cu forțele care o compun
- D. Direcție și sens oblic față de forțele care o compun
- E. Direcție și sens variabile față de forțele care o compun

(pag. 206) **C**

22. În terapia prin proteze parțiale scheletate, forțele active care apar în mecanismul masticației au următoarele caracteristici:

- A. Se datorează osului alveolar edentat
- B. Sunt generate de musculatura activă



- C. Se manifesta asupra dintilor si asupra restaurarilor fixe sau mobilizabile
- D. Au rol in mobilizarea mandibulei
- E. Sunt generate de rezistenta mecanica a dintelui

(pag. 207-209) **B, C, D**

23. Din punct de vedere static echilibrul pieselor protetice scheletate se refera la:

- A. Coincidenta centrului de gravitatie al protezei cu zona de stabilitate maxima a suprafetei de sustinere
- B. Dislocarea protezei adjuncte de pe campul protetic sub actiunea unui complex de forte
- C. Punctul de aplicare al fortelor se afla in central geometric al suprafetei ocluzale a dintilor support si al dintilor artificiali
- D. Repartitia uniforma a greutatii protezei pe elementele campului protetic
- E. Aspecte care tin de detaliile morfologice ale campului protetic

(pag. 211) **A, D, E**



TEMA 63. ETAPE ALE TERAPIEI PRIN PROTEZE PARTIAL MOBILIZABILE SCHELETATE: AMPRENTAREA (10, pag. 279-293)

1. Care din următoarele afirmatii reprezinta caracteristici ale amprentei functionale mucodinamice:

- A. Utilizeaza portamprente cu margini functionalizate
- B. Se obtin amprente cu margini bine delimitate
- C. Se obtin amprente care ocolesc formatiunile mobile periferice
- D. Se obtin amprente nefunctionale
- E. Se obtin amprente cu margini prea scurte

(pag. 285) **A, B, C**

2. În terapia protetica prin proteza partial scheletata, miscarile masticatorii efectuate în cadrul amprentarii functionale a câmpului protetic se realizeaza cu:

- A. Sabloane de ocluzie
- B. Portamprente individuale prevazute cu valuri de ocluzie
- C. Cu ajutorul unor proteze vechi
- D. Cu ceara de ocluzie
- E. Cu ajutorul unor proteze tranzitorii

(pag. 287) **B, C, E**

3. Ce tipuri de materiale se pot utiliza în amprentarea functionala a câmpului protetic cu edentatie partiala întinsa:

- A. Materiale rigide
- B. Materiale decorative
- C. Materiale semirigide
- D. Materiale solide
- E. Materiale elatice

(pag. 287) **A, C, E**



4. Care sunt criteriile care se urmaresc în cadrul verificarii extraorale a portamprentelor individuale:

- A. Realizarea santurilor de descarcare
- B. Respectarea indicatiilor privind materialul din care trebuie confectionata portamprenta
- C. Corectitudinea plasamentului mânerului
- D. Realizarea unor margini cât mai groase
- E. Respectarea raportului dintre marginile portamprente si linia ghirlandata

(pag. 288) **B, C, E**

5. Care din urmatoarele afirmatii sunt corecte în ceea ce priveste tehnicile de amprentare cu model corectat:

- A. Utilizeaza portamprente standard din gips
- B. Se adreseaza edentatiilor tetminale
- C. Se adreseaza edentatiilor intercalate reduse
- D. Utilizeaza scheletul metalic al protezei prevazut cu sei acrilice
- E. Inregistreaza relatia functionala a suportului mucoosos în raport cu suportul dento-parodontal

(pag. 291) **B, D, E**

6. În cazul tehnicilor de amprentare cu model corectat, sectionarea modelului are loc:

- A. La nivelul crestelor edentate terminal
- B. La nivelul crestelor edentate intercalate
- C. La nivelul dintilor frontali
- D. La 1-2 mm distal de dintii restanti
- E. La nivelul liniei mediane a modelului

(pag. 292) **A, D**

7. Care sunt caracteristicile amprenteii globale utilizata în protezarea compozita:

- A. Inregistreaza substructurile organice dentare preparate
- B. Inregistreaza bresele edentate
- C. Inregistreaza culoarea dintilor
- D. Permite confectionarea protezei fixe



E. Permite confectionarea protezei mobile scheletate

(pag. 293) **A, B, D, E**

8. Care din urmatoarele miscari automatizate efectuate de pacient sunt utilizate în amprentarea functionala în cadrul terapiei prin proteze partial mobilizabile scheletate:

- A. Teste de postura
- B. Teste fonetice
- C. Teste de masticatie
- D. Teste de deglutitie
- E. Teste de mobilitate

(pag. 287) **B, C, D**

9. Care sunt tipurile de amprente functionale utilizate în cadrul terapiei prin proteze partial mobilizabile scheletate, în functie de pozitia mandibulei în timpul amprentarii:

- A. Amprente functionale cu gura deschisa
- B. Amprente functionale cu gura închisa
- C. Amprente functionale combinate
- D. Amprente functionale de lateralitate
- E. Amprente functionale deformante

(pag. 284) **A, B, C**

10. Cum se clasifica amprentele functionale utilizate în terapia protetica prin proteze partial mobilizabile scheletate în functie de numarul de materiale de amprenta utilizate:

- A. Amprente functionale automatizate
- B. Amprente functionale simple
- C. Amprente functionale compozite
- D. Amprente functionale parcelare
- E. Amprente functionale parțiale

(pag. 284) **B, C**

11* . Adaptarea portamprentelor standard se realizeaza:



- A. Cu ajutorul aparatelor cu ultrasunete
- B. In plan transversal, sagital si vertical
- C. Prin îndoire pe linia mediana
- D. In functie de materialul de amprenta
- E. Dupa realizarea amprenteii propriu-zise

(pag. 280) **C**

12*. La ce distanta trebuie sa se situeze marginile unei portamprente standard fata de câmpul protetic, în plan transversal:

- A. 1-2mm
- B. 3-4mm
- C. 4-5mm
- D. 10mm
- E. 15mm

(pag. 280) **C**

13*. Care din urmatoarele obiective se realizeaza în cursul amprentarii preliminare:

- A. Modelarea anatoforma a dintilor artificiali
- B. Inregistrarea functiei fonetice
- C. Inregistrarea pozitiei de intercuspitare maxima
- D. Inregistrarea tuturor suprafetelor plane si orizontale ale câmpului protetic
- E. Inregistrarea adâncimii santurilor nazo-labiale

(pag. 281) **D**

14*. Care este rolul miscarilor nefunctionale efectuate de medic în timpul amprentarii preliminare?

- A. Modelarea corespunzatoare a marginilor amprenteii
- B. Înregistrarea fidela a zonei de mucoasa pasivmobila
- C. Determinarea relatiilor intermaxilare
- D. Testarea înaltimii etajului inferior al fetei
- E. Stabilirea zonei neutrale



(pag. 282) **A**

15*. Care este scopul dusurilor bucale reci recomandate în etapa de pregătire a câmpului protetic cu edentație parțial întinsă, în vederea amprentării preliminare:

- A. Accentuarea reflexului de vomă
- B. Modelarea materialului de amprentă
- C. Deretentivizarea câmpului protetic
- D. Poziționarea corectă a maxilarului
- E. Îndepărtarea mucusului salivar și realizarea unei vasoconstricții a mucoasei

(pag. 282) **E**

16. Câte tipuri de portamprente există în funcție de modalitatea de realizare a obiectivelor amprentării:

- A. Portamprente standard
- B. Portamprente semifuncționale
- C. Portamprente individuale funcționale
- D. Portamprente semipiriforme
- E. Portamprente semiovale

(pag. 279) **A, B, C**

17. Care sunt materialele din care se confecționează portamprente standard de serie sau universale:

- A. Ceară bucoplastică
- B. Silicon chitos
- C. Metal cromat sau nichelat
- D. Aluminiu
- E. Materiale plastice

(pag. 279) **C, D, E**

18. Cum se adaptează portamprente standard la nivelul marginilor:



- A. Prin ramolire în apa caldă
- B. Prin îndoire cu ajutorul unui crampon când marginile sunt prea lungi
- C. Prin sinterizare
- D. Prin completare cu material termoplastic când marginile sunt prea scurte
- E. Prin aplicarea unui rulou de masă termoplastică pe versantul intern al marginii pe tot conturul acesteia

(pag. 280) **B, D, E**

19. Câte tipuri de amprente functionale exista în funcție de gradul de mobilizare al periferiei câmpului protetic?

- A. Amprente functionale mucostatice
- B. Amprente functionale de rascroire
- C. Amprente functionale mucodinamice
- D. Amprente functionale posterioare
- E. Amprente functionale anterioare

(pag. 283) **A, C**

20. Care din următoarele afirmații reprezintă caracteristici ale amprentei functionale mucostatice?

- A. Înregistrează tonicitatea musculaturii de la periferia câmpului protetic
- B. Utilizează portamprente individuale cu margini scurte
- C. Utilizează materiale de amprentă cu fluiditate mare
- D. Marginile amprentei sunt subțiri și înalte
- E. Se obțin amprente care pun în valoare succiunea

(pag. 293) **B, C, D**

21. Care sunt tipurile de portamprente standard utilizate în terapia prin proteze mobilizabile scheletare?

- A. Portamprenta metalică cu dispozitiv de retenție
- B. Portamprenta cu dispozitiv de irigare cu apă
- C. Portamprenta din material plastic
- D. Portamprenta de compresiune



E. Portamprenta de dezinsertie

(pag. 279-280) **A, B, C**

22. In terapia prin proteza scheletata, amprentele functionale mucodinamice se caracterizeaza prin:

- A. Se inregistreaza cu portamprente individuale cu margini scurte
- B. Se inregistreaza cu portamprente individuale functionalizate
- C. Conduc la obtinerea de amprente cu margini bine delimitate
- D. Conduc la obtinerea de amprente care asigura o mentinere deficitara
- E. Conduc la obtinerea de amprente care ocolesc formatiunile mobile periferice

(pag. 283-284) **B, C, E**

23. In raport de functia stimulata in declansarea testelor automatizate, amprentele functionale realizate in cadrul terapiei prin proteze partial mobilizabile scheletate sunt:

- A. Fonetice
- B. De masticatie
- C. De deglutitie
- D. Unimaxilare
- E. Globale

(pag. 284) **A, B, C**



TEMA 64. ETAPE ALE TERAPIEI PRIN PROTEZE PARTIAL MOBILIZABILE SCHELETATE: INREGISTRAREA RELATIEI INTERMAXILARE (10, pag. 295-308)

1*. În cadrul terapiei prin proteze partial mobilizabile, etapa de înregistrare a relației intermaxilare urmează după:

- A. Proba portamprentei standard
- B. Amprentarea preliminară
- C. Adaptarea portamprentei individuale
- D. Amprentarea funcțională și obținerea modelului funcțional
- E. Proba machetei cu dinți

(pag. 295) **D**

2*. În cadrul terapiei prin proteze partial mobilizabile, în cazul în care cele două arcade sunt mutilate prin edentație parțială problema fundamentală a protezării este reprezentată de:

- A. Evaluarea dinților stâlpi
- B. Amprentarea preliminară
- C. Restaurarea relației de postură și a relației centrice
- D. Verificarea scheletului metalic
- E. Capturarea seilor terminale

(pag. 295) **C**

3*. În cadrul terapiei prin proteze partial mobilizabile, înregistrarea relațiilor mandibulo-craniene urmărește:

- A. Repoziționarea mandibulei în relație centrică corectă
- B. Repoziționarea mandibulei în poziția de postură
- C. Repoziționarea mandibulei în poziția de intercuspitare maximă
- D. Determinarea planului bazal mandibular
- E. Determinarea poziționării exacte a planului mediosagital.

(pag. 296) **A**



4* . Metoda “homotropismului lingo-mandibular” de determinare a relatiei centrice se bazeaza pe faptul ca:

- A. Mandibula urmeaza pozitia valului palatin
- B. Mandibula urmeaza limba în periplul sau static si dinamic
- C. Compresiunea maseterului bilateral pozitioneaza mandibula în relatie centrica
- D. Se stimuleaza reflexele vestigeale de pozitionare centrica
- E. Manevra Valsalva pozitioneaza mandibula în relatie centrica

(pag. 306) **B**

5* . Metoda de determinare a relatiei centrice prin stimularea reflexului de ocluzie molară se bazeaza pe:

- A. Faptul ca mandibula urmeaza limba în periplul sau static si dinamic
- B. Redesteparea vechilor reflexe parodontomusculare de pozitionare centrica
- C. Usoara presiune exercitata în timpul miscarii de deschidere-închidere
- D. Contractii musculare simetrice prin compresiuni pe muschiul temporal
- E. Compresiunea meseterului bilateral

(pag. 307) **B**

6. Care dintre pozitiile mandibulo-craniene au o importanta primordiala în evaluarea starii de normalitate precum si a gradului de afectare a morfologiei si functiilor sistemului stomatognat:

- A. Relatia centrica
- B. Relatia de postura
- C. Relatia de intercuspitate maxima
- D. Miscarea Bennett
- E. Pozitia de cap la cap protruzie

(pag. 295) **A, B**

7. Verificarea extraorală a machetelor de ocluzie urmareste

- A. Baza sa fie rigida, nedeformabila
- B. Baza sa fie elastica



- C. Marginile bazei sa fie rotunjite
- D. Marginile bazei sa fie plasate la nivelul liniei ghirlandate
- E. Marginile bazei sa fie plasate la nivelul mucoasei mobile

(pag. 304) **A, C, D**

8. În cadrul terapiei prin proteze partial mobilizabile, metodele simple de determinare a relatiei centrice sunt:

- A. Metoda homotropismului lingo-mandibular
- B. Metoda compresiunii pe menton
- C. Metoda deglutitiei
- D. Manevra Nelaton
- E. Metoda testelor Herbst

(pag. 306) **A, B, C**

9. În cadrul terapiei prin proteze partial mobilizabile, metodele simple de determinare a relatiei centrice sunt:

- A. Metoda flexiei fortate a capului
- B. Stimularea reflexului de ocluzie molara
- C. Stimularea reflexului de ocluzie incisiva
- D. Manevra condiliana
- E. Metoda Patterson

(pag. 306-307) **A, B, D, E**

10. În cadrul terapiei prin proteze partial mobilizabile, solidarizarea machetelor de ocluzie se poate realiza prin urmatoarele procedee:

- A. Folosirea de stifturi de interpozitionare între cele doua machete
- B. Utilizarea de material de tip Repin
- C. Utilizarea alginatului
- D. Practicarea unor lacase sau ancose în cele doua valuri de ocluzie la nivel primilor premolari
- E. Practicarea unui lacas în cele doua valuri de ocluzie la nivelul liniei mediane

(pag. 307-308) **A, B, D**



11. În cadrul terapiei prin proteze partial mobilizabile, metoda Patterson de determinare a relației centrice prezintă următoarele particularități:

- A. Stimulează reflexele vestigiale de poziționare centrică
- B. Bordurile de ocluzie se scurtează cu 2mm
- C. Bordurile de ocluzie se lungesc cu 2mm
- D. În grosimea bordurilor de ocluzie se realizează un șanț retentiv care se umple cu material abraziv
- E. Pacientul execută mișcări test de propulsie și lateralitate

(pag. 307) **A, B, D, E**

12. În cadrul terapiei prin proteze partial mobilizabile, metoda homotropismului lingo-mandibular de determinare a relației centrice, prezintă următoarele particularități:

- A. Se bazează pe faptul că mandibula urmează limba în periplul său static sau dinamic
- B. Se bazează pe redobândirea vechilor reflexe parodonto-musculare
- C. Se plasează o bobită de ceară pe bolta palatină a bazei machetei de ocluzie superioare
- D. Se plasează o bobită de ceară la nivelul bazei machetei de ocluzie inferioare
- E. Bolnavul va închide gura cu vârful limbii pe bobită.

(pag. 306) **A, C, E**

13. În cadrul terapiei prin proteze partial mobilizabile, metoda de determinare a relației centrice prin stimularea reflexului de ocluzie molară se caracterizează prin următoarele particularități:

- A. Se realizează prin compresii bilaterale pe mușchiul temporal
- B. Se urmărește redobândirea vechilor reflexe parodonto-musculare de poziționare centrică
- C. Practicianul așează pulpa degetelor pe bordurile de ocluzie în dreptul molarilor
- D. Practicianul așează pulpa degetelor pe bordurile de ocluzie în dreptul incisivilor centrali
- E. Practicianul așează pulpa degetelor pe bordurile de ocluzie în dreptul caninilor

(pag. 307) **B, C**

14. Reperele ocluziei centrice stabilite de Costa sunt

- A. Circumscrierea arcadei mandibulare de către arcada maxilară



- B. Circumscrierea arcadei maxilare de catre cea mandibulara
- C. Contactul tripotal
- D. Contactul vârful cuspida-panta cuspida
- E. Cuspida mezo-vestibular al primului molar maxilar plasat între cuspida mezo-vestibular si mezo-vestibular al primului molar mandibular.

(pag. 303) **A, C, E**

15. Conditii obiective de determinare a relatiilor mandibulo-craniene postulate de LEJOYEUX sunt:

- A. Înaintea oricarei încercari de determinare si înregistrare a relatiei centrice, bolnavul sa fie plasat în conditii ideale de echilibru fiziologic si psihologic
- B. Determinarea DVO constituie elementul prealabil indispensabil pentru determinarea relatiei centrice
- C. Relatia centrica se determina înaintea DVO
- D. Stabilizarea bazei sabloanelor de ocluzie pe model este o conditie necesara si suficienta pentru ca în stadiul determinarii relatiei centrice tesuturile suprafetei de sprijin sa se regaseasca în aceeasi stare ca în momentul amprentarii
- E. Presiunea trebuie sa corespunda celei exercitate în momentul amprentarii.

(pag. 303) **A, B, D, E**

16. În cadrul terapiei prin proteze partial mobilizabile, cauzele insuccesului înregistrarii corecte a relatiilor mandibulocraniene sunt:

- A. Fortarea închiderii gurii
- B. Realizarea bordurilor de ocluzie din ceara moale
- C. Supraextensia bazei machetei de ocluzie
- D. Contactul dintilor anteriori mandibulari cu baza machetei de ocluzie maxilara
- E. Confectionarea bazei machetelor de ocluzie din acrilat.

(pag. 298) **A, B, C, D**

17. În situatia clinica în care pe unul dintre maxilare se realizeaza o protezare partial mobila iar pe celalalt o proteza totala, înregistrarea relatiilor intermaxilare prezinta urmatoarele particularitati:



- A. Este suficienta înregistrarea pozitiei de intercuspidadare maxima
- B. Se folosesc machete de ocluzie
- C. Machetele de ocluzie se solidarizeaza în pozitie de relatie centrica
- D. Machetele de ocluzie se solidarizeaza în pozitie de cap la cap propulsie
- E. In determinarea nivelului si orientarii planului de ocluzie ne vom orienta dupa dintii restanti, apreciind corect clearance-ul ocluzal.

(pag. 296-297) **B, C, E**

18. În cadrul terapiei prin proteze partial mobilizabile, verificarea intraorala a machetelor de ocluzie urmareste:

- A. Modalitatea de insertie pe câmpul protetic
- B. Daca bordurile de ocluzie prin volum si pozitie redau plenitudinea obrazilor si buzelor
- C. Gradul de adaptare dintre baza machetei de ocluzie si câmpul protetic
- D. Realizarea contactelor tripodice
- E. Daca bordura de ocluzie mandibulara prezinta lacase retentive la nivelul incisivilor

(pag. 304) **A, B, C**

19. În cadrul terapiei prin proteze partial mobilizabile, manevra condiliana de detrmnare a relatiei centrice prezinta urmatoatele particularitati:

- A. Pozitia de relatie centrica se obtine prin presiune usoara în timpul miscarii deschidere-închidere exercitata cu indexul în conductul auditiv intern si policele pretragian
- B. Permite verificarea pozitiei centrice a condililor
- C. Utilizeaza deglutitia pentru pozitionarea mandibulei în relatie centrica
- D. Urmareste ca prin tractiunea catre posterior exercitata de muschii subhioidieni sa se determine o pozitie a mandibulei cât mai posterioara
- E. Consta în compresiunea bilaterala a maseterilor.

(pag. 307) **A, B**

20. În cadrul terapiei prin proteze partial mobilizabile, în etapa de înregistrare a relatiilor mandibulo-craniene se are în vedere prefigurarea unor parametrii ai ocluziei centrice precum:

- A. Nivelul si orientarea planului de ocluzie
- B. Rapoartele interarcadice



- C. Clearance-ul ocluzal
- D. Realizarea coridorului bucal
- E. Realizarea unitatilor masticatorii.

(pag. 296) **A, B, C**

21*. In cazul in care pe unul din maxilare se realizeaza o proteza partial mobila iar celalalt va fi protezat prin proteza totala, pentru inregistrarea relatiilor intermaxilare sunt necesare:

- A. Un cadru din sarma cu suport textil si pasta de zinc-oxid-eugenol
- B. Foliile de ceara de ocluzie
- C. Doua modele pozitionate de catre medic in relatie centrica prin metoda discriminarii tactile
- D. Retentii pe suprafata orala a bordurii de ocluzie a machetei de pe maxilarul edentat partial
- E. Doua machete de ocluzie

(pag. 296-297) **E**

22. In cadrul inregistrarii relatiei intermaxilare ca etapa a terapiei prin proteze parțiale scheletate, relaxarea musculara si indepartarea durerii se obtin prin:

- A. Inhibitori de ocluzie
- B. Miogimnastica
- C. Medicatie
- D. Aplicarea unor proteze tranzitorii
- E. Pierderea stopurilor ocluzale centrice

(pag. 295-296) **A, B, C, D**

23. In cadrul terapiei prin proteze parțiale scheletate, verificarea intraorala a machetelor de ocluzie urmareste:

- A. Adaptarea bazei machetei pe modelul functional
- B. Modalitatea de insertie a machetelor de ocluzie pe campul protetic
- C. Gradul de adaptare intre baza machetei si campul protetic
- D. Stabilizarea machetelor de ocluzie prin captusire intraorala
- E. Orientarea planului de ocluzie

(pag. 304-305) **B, C, D**



Universitatea „Apollonia” din Iași
EUROPEAN BUSINESS ASSEMBLY, prin SOCRATES COMMITTEE OF OXFORD, a declarat
UNIVERSITATEA APOLLONIA „BEST REGIONAL UNIVERSITY”

Str. Muzicii nr. 2, Iași, 700399
Tel: 0232/210.310; Fax: 0232/210.310
E-mail: secretariat@univapollonia.ro
www.univapollonia.ro





TEMA 65. ETAPE ALE TERAPIEI PRIN PROTEZE TOTALE: AMPRENTAREA (10, pag. 465-544)

1*. Scopul amprenteii preliminare este de :

- A. Realizare a modelului de lucru
- B. Realizare a modelului preliminar si a lingurii individuale
- C. Determinare a relației centrice
- D. Realizare a lingurii standard
- E. Determinare a dimensiunii verticale de ocluzie

(Pag.470) **B**

2. La un pacient edentat total, amprentarea prin tehnici de presiune selectiva este indicata:

- A. Cand se urmareste realizarea unei inchideri marginale optime
- B. Cand se urmareste asigurarea unui spatiu necesar arcadelor dentare artificiale
- C. In cazul prezentei unei creste balante anterioare
- D. In cazul prezentei unei creste mandibulare aplatizate, acoperita cu mucoasa atrofica
- E. In cazul prezentei unei creste mandibulare posterioare fibroasa nefavorabila

(pag. 470) **C, D, E**

3. Obiectivele amprenteii preliminare a câmpului protetic edentat total sunt:

- A. Asigurarea sprijinului
- B. Asigurarea retenției
- C. Asigurarea menținerii crestei reziduale
- D. Asigurarea dimensiunii verticale de ocluzie
- E. Asigurarea menținerii poziției de postura.

(pag.471) **A, B, C**

4. Evitarea reflexului de vomă în timpul amprentării câmpului protetic edentat total se poate face prin:

- A. Indiguirea cu un rulou de ceara a lingurii
- B. Distragerea atenției pacientului
- C. Utilizarea de hidrocoloizi ireversibili cu timp de priza crescut
- D. Pentru prepararea alginatului se utilizeaza apa puțin mai calda
- E. Îndepărtarea amprenteii la un minut de la gelificare.



(pag. 489) **A, B, D, E**

5. Principalele obiective pe care trebuie sa le îndeplineasca o amprenta finala a câmpului protetic edentat total sunt:

- A. Obținerea unei înălțimi corecte a marginilor si o extindere maxima a bazei protezei
- B. Repartizarea de presiuni egale asupra părților moi si dure
- C. Obținerea unei înălțimi corecte a dimensiunii verticale de ocluzie
- D. Poziționarea mandibulei în poziția de relație centrica
- E. Respectarea libertății contracțiilor musculare si realizarea închiderii marginale a protezei

(pag. 502) **A, B, E**

6. Etapele comune, valabile în oricare tehnica de amprentare finala a câmpului protetic edentat total sunt:

- A. Folosirea unei portamprente individuale
- B. Folosirea unei portamprente standard
- C. Executarea anumitor miscari de modelare marginala
- D. Adaptarea portamprentei individuale
- E. Utilizarea unuia sau mai multor materiale de amprentare

(pag. 504) **A, C, D, E**

7. Alegerea portamprentei standard in vederea amprentarii unui camp protetic edentat total,se caracterizeaza prin:

- A. Se face obligatoriu cu ajutorul unui compas
- B. La maxilar se realizeaza prin masurarea distantei dintre polii externi ai celor doua tuberozitati
- C. Marginile portamprentei interfera cu frenurile bucale, labiale si/sau linguale
- D. Portamprenta nu acopera tuberozitatile maxilare
- E. Portamprenta este subdimensionata fata de campul protetic

(pag. 474-475) **A, B**

8. În cadrul tehnicii HERBST de amprentare a câmpului protetic edentat total, miscarile test pentru mandibula sunt:

- A. Deschiderea medie a gurii
- B. Deschiderea larga a gurii
- C. Umezirea buzelor
- D. Pronunțarea fonemei Ah



E. Manevra Valsalva

(pag. 513-514) **A, B, C**

9. În cadrul tehnicii HERBST de amprentare a câmpului protetic edentat total, miscarile test pentru maxilar sunt:

- A. Deglutiția
- B. Mimarea fluieratului
- C. Mimarea surâsului forțata
- D. Umezirea buzelor
- E. Pacientul tusește

(pag. 513-515) **B, C, E**

10. Verificarea și adaptarea intraorală a portamprentelor individuale presupune parcurgerea următorilor timpi:

- A. Verificarea sprijinului, stabilității și a adeziunii
- B. Verificarea lungimii portamprentei individuale
- C. Verificarea grosimii portamprentei individuale
- D. Realizarea închiderii marginale interne
- E. Determinarea dimensiunii verticale de ocluzie

(pag. 521) **A, B, C, D**



TEMA 66. ETAPE ALE TERAPIEI PRIN PROTEZE TOTALE: DETERMINAREA RELATIILOR INTERMAXILARE (10, pag, 550-564)

1*. În zona frontala, planul de ocluzie are o orientare paralela cu :

- A. Planul Camper
- B. Linia bipupilara
- C. Planul bazal mandibular
- D. Planul Frankfurt
- E. Planul facial

(pag. 551) **B**

2*. În zona laterala, planul de ocluzie are o orientare paralela cu :

- A. Planul facial
- B. Planul orbito-frontal
- C. Planul Camper
- D. Planul bipupilar
- E. Planul naso-frontal

(pag. 551) **C**

3. Care sunt situatiile de exceptie in care orientarea planului de ocluzie in zona laterala la edentatul total nu se mai face paralel cu planul Camper:

- A. Malrelatii mandibulo-craniene accentuate in sens antero posterior
- B. Dismorfii grave
- C. Hipotonie generalizata
- D. Absenta receptorilor parodontali
- E. Combinarea miscarilor de propulsie – retropulsie a mandibulei

(pag. 551-553) **A, B**

4*. Metoda antropometrica Willis de determinare a dimensiunii verticale de ocluzie considera ca segmentul subnazale-gnation este egal cu :

- A. Segmentul nasion-subnazale
- B. Segmentul Ala- Tragus
- C. Distanța dintre fanta labiala si unghiul extern al ochiului
- D. Segmentul ophrion-subnazale
- E. Segmentul gonion-gnation



(pag. 555) **C**

5. Metodele antropometrice fara repere preextractionale de determinare a dimensiunii verticale a etajului inferior al feței sunt :

- A. Metoda compasului de aur Appenrodt
- B. Metoda Leonardo DaVinci
- C. Metoda Silvermann
- D. Metoda planului de la Frankfurt
- E. Metoda Boianov.

(pag. 555) **A, B, D, E**

6. Metodele funcționale de determinare a dimensiunii verticale de ocluzie sunt :

- A. Metoda Wild – utilizeaza teste fonetice care conțin fonema "me"
- B. Metoda Silvermann – utilizeaza teste fonetice care conțin fonema "esse"
- C. Metoda Robinson – utilizeaza teste fonetice care conțin fonemele "fe", "ve" plasate la sfârșitul cuvintelor
- D. Metoda Wright
- E. Metoda Willis.

(pag. 556) **A, B, C**

7. Dificultatile de determinare a relației centrice la edentatul total sunt determinate de:

- A. Hiperlaxitatea ligamentara
- B. Uzura osoasa articulara
- C. Corespondenta intre planul medio-sagital al mandibulei si linia medio-sagitala a feței
- D. Stergerea reflexelor de pozitionare centrica
- E. Centrarea condililor in cavitatile glenoide.

(pag. 557-558) **A, B, D**

18. În cadrul terapiei prin proteze totale, metoda de determinare a relației centrice cu centrocordul Optow prezinta urmatoarele particularități :

- A. Sistemul de înregistrare prezinta o placuța maxilara, una mandibulara si o a treia ca intermediar de fixare
- B. Placuța maxilara are un vârf de înscriere grafica plasat anterior si două vârfuri stabilizatoare în zonele laterale
- C. Placuța maxilara are patru vârfuri de înscriere grafica
- D. În zonele laterale ale placuței mandibulare, aparatul prezinta sisteme de fixare ale unor resorturi



E. Se bazează pe aplicarea unor stimuli electrici preauricular.

(pag. 561) **A, B, D**

19. În cadrul terapiei prin proteze totale, solidarizarea machetelor de ocluzie se poate realiza prin :

- A. Utilizarea unor anse de sârma în forma de "U"
- B. Practicarea unor linii oblice intersectate la nivelul zonelor laterale în ceara bordurilor de ocluzie
- C. Utilizarea unor materiale de tip Repin
- D. Utilizarea hidrocoloizilor ireversibili
- E. Folosirea unor stifturi de interpoziționare între cele două machete.

(pag. 562) **A, B, C, E**

20. Principalele inconveniente ale determinării relației centrice la edentatul total deriva din :

- A. Mobilitatea mandibulei în toate direcțiile
- B. Ștergerea reflexelor
- C. Schimbarea continuă a stării de tonicitate a mușchilor mobilizatori ai mandibulei
- D. Menținerea aceleiași stări de tonicitate a mușchilor mobilizatori ai mandibulei
- E. Imbibiția tisulară postdentatăie.

(pag. 563-564) **A, B, C, E**



TEMA 67. ETAPE ALE TERAPIEI PRIN PROTEZE TOTALE. PROBA MACHETELOR (10, pag. 568-582)

1*. Dacă DVO este mărită:

- A. Pacientul are un facies imbatranit
- B. Șanțurile peribucale sunt accentuate
- C. Dintii sunt puțin vizibili
- D. Pacientul are un facies crispat
- E. Rosul buzelor este diminuat .

(pag. 576) **D**

2. DVO micșorată se manifestă prin:

- A. Aspect îmbătrânit al faciesului
- B. Facies crispat
- C. Șanturi peribucale accentuate
- D. Buzele nu intra in contact
- E. Rosul buzelor diminuat

(pag. 576) **A, C, E**

3*. Dacă la pronunțarea fonemei V aceasta seamana cu F:

- A. Dintii superiori sunt prea scurți
- B. Dintii superiori sunt oralizati
- C. Dintii frontali inferiori sunt lingualizati
- D. Macheta superioara este prea extinsa
- E. Dintii superiori sunt vestibularizati

(pag. 579) **A**

4. Dacă la controlul machetelor protezelor totale există o diferență de 1 mm între RC și IM se impune:



- A. Pastrarea relatiilor intermaxilare actuale si pe proteza finita
- B. Se efectueaza slefuiuri selective.
- C. Se vor modifica relatiile intermaxilare pe protezele finite
- D. Machetele se tin timp indelungat in gura pentru a permite inmuiera cerii si repositionarea dintilor
- E. Se determina relatiile intermaxilare din nou.

(pag. 577-578) **B, C, D**

5. La controlul bazelor din ceara ale machetelor protezelor totale se urmareste:

- A. Sa respecte limitele functionale ale campului protetic
- B. Versantul vestibular sa fie concav
- C. Versantul lingual al machetei inferioare modelat concav
- D. Ceara sa aiba o culoare apropiata de gingia naturala
- E. Bazele de ceara acoperă 1/3 anterioară a tuberculului piriform.

(pag. 570-571) **A, C, D, E**

6. Ce zone ale campului protetic edentat se despovareaza?

- A. Tuberculul piriform
- B. Sutura intermaxilara
- C. Papila incisiva
- D. Exostozele
- E. Zona de inchidere palatinala posterioara

(pag. 581) **B, C, D**

7. Corectarea DVO la proba machetelor se poate face:

- A. Prin lipirea unor benzi de ceara pe fetele ocluzale ale premolarilor si molarilor
- B. Scoaterea din ceara a dintilor si montarea unui val de ceara
- C. Prin lipirea unor benzi la nivelul dintilor frontali
- D. Cand DVO este prea mare se recomanda reluarea fazei de determinare a relatiilor intermaxilare
- E. Remontarea dintilor in ceara respectand DVO corecta



(pag. 576-577) **A, B, D, E**

8. La controlul intraoral al machetelor protezelor totale, in timpul examinarii din fața se urmărește:

- A. Simetria buzei superioare
- B. Pozitionarea buzelor in acelasi plan daca montarea dintilor s-a facut cap la cap
- C. Aspectul rosului buzelor sa fie acceptabil
- D. Santurile nazo-labiale si para-labiale trebuie sa prezinte adancituri mai sterse decat inainte de protezare
- E. Santurile nazo-labiale si para-labiale trebuie sa prezinte adancituri mai accentuate decat inainte de protezare

(pag. 571-572) **A, C, D**

9. Ce caracteristici trebuie sa prezinte machetele protezelor totale pentru a accentua feminitatea sau personalitatea delicata:

- A. Aspect fluid al danturii
- B. Dinti frontali cu linii clare, viguroase
- C. Dinti cu unghiuri bine conturate
- D. Dinti cu forme rotunde, line
- E. Particularitati de montare a dintilor artificiali in armonie cu forma generala a faciesului pacientului

(pag. 573) **A, D, E**

10. In cadrul verificarii intraorale a machetelor protezelor totale, proba spatulei se refera la:

- A. Controlul componenteii orizontale a ocluziei
- B. Existenta unui angrenaj ocluzal real si corect intre dintii laterali, proba spatulei fiind negativa
- C. Existenta unui angrenaj ocluzal fals intre dintii laterali, proba spatulei fiind pozitiva
- D. Prezenta contactelor ocluzale antagoniste de tip tripodic
- E. Controlul dimensiunii verticale de ocluzie

(pag. 577) **A, B, C**



11. Emisiunea suierata a fonemei "S" la controlul fonetic al machetelor protezelor totale este cauzata de urmatoorii factori:

- A. Frontalii superiori sunt prea vestibularizati
- B. Frontalii inferiori sunt prea lingualizati
- C. Frontalii superiori sunt oralizati
- D. Dintii superiori sunt prea scurti
- E. Intre varful limbii si regiunea retroincisiva exista un spatiu prea mare

(pag. 579) **A, B, E**



TEMA 68. VERIFICAREA SI ADAPTAREA PROTEZELOR MOBILE (10, pag. 583-593)

1*. Care dintre urmatorii factori nu cauzeaza bascularea protezelor?

- A. Montarea dintilor pe mijlocul crestei
- B. Montarea dintilor excentric
- C. Erori de amprentare
- D. Folierea insuficienta a torusului palatin
- E. Rezilienta crescuta a mucoasei fixe

(pag. 586) **A**

2. La o proteza corect efectuata:

- A. Dintii sunt pozitionati excentric pe creasta
- B. Fata interna prezinta asperitati
- C. Fata externa este lustruita
- D. Limita posterioara a protezei maxilare este ingrosata
- E. Marginile protezei sunt subtiri

(pag. 585) **B,C, D**

3*. Care dintre urmatoarele cauze nu provoaca bascularea protezei:

- A. Atrofii accentuate ale osului alveolar
- B. Rezilienta crescuta a mucoasei fixe.
- C. Montarea dintilor pe mijlocul crestei
- D. Situarea arcadelor in culoarul neutral
- E. Extinderea protezei pe 2/3 ale tuberculului piriform

(pag. 586) **C**

4. Ce se urmărește la controlul extra-oral al protezei?

- A. Dintii sa fie aliniati corect
- B. Fata internă poate prezenta plusuri
- C. Limita posterioara a protezei este ingrosata
- D. Fata interna a protezei nu prezinta urme de gips
- E. Marginile protezei sunt rotunjite

(pag. 585) **A, D, E**

5. Ulceratia si inflamatia tesuturilor subiacente protezelor totale se datoreaza:



- A. Contactelor premature
- B. Imperfectiuni ale bazei protezei
- C. DVO prea mica
- D. DVO prea mare
- E. Supraextensia marginilor

(pag. 584) **A, B, D, E**

6. Pentru controlul mentinerii protezei se fac urmatoarele teste:

- A. Tractiune oro-vestibulara pe fata linguala pentru verificarea inchiderii in zona centrala linguala
- B. Tractiune oro-vestibulara pe fata linguala pentru verificarea inchiderii la nivelul tuberculului piriform
- C. Presiune vestibulo-orală pe fata vestibulara a incisivilor pentru zona centrala linguala
- D. Tractiune verticala pentru aprecierea inchiderii totale
- E. Tractiune pe fata vestibulo-orală a incisivilor inferiori pentru controlul inchiderii in zona linguala centrala

(pag. 586-587) **B, C, D**

7. Ce factori contribuie la pierderea stabilitatii protezelor totale?

- A. Margini prea scurte ale protezei
- B. Montarea dintilor pe mijlocul crestei
- C. DVO prea mare
- D. Plasarea incorecta a planului de ocluzie
- E. DVO prea mica

(pag. 586) **A, C, D, E**

8. Cauzele bascularii transversale a protezelor totale pot fi :

- A. Montarea dintilor laterali pe mijlocul crestei
- B. Montarea dintilor laterali in afara crestei.
- C. Extinderea bazei pe 1/3 din tuberculul piriform
- D. Atrofii accentuate ale osului alveolar
- E. Rezilienta scazuta a mucoasei fixe

(pag. 588) **B, C, D**

9. Ce masuri se iau in vederea imbunatatirii mentinerii protezei totale?



- A. Se degajeaza frenul buzei superioare
- B. Se subtiaza si se scurteaza marginile la nivelul zonelor Eisenring
- C. Se scurteaza marginile la nivelul tuberculului piriform
- D. Se scurteaza la nivelul zonei de inchidere posterioare
- E. Se degajeaza ligamentul pterigo-maxilar

(pag. 588) **A, B, E**

10. Ce măsuri de igienă se recomandă pacientului purtator de proteze totale?

- A. Sa curete proteza cu pasta de dinti
- B. Sa curete si sa maseze zilnic gingiile cu o periuta moale
- C. Sa curete proteza cu sapun
- D. Sa pastreze proteza intr-o solutie de curatat pe timpul noptii
- E. Sa nu foloseasca substante adezive

(pag. 591-592) **B, C, D**

11. Corectarea relatiilor ocluzale ale protezatului total se face:

- A. Cu ajutorul hartiei de articulatie pe fiecare hemiarcada
- B. Cu ajutorul pietrelor de mici dimensiuni
- C. Se verifica montarea corecta a dintilor
- D. Mandibula este condusa de catre medic in RC
- E. Se foloseste hartia de articulatie in forma de potcoava

(pag. 590) **A, B, C, D**

12. Ce probleme poate intampina purtatorul de proteze totale:

- A. Masticatie dificila
- B. Inflamatia mucoasei crestei edentate
- C. La incizia alimentelor protezele se desprind
- D. Dificultati in vorbire
- E. Disconfort produs de purtarea protezelor.

(pag. 592) **A, B, D, E**

13. Care sunt zonele la nivelul carora pot aparea frecvent leziuni la purtatorii de proteze totale?

- A. Torusul-mandibular
- B. Bridele vestibulare laterale
- C. Crestele acoperite de mucoasa rezilienta
- D. Zonele retentive ale crestelor edentate



E. Tuberozitatea maxilara

(pag. 583) **A, B, D, E**

14. Cauzele posibile ale lipsei stabilitatii protezelor totale sunt:

- A. Margini prea scurte
- B. Dimensiunea verticala de ocluzie prea mare
- C. Dimensiunea verticala de ocluzie prea mica
- D. Igiena orala deficitara
- E. Baza perforată.

(pag. 584-585) **A, B, C**

15*. Care din urmatarii factori reprezinta cauza bascularii transversale a protezei totale mandibulare:

- A. Rezilienta scazuta a mucoasei fixe
- B. Montarea dintilor laterali in afara crestei edentate
- C. Montarea dintilor laterali pe mijlocul crestei edentate
- D. Extinderea corecta a protezei pe tuberculul piriform pana la limita insertiei ligamentului pterigo-mandibular
- E. Extinderea corecta a protezei pe tuberculul piriform pe cele 2/3 anterioare ale acestuia

(pag. 586) **B**

16. Cauzele bascularii transversale dupa aplicarea protezei totale maxilare pot fi:

- A. Rezilienta scazuta a mucoasei fixe de pe creste
- B. Nefolierea sau folierea insuficienta a torusului palatin
- C. Rezilienta crescuta a mucoasei fixe de pe creste
- D. Erori de amprentare
- E. Montarea dintilor laterali in afara crestei

(pag. 588) **B, C, D, E**



TEMA 69. STOMATOPATIILE PROTETICE LA EDENTATUL TOTAL (10, pag. 593-693)

1*. Cu ce antiseptice se fac local spălaturi in reactiile imediate totale ale stomatopatiilor protetice?

- A. Cloramina 5%
- B. Permanganat de potasiu 2 %
- C. Colutorii cu fenergan 110 mg si glicerina 30 gr
- D. Cloramina 3%
- E. Cloramina 4%

(pag. 596) **D**

2*. Care din urmatoarele forme aparține candidozelor acute?

- A. Hipertrofica
- B. Hiperplazica
- C. Pseudomembranoasa
- D. Forma localizata
- E. Forma familială

(pag. 599) **C**

3. Care sunt factorii generali incriminati in aparitia stomatopatiilor protetice ?

- A. Diabetul zaharat
- B. Purtarea timp indelungat a unor proteze necorespunzatoare
- C. Bolile vasculare
- D. Înaintarea in vârsta
- E. Autocuratirea

(pag. 593) **A, C, D**

4. Care sunt teoriile etiopatogenice ale stomatopatiilor protetice?

- A. Teoria chimicotoxica
- B. Teoria fragilitatii capilare
- C. Teoria chimica
- D Teoria mecanica



E. Teoria bacteriotoxica

(pag. 594) **A, B, E**

5. In clasificarea stomatopatiilor protetice care sunt reactiile imediate marginale ?

- A. Alergice
- B. Eroziuni in situ
- C. Eroziuni la insertia protezei
- D. Ulceratii de decubit
- E. Hiperplazii

(pag. 595) **B, C**

6. Dintre zonele unde apar eroziunile marginale care sunt cele mai frecvente localizari?

- A. Linia oblica interna, mai ales in zona ei posterioara
- B. În dreptul frenurilor si a bridelor nedegajate
- C. La zona Ah ,datorita gravarii exagerate
- D. La nivelul tuberozitatii maxilare
- E. În dreptul crestei zigomato-alveolare

(pag. 595) **A, B, C, E**

7. Care sunt caracteristicile leziunilor de decubit?

- A. Flora microbiana moderata
- B. Frecvent diskeratoza
- C. Apar mai frecvent in zona canina la maxilar si in regiunea anterioara la mandibula
- D. Flora microbiana absenta
- E. Adenopatie moderata si inconstanta

(pag. 597) **A, C, E**

8. In cadrul stomatopatiilor protetice, datorita caror boli pot aparea reactii tardive totale?

- A. Afectiunilor hepatice
- B. Avitaminozelor, mai ales in cele din grupa B
- C. Afectiunilor renale acute
- D. Anemiilor
- E. Diabetului

(pag. 597) **A, B, D, E**



9. Care sunt factorii locali sau generali preexistenți a caror prezență poate fi legată de apariția unei candidoze orale?

- A. Varsta
- B. Deficiențele imunologice congenitale
- C. Irritațiile locale cronice datorate protezelor mobile incorect adaptate
- D. Igiena orală bună
- E. Atrofia tesuturilor

(pag. 599) **A, B, C**

10. Dintre candidozele orale care sunt formele muco-cutanate?

- A. Atrofica
- B. Hipertrofica
- C. Forme localizate
- D. Familială
- E. Sindroame-asociate

(pag. 600) **C, D, E**

11*. Care din următoarele afirmații reprezintă o contraindicație în captusirea protezelor parțial acrilice cu materiale rigide?

- A. DVO supraevaluată
- B. Atrofia avansată a zonei de sprijin
- C. Instabilitatea protezei cu basculare pe un torus proeminent
- D. Deficiențele clinice și de laborator
- E. Profilaxia tesuturilor sensibile la presiuni masticatorii

(pag. 693) **A**

12. Care sunt contraindicațiile captusirii protezelor mobile?

- A. Dinții laterali montați în afara crestei
- B. DVO supraevaluată
- C. Atrofia avansată a zonei de sprijin osteo-mucoase
- D. Inflamația parodontală avansată cu mobilitatea dinților restanți
- E. În caz de instabilitate cu basculare pe un torus proeminent

(pag. 693) **A, B, D**



13. Care din următoarele afirmatii reprezinta indicatii ale captusirii protezelor parțiale acrilice cu materiale rigide:

- A. In caz de instabilitate, cu basculare pe un torus proeminent
- B. Dimensiunea verticala de ocluzie supraevaluata
- C. Migrari ale dintilor stalpi catre spatiile edentate cu pierderea punctelor de contact
- D. Dintii laterali montati in afara crestei
- E. In cazul protezarilor imediate urmate de resorbtiile rapide ale proceselor alveolare

(pag. 693) **A, E**



TEMA 70. REOPTIMIZAREA PROTEZELOR MOBILE (70, pag. 693-703)

1. Căptușirea temporară:

- A. Se recomandă pentru condiționarea țesuturilor din zona de sprijin muco-osoasă
- B. Durează 1-2 săptămâni
- C. Materialele se prezintă sub formă de monocomponent
- D. Materialele folosite au vâscozitate lent progresivă
- E. Toate variantele corecte

(pag. 696) **A, B, D**

2. Căptușirea definitivă:

- A. Este doar directă
- B. Este doar indirectă
- C. Materialele folosite au consistență elastică
- D. Materialele folosite au grad de porozitate crescut
- E. Nici o variantă corectă

(pag. 696) **C, D**

3. Modificările morfologice care impun reparația protezelor sunt:

- A. Reziliența uniformă a câmpului
- B. Igienă orală defectuoasă
- C. Schimbarea de volum a substratului muco-osos
- D. Schimbarea de formă a substratului muco-osos
- E. Toate variantele corecte

(pag. 697) **C, D**

4. Deficiențele ale bazelor protezelor care favorizează fractura acestora sunt:

- A. Folierea necorespunzătoare a torusului palatin sau a diferitelor zone proeminente ale câmpului protetic
- B. Îndepărtarea neglijentă a protezelor din tipare
- C. Ruperea croșetelor
- D. Deformarea croșetelor
- E. Toate variantele corecte



(pag. 697) **A, B**

5*. Tehnicile de reparație a protezei:

- A. Se pot executa doar în laborator
- B. Cuprind completarea bazei în cazul extracției dinților frontali
- C. Nu pot fi executate decât în cabinet
- D. Includ completarea unuia sau mai multor dinți
- E. Nu includ reparația pentru înlocuirea unor dinți

(pag. 699) **D**

6. Reparația unei fracturi simple cu două fragmente:

- A. Include ca etapă de lucru turnarea de acrilat în interiorul protezei cu scopul de a realiza un model
- B. Include ca etapă de lucru solidarizarea fragmentelor prin lipire provizorie cu cianoacrilati
- C. Poate include ca etapă de lucru solidarizarea fragmentelor prin picurare cu ceară de lipit de-a lungul liniei de fractură
- D. Include ca etapă de lucru rebazarea
- E. Toate variantele corecte

(pag. 699) **B, C**

7. Reparația unei fracturi simple cu două fragmente:

- A. Include ca etapă de lucru schimbarea bazei protezei
- B. Include ca etapă de lucru schimbarea garniturii de dinți
- C. Include ca etapă de lucru îndepărtarea fragmentelor de proteză de pe model
- D. Include ca etapă de lucru turnarea unei paste de gips în interiorul protezei cu scopul de a obține un model
- E. Toate variantele corecte

(pag. 699-700) **C, D**

8*. Pregătirea fragmentelor de proteză în vederea retenției acrilatului:

- A. Este o etapă de lucru în cadrul căptușirii directe
- B. Este o etapă de lucru în cadrul căptușirii indirecte
- C. Include ca etapă de lucru crearea unui spațiu de 3-4 mm între fragmente
- D. Include ca etapă de lucru reducerea din grosime a fragmentelor cu 5-7 mm paralel cu linia de fractură



Universitatea „Apollonia” din Iași
EUROPEAN BUSINESS ASSEMBLY, prin SOCRATES COMMITTEE OF OXFORD, a declarat
UNIVERSITATEA APOLLONIA „BEST REGIONAL UNIVERSITY”

Str. Muzicii nr. 2, Iași, 700399
Tel: 0232/210.310; Fax: 0232/210.310
E-mail: secretariat@univapollonia.ro
www.univapollonia.ro



E. Toate variantele

(pag. 699-700) **D**