



Catedra de chirurgie OMF și implantologie
orală „Arsenie Guțan”

RED: 06

DATA: 20.09.2017

Pag. 1/50

APROBATE

La ședința Catedrei chirurgie oro-maxilo-facială,
și implantologie orală „Arsenie Guțan”,
Proces verbal Nr.6 din 25.03.2021
Șef catedră, dr.hab.șt.med., conf.univ.
N. Chele _____

TESTE

pentru examenul de absolvire la chirurgia oro-maxilo-facială
anul de studii 2020-2021

1. CS. Printre afecțiunile inflamatorii odontogene ale maxilarelor putem numi:

- A. - actinomicoza;
- B. - ameloblastomul;
- C. + periodontita apicală, abcesul periosos și osteomielite odontogenă;
- D. - epulisul;
- E. - odontomul.

2. CS. Reimplantarea dentară este:

- A. -extracția rădăcinii dentare împreună cu porțiunea coronară respectivă;
- B. -extracția rădăcinii dentare cu păstrarea porțiunii coronare;
- C. +repoziționarea dintelui în alveola sa;
- D. -repoziționarea dintelui în alveola altui dinte extras;
- E. -fixarea de dinții vecini a unui dinte luxat total.

3. CS. Ce este hemisecția dentară:

- A. +extracția rădăcinii dentare împreună cu porțiunea coronară respectivă;
- B. -extracția rădăcinii dentare cu păstrarea porțiunii coronare;
- C. -repoziționarea dintelui în alveola sa;
- D. -disecția dintelui în două părți în regiunea bifurcației radiculare cu chiuretajul regiunii interradiculare, urmată de aplicarea unei coroane de înveliș;
- E. -disecția dintelui în două părți în regiunea bifurcației radiculare, urmată de aplicarea unei coroane de înveliș.

4. CS. Amputarea radiculară se definește prin:

- A. -extracția rădăcinii împreună cu porțiunea coronară adiacentă;
- B. +extracția rădăcinii dentare în întregime, cu păstrarea porțiunii coronare;



- C. -repoziționarea dintelui în alveola sa;
- D. -disecția dintelui în două părți în regiunea bifurcației radiculare cu chiuretajul regiunii interradiculare, urmată de aplicarea unei coroane de înveliș;
- E. -extracția parțială a rădăcinii dentare, cu păstrarea porțiunii coronare.

5. CS. Incluzia dentară reprezintă:

- A. +retenția intraosoasă ori submucoasă a unui dinte complet dezvoltat, peste perioada sa normală de erupție, fără tendință de erupere;
- B. -erupția incompletă a dintelui prin țesutul osos ori mucoasă;
- C. -poziția incorectă în arcada dentară a unui dinte erupt;
- D. -anomalia unui dinte, ce se află inclus sau erupe la distanță de arcada alveolară;
- E. -anomalia unui dinte, ce se află în alt loc decât maxilarul.

6. CS. Periostita este definită ca:

- A. -un proces infecțios-alergic, purulent-necrotic care se dezvoltă în țesutul osos;
- B. +o afecțiune caracterizată prin răspândirea procesului inflamator de la parodonțiu prin osul maxilar la periostul procesului alveolar;
- C. -un proces inflamator, care afectează țesutul periodontal și se răpândește în țesutul osos adiacent;
- D. -un proces infecțios-alergic, purulent-necrotic care afectează țesutul periodontal;
- E. -un proces inflamator, care afectează țesutul periodontal și se răpândește în țesuturile moi perimaxilare.

7. C.S. Cauza cea mai frecventă în apariția periostitelor este:

- A. -periodontita cronică;
- B. -osteomielita odontogenă;
- C. + periodontita cronică în acutizare;
- D. -erupția dificilă a molarului de minte inferior;
- E. – pulpita acută.

8. CS. În etiologia periostitei acute odontogene sunt implicați, mai frecvent:

- A. -incisivii centrali inferiori;
- B. -incisivii laterali inferiori;
- C. –molarii inferiori;
- D. +molarii superiori;
- E. -premolarii.



9. CS. Osteomielița odontogenă poate fi definită ca:

- A. -un proces inflamator, care afectează țesutul periodontal și se răspândește în țesutul osos adiacent;
- B. -o maladie odontogenă, caracterizată prin răspândirea procesului inflamator de la parodontiu prin osul maxilar la periostul procesului alveolar;
- C. -un proces inflamator, care afectează oasele maxilare;
- D. +un proces infecțios-alergic, purulent-necrotic, care se dezvoltă în țesutul osos al maxilarelor în urma influenței unor factori intrinseci ori extrinseci;
- E. -apare mai frecvent la maxilarul superior.

10. CS. Conform tipului de dezvoltare (evoluție), deosebim următoarele tipuri de osteomieliță:

- A. +acută, subacută, cronică și cronică acutizată;
- B. -localizată, circumscrisă și difuză;
- C. -de formă ușoară, medie sau gravă;
- D. -de formă litică ori sechestrantă;
- E. -de etiologie odontogenă sau traumatică.

11. CS. Osteomielița maxilarului inferior, spre deosebire de osteomielița maxilarului superior, este caracterizată prin:

- A. -decurgere mai favorabilă, cu complicații mai puțin frecvente și variabile, secheste mici;
- B. +decurgere mai gravă, cu complicații mai frecvente variabile, cu sechestrare de volume extinse;
- C. -fără deosebiri la ambele maxilare;
- D. -lipsa paresteziei pe traiectul **nervului mandibular** pe partea afectată;
- E. -parestezie pe traiectul nervului mandibular pe partea sănătoasă.

12. CS. Care perete al sinusului maxilar este afectat cu predilecție în caz de osteomieliță odontogenă?

- A. -inferior și lateral;
- B. +inferior și medial;
- C. -lateral și superior;
- D. -lateral și medial;
- E. -inferior și superior.

13. C.S. Când apar primele semne de modificări osoase pe imaginea radiografică în osteomielița odontogenă:

- A. - peste 2-5 zile de la debutul maladii;



- B. - peste 6-10 zile de la debut;
- C. +peste 2-3 săptămâni de la debut;
- D. - peste 3-4 săptămâni;
- E. - nu mai devreme decât peste o lună de la începutul afecțiunii.

14. C.S. Tratamentul osteomielitei acute odontogene constă în:

- A. +extracția dentară, incizia și drenarea colecției purulente, tratament general complex;
- B. -profilaxia infecției și a necrozei osoase;
- C. -diminuarea permeabilității vasculare, tratament conservativ a dintelui cauzal;
- D. -tratament dezintoxicant, sechestrectomie;
- E. -tratament simptomatic.

15. C.S. Abcesul este:

- A. -un proces inflamator difuz în țesuturile osoase;
- B. -un proces inflamator difuz în țesuturile moi subcutanate, intramusculare în organe parenchimatoase;
- C. +o inflamație supurativă localizată, circumscrisă;
- D. -un proces inflamator al tegumentelor;
- E. - un proces inflamator al țesuturilor moi și dure peridentare.

16. C.S. Incizia pentru drenarea eficientă a supurației de lojă parotidiană se efectuează:

- A. -Preauricular;
- B. +Subangulomandibular;
- C. -Presternocleidomastoidian;
- D. -Pe marginea anterioară a ramului mandibular;
- E. -Oricare dintre aceste incizii.

17. C.S. Care este incizia indicată pentru drenarea colecției de puroi din loja submandibulară:

- A. - Incizie intraorală în fundul de sac vestibular;
- B. -Incizie retrotuberozitară;
- C. -Incizie retromandibulară;
- D. -Incizie intraorală sublinguală;
- E. +Incizie exoorală liniară (6-8 cm) paralelă cu marginea bazilară a mandibulei la 1,5-2 cm inferior.



18. C.S. Linia de incizie pentru crearea accesului la colecția purulentă în supurarea lojei submandibulare este:

- A. -Incizie exoorală medială submentonier;
- B. -Incizie exoorală liniară (6-8 cm) pe marginea bazilară a mandibulei;
- C. -Incizie exoorală în formă de „guler”;
- D. +Incizie exoorală liniară (6-8 cm) paralelă cu marginea bazilară a mandibulei la 1,5-2 cm inferior
- E. -Incizie exoorală perpendicular pe corpul mandibulei.

19.C.S. Simptomul caracteristic pentru mediastinită este:

- A. -Tusea;
- B. -Dereglări de deglutiție;
- C.+ Dispnee cu frecvența respirației 45 – 50;
- D. -Grețuri, vomă;
- E. -Febră, frisoane.

20. C.S. Sindromul compresiv este prezentat prin:

- A. -acutizarea durerii la presiune suprasternală;
- B. -acutizarea durerii la percuție sternală;
- C.+ acutizarea durerii în regiunea retrosternală la percuția călcâielor, în poziție de decubit dorsal, cu membrele inferioare în extensie;
- D.- acutizarea durerii în regiunea retrosternală la deglutiție;
- E. - dispnee la deglutiție.

21. C.S. Următoarele semne – dureri acute, pulsatile în regiunea toracelui, cu iradiere în spațiul interscapular, durerea se acutizează la deglutiție ori inspir profund- sunt caracteristice pentru:

- A. -flegmonul de planșeu bucal;
- B. -septicemie;
- C.- mediastinită anterioară;
- D.+ mediastinită posterioară;
- E. -pneumonie.

22. C.S. Un semn important în mediastinită este mărirea volumului mediastinului, care o putem determina:

- A. -Vizual;
- B. -Palpator;



- C. -Auscultativ;
- D. +Radiologic (roentgen);
- E. -Spirometric.

23. C.S. Care forme clinice de adenite sunt tratate conservativ:

- A. -Adenitele acute purulente;
- B. -Adenite specifice;
- C. +Adenite acute seroase (celulita);
- D. -Traumatice;
- E. -Toate formele de adenite.

24. C.S. Adenoflogmonul este:

- A.- inflamația seroasă a ganglionului limfatic;
- B.- supurarea ganglionului limfatic;
- C.- infiltratul seros al țesuturilor moi adiacente unui ganglion supurat;
- D.+ inflamație purulentă a țesuturilor moi adiacente unui ganglion supurat;
- E. -supurarea țesuturilor moi adiacente unui ganglion cu inflamație seroasă.

25. C.S. Furunculul este:

- A. +o inflamație acută necrotică-purulentă a foliculului pielos și a țesuturilor adiacente;
- B. -o inflamație acută necrotică-purulentă a câtorva foliculi piełoși, dispuși în vecinătate;
- C. -o inflamație a glandei sebacee;
- D. -o inflamație a glandei lacrimale;
- E. -o inflamație a glandei sudoripare.

26. C.S. Apariția unor cordoane de țesut infiltrat dureros pe traiectul venei angulare ori faciale sunt caracteristice pentru:

- A. -furuncul;
- B. -carbuncul;
- C. +flebita venei angulare;
- D. -rubeolă;
- E. -nomă.

27. C.S. Simptoamele clinice locale ale tromboflebitei faciale sunt:

- A. -Doar edem pronunțat pe traiectul vaselor angulare și faciale,
- B. -Palpator se determină doar un infiltrat dur, dureros;



- C. -Doar hipertermia pielii în fășii;
- D. -De-a lungul vaselor apar doar mici abcese;
- E. +toate

28. C.S. În sinusita cronică odontogenă, tratamentul se începe prin:

- A. -Cura radicală a sinusului;
- B. +Extracția dintelui cauzal;
- C. -Tratamentul fizioterapic;
- D. -Tratament analgic;
- E. -Toate sunt indicate în aceeași măsură.

29. C.S. Primordial, în tratamentul sialoadenitelor acute seroase, este:

- A. -Incizia (deschiderea în orice caz);
- B. -Masajul glandei afectate și fizioterapie;
- C. +Antibiototerapie, administrarea de desensibilizante, dezintoxicante, sialogoge;
- D. -Tratament balnear;
- E. -Înlăturarea glandei afectate.

30. C.S. Primul ajutor în caz de asfixie dislocativă este:

- A. -Intubarea;
- B. +Tracționarea limbii cu un fir fixat în treimea anterioară a limbii;
- C. -Imobilizarea mandibulei cu frondă mentonieră;
- D. -Efectuarea traheostomiei;
- E. -Toate acestea.

31. C.S. Zona cu cea mai scăzută rezistență la traumatismele mandibulare este:

- A. -Unghiul mandibulei;
- B. -La nivelul caninului;
- C. -Între rădăcinile premolarilor;
- D. -Simfiza mentonieră;
- E. +Colul condilian.

32. C.S. Hipoestezia în teritoriul nervului alveolar inferior se întâlnește în:

- A. -Fractura mediană a mandibulei;
- B. -Fractura paramediană a mandibulei;
- C. +Fractura mandibulei în regiunea corpului cu deplasare;
- D. -Fractura apofizei condiliene a mandibulei;



E. -În toate aceste fracturi.

33. C.S. Indicați definiția traumei asociate:

- A. -Leziunile părților moi și ale oaselor regiunii buco-maxilo-faciale;
- B. -Plăgi ale părților moi însoțite de fracturi simple ale maxilarelor;
- C. -Plăgi ale părților moi însoțite de fracturi multiple cu zdrobiri întinse și pierderi de substanță;
- D. +Leziuni ale regiunilor O.M.F. și ale regiunilor învecinate sau regiunilor îndepărtate ce au fost produse de unul și același agent;
- E. -Trauma produsă de mai mulți agenți (mecanici, termici, chimici etc.).

34. C.S. Precizați, în care din următoarele leziuni traumatice ale masivului facial este posibilă o traumă a oaselor bazei craniului:

- A. - Fracturile mandibulei;
- B. - Plăgi zdrobite cu fractura arcadei temporo-zigomatice;
- C. +Fractura oaselor etajului mijlociu al feței;
- D. - Trauma piramidei nazale;
- E. - Fractura bilaterală a apofizei condilare.

35. C.S. Traiectul liniei de fractură în fracturile orizontale mijlocii (Le Fort II) este:

- A. - De asupra proceselor alveolare, prin fosa nazală, fosa canină, tuberozitatea maxilară, vomer și septul nazal;
- B. - Pe sutura fronto-nazală, oasele lacrimale, peretele inferior al orbitei, baza apofizei pterigoide, arcada temporo-zigomatică, etmoidul și vomerul;
- C. - Despică pe linia mediană arcada alveolo-dentară, podeaua nazală, bolta palatină și corpul maxilei;
- D. +Prin sutura fronto-nazală, osul lacrimal, pe fisura infraorbitală, pe sub osul zigomatic spre tuberozitate;
- E. - Nici una dintre acestea.

36. C.S. Simptomatologia într-o fractură de arcadă zigomatico-temporală se manifestă prin:

- A. - Epistaxis pe o singură narină;
- B. - Hipoestezie în teritoriul nervului intraorbital;
- C. - Emfizem subcutanat;
- D. - Diplopie;
- E. +Blocarea mișcărilor mandibulei.



37. C.S. Adenomul pleomorf (tumora mixtă):

- A. - Este o tumoră rar întâlnită;
- B. - Se întâlnește mai des la glandele salivare mici;
- C. - Debutează sub formă de tumefacție sau deformare difuză;
- D. +Debutează sub formă nodulară;
- E. - Este frecvent întâlnit la glanda salivară sublinguală.

38. CS. Printre tumorile maligne epiteliale ale pielii feței mai frecvent sunt întâlnite:

- A. - Cancerul plat pavimentos cornificat;**
- B. - Cancerul plat pavimentos necornificat;**
- C. + Cancerul bazocelular;**
- D. - Adenocarcinomul.**
- E. – nevus pigmentar.

39. CS. În tratamentul bolnavilor cu metastaze regionale ale cancerului buzelor în cazuri curabile se folosește:

- A. – Doar radioterapia;**
- B. – Doar metoda chirurgicală;**
- C. – Doar criodistrucția;**
- D. +Metoda combinată.**
- E. – Doar chimioterapia.

40. CS. Elementul primar al cancerului lingual este:

- A. - Vezicula;**
- B. - Hipercheratoza;**
- C. +Ulcerul;**
- D. - Fisura.**
- E. - Ranula.**

41. CS. Dintre tumorile maligne ale mandibulei, mai frecvent se întâlnește:

- A. - Osteosarcomul;**
- B. - Ameloblastomul;**
- C. +Carcinomul;**
- D. - Condrosarcomul.**
- E. - Lipomul.**



Catedra de chirurgie OMF și implantologie
orală „Arsenie Guțan”

RED:

06

DATA:

20.09.2017

Pag. 10/50

42. CS. Tipul principal de tratament al cancerului de mandibulă este cel:

- A. - **Chirurgical;**
- B. - **Radiologic;**
- C. - **+Combinat;**
- D. - **Chimioterapeutic;**
- E. - Electrochirurgical.

43. CS. Sarcomul țesuturilor moi se poate dezvolta din:

- A. - **Glanda sebacee;**
- B. - **Glandele sudoripare;**
- C. - **+Straturile profunde ale dermului;**
- D. - **glandele salivare mici.**
- E. - țesutul lipomatos.

44. CS. Sarcomul scheletului facial se dezvoltă din:

- A. - **Epiteliul gingiei;**
- B. - **Celule epiteliale Malassez;**
- C. - **Dentină;**
- D. - **+Țesut osos;**
- E. - Cement.

45. CS. În cazul tumorilor benigne ale glandei submandibulare, se efectuează:

- A. - **Înlăturarea tumorii;**
- B. - **Înlăturarea cu o parte de glandă;**
- C. - **Înlăturarea tumorii și ligaturarea ductului;**
- D. - **+Înlăturarea tumorii cu extirparea totală a glandei;**
- E. - Înlăturarea țesutului conjunctiv cervical.

46. CS. Care este tratamentul de bază al ameloblastomului:

- A. - Chiuretajul focarului;
- B. - Terapia laser;
- C. - **+Rezecția porțiunii afectate a maxilarului în limita țesutului sănătos;**
- D. - Coagularea cu raze laser;
- E. - Tratamentul conservativ.

47. CS. Pentru sclerozarea hemangiomului, se folosește:

- A. - Rezorcina;



B. - Formalina;

C. +Alcoolul;

D. - Tripsina.

E. – Hematoxilin-eozina.

48. CS. Noțiunea de “precancer” se folosește pentru caracteristica schimbărilor pretumorale în:

A. - Țesutul conjunctiv;

B. - Țesutul nervos;

C. +Țesutul epitelial;

D. - Țesutul muscular;

E. - Sânge.

49. CS. Cancerul mucoasei cavității bucale se diferențiază cu:

A. - Leucoplazia plată;

B. +Boala Bowen;

C. - Stomatita;

D. - Ranula.

E. - Șancrul dur.

50. CS. Cancerul limbii metastazează în ganglionii limfatici:

A. - Preauriculari;

B. - Retroauriculari;

C. +Cervicali;

D. - Bucali.

E. - Submandibulari.

51. C.S. Care tumori epiteliale ale glandelor salivare mari se întâlnesc mai frecvent:

A. - Chistul;

B. - Adenomul monomorf;

C. +Adenomul pleomorf;

D. - Adenocarcinomul;

E. - Adenocarcinomul chistic.

52. CS. Care este cauza apariției chisturilor de retenție ale glandelor salivare mici:

A. - Procesului inflamator;

B. +Traumei ductului salivar;

C. - Reacției alergice;



- D. – Diseminării pe cale limfogenă;**
E. - Diseminării pe cale hematogenă.

53. C.S. Adenocarcinomul chistic al glandei salivare metastazează mai frecvent pe calea:

- A. +Limfogenă;**
B. - Hematogenă;
C. - Mixtă.
D. - Complex.
E. - Nu metastazează.

54. CS. Diagnosticul definitiv în caz de precancer al buzei se stabilește după investigațiile:

- A. - Citologice;**
B. - Hematologice;
C. +Histologice;
D. - Bacteriologice;
E. - Biochimice.

55. CS. **În timpul extracției se produce fractura 1/3 apicale a rădăcinii. În această situație, cea mai bună atitudine este:**

- a) Continuarea extracției după separarea rădăcinilor;
b) + Finalizarea extracției prin alveolotomie;
c) Extirparea 1/3 apicale a rădăcinii prin rezecție apicală;
d) Restul radicular fiind foarte mic poate fi lăsat pe loc, dar cu avertizarea pacientului;
e) Utilizarea unui H-file.

56. CS. **După trei zile de la extracție pacientul prezintă dureri vii iradiante spre ureche, hipersalivație, congestia mucoasei din jurul alveolei, alveola prezintă un cheag murdar, muguri cărnoși care sîngerează la atingere, secreții purulente din alveolă. Diagnosticul cel mai probabil în această situație este:**

- a) Alveolită uscată;
b) Nevrită postanestezică;
c)+ Alveolită umedă;
d) Pericoronarită congestivă;



e) Pericoronarită supurată.

57. CS. Elementul primar prin care începe procesul de vindecare a unei plăgi postextracționale este:

- a) Chiuretajul minuțios al fundului alveolar;
- b) Apropierea marginilor gingiei;
- c) + Formarea cheagului endoalveolar;
- d) Hemoragia pereților alveolei;
- e) Aplicarea suturilor.

58. CS. Accidentele sinusale ale extracției dentare se pot produce la:

- a) Toți dinții arcadei superioare;
- b) Incisivii și caninii superiori;
- c) +Premolarii și molarii superiori;
- d) Premolarii și molarii inferiori;
- e) Nu contează localizarea dintelui extras.

59. CS. În cazul unei fracturi de perete alveolar, când fragmentul osos rămâne atașat de periost, se va face:

- a) Deperiostarea și desprinderea fragmentului osos, apoi regularizarea marginilor osoase și sutura;
- b) +Repunerea fragmentului detașat la loc și sutura gingivomucoasei;
- c) Sutura fragmentului la periostul existent și pansament supraalveolar compresiv;
- d) Îndepărtarea fragmentului numai cu electrocauterul;
- e) Deperiostarea fragmentului și electrocauterizarea periostului.

60. CS. Fractura mandibulei se poate produce:

- a) În timpul extracției molarului de 6 ani cu rădăcini recurbate distal;
- b) + În timpul extracției molarului de minte inferior, când acesta are rădăcini drepte și se folosește elevatorul Lecluse;
- c) În timpul extracției molarului de minte, când acesta are rădăcini recurbate distal și se folosește elevatorul Lecluse;
- d) Când există chisturi foliculare, tumori, osteomielită, sau dinți incluși la nivelul mandibulei;
- e) Când se folosesc elevatoare curbe pentru extracția dinților laterali cu rădăcini recurbate distal.



61. CS. Rădăcinile dentare împinse sub mucoasa sinusală se extrag:

- a) După cura radicală de sinus;
- b) Numai dacă manevra Valsalva este pozitivă;
- c) +Pe cale alveolară lărgită;
- d) Numai cu ajutorul cleștilor de rădăcini;
- e) Numai cu elevatoarele cu cioc lateral.

62. CS. Nervul alveolar inferior adesea este lezat în timpul extracției dintelui:

- a) Primului premolar;
- b) Molarului de 6 ani;
- c) Al doilea molar;
- d)+ Molarului de minte;
- e) Al doilea premolar.

63. CS. În mod normal timpul în care se formează cheagul în alveolă este de:

- a) 30-40 minute;
- b) 20-30 minute;
- c) +15-20 minute;
- d) 40-50 minute;
- e) 50-60 minute.

64. CS. Simptomul dominant în alveolita postextracțională este:

- a) Fetiditatea bucală;
- b) +Durerea;
- c) Adenopatia loco-regională;
- d) Febra;
- e) Prurit.

65. CS. Alveolita postextracțională este:

- a) O complicație septică a plăgii alveolare ce cointerează pereții alveolei;
- b) +O osteită localizată, în care fenomenul inflamator se asociază cu necroza superficială a pereților osoși;
- c) O necroză a cheagului de sânge;
- d) O necroza a unui perete alveolar;
- e) O complicație ce implică alveola, osul, gingivomucoasa.

66. CS. Complicațiile septice postanestezice în fosa subtemporală apar în special după:

- a) Anestezia plexală sau prin baraj;



- b) Anestezia la gaura incisivă sau infraorbitară;
- c)+ Anestezia la spina Spix sau la tuberozitate;
- d) Anestezia la gaura mandibulară sau palatinală;
- e) Anestezia topică.

67. CS. Cea mai des întâlnită cauză a perforării fundului sinusului este:

- a) Rezecția de os la înlăturarea tumorilor;
- b)+ Extracția molarilor superiori;
- c) Coma sifilitică;
- d) Osteoradionecroză;
- e) Trauma osului maxilar.

68. CS. Accidentele sinuzale ale extracției dentare se pot produce la:

- a) Toți dinții arcadei superioare;
- b) Incisivii și caninii superiori;
- c) +Premolarii și molarii superiori;
- d) Premolarii și molarii inferiori;
- e) Nu contează localizarea dintelui extras.

69. CS. Accidentele extracției dentare cuprind:

- a) +Înghițirea sau aspirarea unor fragmente dentare;
- b) Lezarea nervului facial;
- c) Hemoragie imediată prelungită;
- d) Alveolită umedă;
- e) Trismus antalgic.

70. CS. Cum se numește hemoragia ce apare în urma intervenției chirurgicale?

- a) Idiopatică;
- b) +Iatrogenă;
- c) Simptomatică;
- d) Rinogenă;
- e) Nespecifică.

71. CS. Postextracțional se indică:

- a) Băi bucale intense cu soluții antiseptice în primele 2 ore postextracțional;



Catedra de chirurgie OMF și implantologie
orală „Arsenie Guțan”

RED: 06

DATA: 20.09.2017

Pag. 16/50

- b) Ingerarea alimentelor fierbinți în primele 2 ore postextracțional;
- c) +Se exclud băi bucale cu antiseptic în primele 2 ore și pe parcursul zilei în care s-a efectuat extracția;
- d) Efort fizic în ziua intervenției;
- e) Fizioterapie în ziua intervenției.

72. CS. Contraindicații relative ale extracției dentare sunt următoarele cu excepția:

- a) Corticoterapia prelungită;
- b) Leucemia cronică în faza compensată;
- c) +Leucemia acută;
- d) Diabet zaharat;
- e) În primele 6 luni de la producerea unui infarct miocardic.

73. CS. Care afirmație este falsă cu privire la extracția propriu-zisă a dintelui:

- a) Se verifică dacă nu există gingie aderentă care se va rupe la îndepărtarea dintelui din alveolă;
- b) Se evită izbirea arcadei antagoniste în momentul în care dintele „scapă” din alveolă;
- c) +Gingia decolată în urma extracției dentare trebuie îndepărtată;
- d) Marginile strivite, necrotice ale gingiei se îndepărtează;
- e) Dintele extras se examinează dacă este întreg sau lipsesc fragmente din vârful rădăcinii.

74. CS. Care din următoarele afirmații este falsă:

- a) Cleștele pentru incisivi și canini superiori este drept;
- b) +La cleștele pentru premolarii superiori, falca vestibulară prezintă un pinten pentru a se insera între cele două rădăcini vestibulare;
- c) La cleștele pentru premolarii superiori, nu este prezent pintenele;
- d) Pentru extracția caninului inferior se folosește cleștele de premolar, deoarece are rădăcina lungă și puternică;
- e) Cleștii pentru molarii inferiori au doi pinteni.

75. C.S. Pentru profilaxia accidentelor hemoragice severe și tromboembolice efectul anticoagulantului va fi apreciat prin determinarea valorilor INR-lui:

- a) Cu 5-7 zile preoperator;



- b) Cu 2-5 zile preoperator;
- c) +În ziua intervenției chirurgicale;
- d) Imediat postoperator;
- e) A doua zi după extracție.

76. C.S. Anularea terapiei anticoagulante cu scopul prevenirii accidentelor hemoragice expune pacientul riscului de apariție a:

- a) +Complicațiilor tromboembolice cu potențial semnificativ de morbiditate;
- b) Reacțiilor alergice;
- c) Modificărilor neuro-endocrine;
- d) Complicațiilor respiratorii;
- e) Complicațiilor valvulare.

77. C.S. Pacienții aflați sub medicație anticoagulantă orală prezintă un risc crescut:

- a) Hemoragic;
- b) Tromboembolic;
- c) +Atât hemoragic cât și tromboembolic;
- d) Dismetabolic;
- e) Nici una dintre ele.

78. C.S. Nivelul optim al anticoagulantelor orale este apreciat prin:

- a) +Monitorizarea timpului de protrombină, reprezentat de coeficientul internațional de normalizare, denumit (în engleză) *International Normalized Ratio* (INR);
- b) Determinarea conținutului de fibrinogen;
- c) Aprecierea timpului trombinic;
- d) Determinarea timpului de sângerare după Duke;
- e) Determinarea timpului de coagulare a sângelui după Lee-White.

79. C.S. Nivelul terapeutic al anticoagularii depinde de indicația pentru care se administrează și valorile INR-lui la pacienții cu proteze valvulare variază în limitele:

- a) 0,5-1,0;
- b) 1,0-2,0;
- c) +2,0-4,0;
- d) 4,0-5,0;
- e) 5,0-6,0.



80. C.S. Cum veți proceda în cazul în care valorile INR-lui preextractional sunt sub limitele diapazonului terapeutic (< 2):

- a) +Majorarea dozei anticoagulantului până la ajustarea INR-lui la limitele terapeutice și apoi efectuarea extracției dentare;
- b) Micșorarea dozei anticoagulantului și apoi efectuarea extracției dentare;
- c) Anularea anticoagulantului și apoi efectuarea extracției dentare;
- d) Micșorarea treptată a dozei, anularea medicației și apoi efectuarea extracției dentare;
- e) Efectuarea extracției, apoi majorarea dozei anticoagulantului.

81. C.S. Cum veți proceda în cazul în care preextractional valoarea INR-lui este mai mare decât limitele terapeutice individuale recomandate de către medicul curant de profil general:

- a. Majorarea dozei anticoagulantului până la ajustarea INR-lui la limitele terapeutice și efectuarea extracției dentare;
- b. +Micșorarea dozei anticoagulantului până la ajustarea INR-lui la limitele terapeutice și apoi efectuarea extracției dentare;
- c. Anularea anticoagulantului și efectuarea extracției dentare;
- d. Micșorarea treptată a dozei până la anularea anticoagulantului și apoi efectuarea extracției dentare;
- e. Nici una dintre ele.

82. CM. Prin ce metodă se deschide un abces palatinal?

- A. -printr-o incizie liniară, paralelă cu marginea alveolară;
- B. +printr-o excizie triunghiulară;
- C. -prin incizie perpendiculară față de sutura medio-palatină;
- D. +prin excizie „în felie de portocală” ;
- E. -printr-o incizie liniară, paralelă față de sutura medio-palatină.

83. CM. Ce modificări morfologice sunt caracteristice pentru osteomielite odontogenă?

- A. +infiltrație purulentă a țesutului medular osos;
- B. +tromboza vaselor;



- C. +descompunerea trombilor;
- D. +exsudare sangvină;
- E. - osteoradionecroză;

84. C.M. Bolnavul cu osteomieliță difuză a maxilarului inferior poate prezenta:

- A. -Hipersalivație;
- B. +Trismus;
- C. +Fistule cutanate sau mucoase;
- D. +Îngroșare osteo-periostală limitată la dintele cauzal;
- E. +Semnul Vincent d'Alger pozitiv.

85. C.M. Simptomele clinice locale în osteomielița odontogenă acută sunt:

- A. +Tumefacție difuză, cu tegumentele congestionate, lucioase, distinse;
- B. - Palpare regiunii indoloră;
- C. +Mucoasa bucală congestionată și edemațiată;
- D. +Palparea proceselor alveolare este dureroasă, pe versantele orale și vestibulare remarcându-se îngroșarea periostală;
- E. +Dinții sunt dureroși spontan și la mobili la percuție, acoperiți de papile interdentare hipertrofiate. Din șanțul gingival se elimină puroi.

86. C.M. Ca factor etiologic în osteomielița maxilarelor pot fi incriminate următoarele patologii:

- A. - pulpita acută;
- B. +Procese periapicale cronice acutizate;
- C. +Fracturile oaselor maxilare;
- D. +Contaminarea pe cale hematogenă din focare de la distanță;
- E. + Alveolitele.

87. C.M. Osteomielița odontogenă acută a maxilarelor prezintă următoarele semne:

- A. + hipertermie, stare generală alterată, mobilitatea dintelui cauzal și a dinților vecini, asimetrie facială;
- B. - subfebrilitate, starea generală nu este afectată;
- C. - dureri intense a maxilarelor, durerile au caracter paroxistic;
- D. - dureri sâcâitoare ale dintelui cauzal cu caracter periodic;
- E. + parestezie pe traiectul nervului alveolar inferior, în cazul afectării mandibulei.



88. C.M. Supurația se caracterizează printr-o colecție purulentă, care este un lichid vâscos de culoare galbenă sau verzuie, alcătuit din:

- A. +țesuturi necrotice;
- B. +celule polimorfonucleare vii și distruse;
- C. +fibrină;
- D. +microorganisme, toxine;
- E. - lichid limfatic.

89. C.M. Flegmonul se caracterizează prin:

- A. +infiltrarea difuză a țesuturilor (fără delimitare precisă);
- B. +tumefacție, hiperemie, indurație și durere la palpare;
- C. +conținutul este un exudat cu polimorfonucleare, bacterii, resturi de țesut necrotic;
- D. +sunt provocate de germenii patogeni mai agresivi cu o virulență pronunțată (steptococi);
- E. - fără manifestări clinice severe.

90. C.M. Semnele clinice ale unui abces al regiunii infraorbitare sunt:

- A. +Edem în regiunea infraorbitară, a pleoapei inferioare;
- B. +Tumefacția buzei superioare;
- C. +Aripa nazală este deviată spre partea sănătoasă;
- D. +Buza superioară puțin anesteziată;
- E. - Plica nasolabială bine pronunțată.

91. C.M. Tabloul clinic al abcesului regiunii zigomatice este reprezentat prin:

- A. +Edem, congestia tegumentelor regiunii zigomatice;
- B. +Edemul se poate răspândi spre regiunile învecinate (temporală, infraorbitară, parotidiană);
- C. +În unele cazuri de trismus este implicat m. maseter;
- D. +Hipertermie locală;
- E. -Nu prezintă nici un semn din cele enumerate.

92. C.M. Simptomatologia unui abces genian este prezentată de:

- A. +Tumefacție difuză a obrazului, cu pielea congestionată, netedă, lucioasă, în tensiune;
- B. - Șanțurile periorale binepronunțate;
- C. +Edemație puternică a regiunilor din jurul obrazului;
- D. +Mucoasa jugală congestionată, lucioasă, cu amprenta dinților, acoperită cu depozite;
- E. +Palparea regiunii geniene dureroasă, se determină fluctuență.



93. C.M. Simptomatologia generală într-un abces al regiunii parotidiene este:

- A. +Febră, frisoane;
- B. +Stare septică;
- C. +Pierderea capacității de muncă.
- D. +Cefalee, insomnie, inapetență;
- E. – Dereglări de deglutiție.

94. C.M. Factorii etiologici ale abcesului lojei submentoniere sunt:

- A. +Procese septice cu punct de plecare de la incisivii și caninii inferiori;
- B. - Procese septice cu punct de plecare de la molarii inferiori;
- C. +Furuncule ale buzei inferioare sau ale mentonului;
- D. +Propagarea de la lojile vecine (sublinguală, submandibulară);
- E. +Osteomielite mandibulei în regiunea mentonieră.

95. C.M. Simptomele clinice locale ale unui abces sublingual sunt:

- A. +Tumefacție în partea anterioară a planșeului bucal. La palpare durere, fluctuență;
- B. +Congestia mucoasei sublinguale care este lucioasă, proeminentă;
- C. +Plica sublinguală în “creastă de cucoș” acoperită cu depozite fibrinoase;
- D. +Limba împinsă spre partea sănătoasă;
- E. – Contractură inflamatorie.

96. C.M. Tulburările funcționale în caz de abces sublingual sunt reprezentate prin:

- A. +Disfagie;
- B. +Jenă la masticatie și fonație;
- C. +Mișcările limbii dureroase;
- D. -Trismus pronunțat;
- E. - Diplopie.

97. C.M. Diagnosticul diferențial al abcesului sublingual se face cu:

- A. +Abcesul lojii submandibulare;
- B. +Abcesul perimandibular intern;
- C. +Ranula și chistul dermoid al planșeului bucal;
- D. -Osteomielite mandibulei;
- E. - Fractura de mandibulă.



98. C.M. Complicațiile abcesului rădăcinii limbii pot fi:

- A. +Difuzarea în lojele din vecinătate;
- B. +Septicemia;
- C. +Asfixia;
- D. -Anchiloza;
- E. +Pareza limbii.

99. C.M. Procesul infecțios în abcesul regiunii maseteriene se poate dezvolta:

- A. +Între mușchi și tegument;
- B. +Între mușchi și suprafața externă a mandibulei,
- C. +În toată grosimea mușchiului;
- D. -În ramul ascendent al mandibulei;
- E. -În glanda parotidă.

100.C.M. Simptomatologia locală în abcesul lojii pterigo-mandibulare este prezentată de:

- A. +Edem și infiltrație în regiunea subangulomandibulară;
- B. +Mucoasa plicii pterigo-mandibulare este congestionată, tensionată, lucioasă;
- C. +Trismus;
- D. -Deglutiție dureroasă;
- E. -Macroglosie.

101. C.M. Simptomatologia locală a unui abces al regiunii laterofaringiene este prezentată de:

- A. +Edem pre- și retrosternocleidomastoidian;
- B. +Trismus;
- C. +Endobucal o tumefacție voluminoasă unilaterală a peretelui laterofaringian;
- D. +Istmul faringian îngustat;
- E. -Sub unghiul mandibulei, la palpare, se determină infiltrare sau fluctuență.

102. C.M. Factorii etiologici ai flegmonului planșeului bucal sunt:

- A. +Procese inflamatorii dentoparodontale ale dinților inferiori;
- B. +Sialolitiaza cu implicarea canalului Warthon;
- C. -Procese inflamatorii dentoparodontale ale dinților superiori;
- D. +Înțepături septice sau corpi străini în regiunea mucoasei planșuului;
- E. +Furuncule cu localizare în etajul inferior al feței.



103. C.M. Simptomatologia locală într-un flegmon al planșeului bucal este prezentată de:

- A. +Tumefacția voluminoasă, masivă totală a planșeului bucal;
- B. +Edem în pelerină (în sus și în jos);
- C. +Tegumentele în tensiune, pe piele zone marmorate care apoi se sfacelează;
- D. +La palpare o duritate lemnoasă fără fluctuență în unele cazuri crepitații gazoase.
- E. – Glutiția și respirația fără schibări;

104. C.M. Simptomatologia endobucală într-un flegmon al planșeului bucal este prezentată de:

- A. +Mucoasa sublinguală bombată bilateral în creastă de cucuș, tensionată, roșie violacee, acoperită cu depozite fibrinoleucocitare;
- B. - Palparea șanșului mandibulo-lingual fără dureri;
- C. +Limba mărită în volum, pe margini amprente dinților;
- D. +Limba acoperită cu depozite murdare;
- E. +Mișcărilor limbii sunt extrem de dureroase.

105. C.M. Simptomatologia generală în flegmonul difuz hemifacial este prezentată de:

- A. +Starea generală toxico-septică;
- B. +Bolnavul adinamic sau agitat;
- C. +Aspect de toxemie profundă cu facies teros;
- D. +Febra (39-40°C), frisoane;
- E. - Devierea formulei leucocitare spre dreapta.

106. C.M. Precizați care dintre următoarele semne clinice se întâlnesc într-un flegmon aerob hemifacial:

- A. +Tegumente congestionate;
- B. +Tegumente cianotice;
- C. +Infiltrat dur la palpare;
- D. -Crepitații gazoase;
- E. +Fluctuență la palpare.

107. C.M. Trismusul pronunțat se întâlnește în mod frecvent în:

- A. -Abcesul submentonier;
- B. +Abcesul infratemporal;
- C. +Flegmonul hemifacial;
- D. +Abcesul temporal;
- E. -Abcesul genian.



108.C.M. Ca regulă, supurarea regiunii jugale este cauzată de un proces patologic cu plecare de la:

- A. - incisivii superiori;
- B. - incisivii inferiori;
- C. - caninii superiori și inferiori;
- D. + premolarii superiori și inferiori;
- E. + molarii superiori și inferiori.

109. C.M.Spațiul infratemporal este delimitat:

- A. + anterior – tuberozitatea maxilară și limita inferioară a feței temporale a osului zigomatic;
- B. + inferior – fascia buco-faringiană;
- C. + posterior – apofiza stiloidă a osului temporal și suprafața anterioară a apofizei condiliene a mandibulei;
- D. + intern – suprafața externă a apofizei pterigoide;
- E. - extern – suprafața externă a ramului ascendent a mandibulei.

110. C.M. Dintre semnele clinice ale unui abces submandibular fac parte următoarele:

- A. -febră înaltă (peste 40 °C);
- B. -trismus pronunțat;
- C. +prezența unui molar distrus pe arcada inferioară;
- D. +hiperemie și edem a țesuturilor moi în regiunea submandibulară;
- E. +la palpate – durere și îndurație a țesuturilor moi în regiunea submandibulară.

111. C.M. Flegmonul de planșeu bucal prezintă următoarele semne clinice:

- A. +degluțiție dificilă, dureroasă, febră;
- B. +debut acut, trismus;
- C. +edem cu infiltrat dureros în regiunea submandibulară bilateral;
- D. -subfebrilitate, debut lent;
- E. - edem în porțiunea inferioară a spațiului temporal.

112. C.M. Prin ce acces se pătrunde la colecția purulentă în supurarea rădăcinii limbii?

- A.- endooral pe linia mediană;
- B. +exooral cu incizie liniară de 4 – 5 cm, situată pe linia mediană;
- C. -exooral în formă de „guler”;
- D. -exooral în regiunea submandibulară, paralel cu corpul mandibulei;



E. +exooral cu incizie arcuată de 4 – 5 cm, situată între osul hioid și menton.

113. C.M. Cauza tipică a abcesului orbitei este diseminarea procesului purulent din:

- A. -flegmonul de planșeu bucal;
- B. -abcesul spațiului temporal;
- C. -abcesul laterofaringian;
- D. +tromboflebita venei angulare;
- E. +sinusita acută purulentă ori sinusita cronică acutizată.

114.C.M. Accesul către colecția purulentă în abcesul orbitei este realizat prin:

- A. -incizie submandibulară;
- B. -pe rebordul orbital intern;
- C. +pe rebordul orbital inferior și superior;
- D. +prin sinusul maxilar;
- E. -pe rebordul orbital extern.

115.C.M. Pentru abcesul obrazului, sunt caracteristice următoarele semne:

- A. +edem difuz a țesuturilor moi în regiunea jugală;
- B. +ștergerea reliefului șanțului nazo-labial;
- C. +deschiderea dureroasă a gurii;
- D. -deschidere liberă, indoloră a gurii;
- E. -respirație nazală dificilă în partea afectată.

116.C.M. Simptomele abcesului spațiului pterigo-maxilar sunt următoarele:

- A. +deschiderea gurii limitată, dureroasă;
- B. +edem al mucoasei în regiunea retrotuberozitară;
- C. +cefalee;
- D. -xerostomie;
- E. -dureri în regiunea corpului mandibulei.

117. C.M. Pentru limfadenita sifilitică, sunt caracteristice următoarele afirmații:

- A. +indurație considerabilă a nodulului limfatic, RW pozitivă;
- B. +în punctat se determină treponema palidă;
- C. -nodulii limfatici sunt aderenți între ei și cu țesuturile adiacente, RW este negativă;
- D. -limfonodulii obligatoriu supurează;
- E. -punctatul nu conține treponeme, RW fiind negativă.



118. C.M. Mai frecvent se complică prin flebita venei angulare furunculele localizate în regiunea:

- A. +labială superioară;
- B. -periorbitară;
- C. -labială inferioară și mentonieră;
- D. -jugală și parotideo-maseterină;
- E. + comisurii orale, infraorbitară.

119. C.M. Localizarea furunculului la nivelul feței este foarte periculoasă, îndeosebi dacă el este localizat:

- A. +La buza superioară;
- B. +Perinazal;
- C. +La buza inferioară;
- D. -Genian;
- E. -Regiunea frontală.

120. C.M. Tratamentul sinusitei acute purulente odontogene prevede:

- A. -doar tratament medicamentos;
- B. +extracția dintelui cauzal, tratament simptomatic;
- C. -sinusotomie;
- D. -extracția dintelui cauzal, tratament cu vasoconstrictoare, fizioterapie;
- E. +puncție (în caz că nu există comunicare postextractională) cu lavajul sinusului maxilar.

121. C.M. Accidentele sinusale apar cel mai frecvent în extracțiile:

- A. -Primului premolar superior;
- B. +Primului molar superior;
- C. +Al doilea molar superior;
- D. -Al doilea premolar;
- E. -Caninului superior.

122. C.M. Care din următoarele semne sunt prezente în cazul unei comunicări orosinusale cronice:

- A. +Prin alveolă se poate pătrunde cu un stilet butonat în sinus;
- B. -Manevra Valsalva negativă;
- C. -Radiologic, se determină lipsa modificărilor patologice ale sinusului maxilar;
- D. -Radiologic se determină comunicarea buco-sinuzală;
- E. +Refluarea lichidelor pe nas.



123. C.M. În cazul comunicării buco-sinusale, care întreține o sinusită cronică, se practică:

- A. -Extracția dintelui cauzal sub protecție de antibiotice;
- B. -Puncție sinusală și plastia comunicării;
- C. +Plastia comunicării;
- D. +Cura radicală a sinusului afectat;
- E. -Toate acestea.

124. C.M. În sinusita odontogenă, mai frecvent, se întâlnesc următoarele complicații:

- A. +Osteomielite maxilarului superior;
- B. +Infectarea orbitei;
- C. +Abcese geniene;
- D. -Septicemie;
- E. -Abces cerebral.

125. C.M. Care dintre următoarele afirmații sunt corecte în parotiditele supurate:

- A. +Tumefiere pretragiană;
- B. +Orificiul canalului Stenon este tumefiat, întredeschis, la presiune se elimină puroi;
- C. +Tegumentele regiunii parotidiene sunt congestionate;
- D. +Prezența trismusului;
- E. -Dureri la mișcarea mandibulei.

126. C.M. Diagnosticul diferențial al parotiditelor supurate îl facem cu:

- A. +Parotidita epidemică;
- B. +Osteomielite de ram ascendent a mandibulei;
- C. -Abces de lojă submandibulară;
- D. +Litiază parotidiană;
- E. +Tumori parotidiene.

127. C.M. În parotidita parenchimotoasă, sialograma prezintă aspect de:

- A. +Cavități ovale sau rotunde pe fondul parenchimului intact;
- B. +Imaginea de strugure (pom în floare);
- C. +Ducturile în unele locuri sunt abrupte, însă sunt bine conturate;
- D. +Ductul principal e dilatat;
- E. -Toate ducturile glandei sunt dilatate.



128. C.M. Prin palparea și masajul glandei în sialoadenitele purulente acute se determină:

- A. +Dureri în glandă;
- B. +Indurații cu contururi nelimitate;
- C. +Din orificiul ductului se elimină puroi;
- D. -Glanda mărită, dură dar nedureroasă la palpate;
- E. -Din orificiul ductului se elimină salivă curată.

129. C.M. În tratamentul complex al sialadenitelor acute, în canalul excretor se introduce:

- A. -Apă oxigenată de 3%;
- B. -Lipoidol 1-2 ml;
- C. +Antibiotice și fermenți;
- D. +Soluție caldă de furacilină;
- E. -Salivă artificială.

130. C.M. Sialodochitele reprezintă procese inflamatorii localizate la nivelul:

- A. +canalului Wharton;
- B. +canalului Stenon;
- C. -glandelor salivare mari;
- D. -glandelor salivare mici;
- E. -glandei submandibulare.

131. C.M. Sindromul Sjogren este prezentat de o simptomatologie specifică:

- A. +xerostomie;
- B. +xeroftalmie;
- C. -ulcerații;
- D. +conjunctivite;
- E. -eczeme.

132. C.M. Hemostaza în caz de hemoragii nazale se efectuează prin:

- A. +Tamponament anterior;**
- B. +Tamponament posterior;**
- C. +Introducerea unor balonașe de gumă ce se umflă;**
- D. -Aplicarea suturilor pe vasele afectate;**
- E. - Badijonare cu verde de briliant.**

133. C.M. În plăgile părților moi ale regiunii OMF, țesuturile afectate pot fi:



Catedra de chirurgie OMF și implantologie
orală „Arsenie Guțan”

RED: 06

DATA: 20.09.2017

Pag. 29/50

- A. +Cele superficiale (pielea, mușchii);
- B. +Profunde (mușchii, glandele, mucoasa);
- C. +Nervii cranieni (trigemen, facial, hypoglos etc.);
- D. +Ramurile carotidei externe;
- E. -Scheletul facial;

134. C.M. Semnele comune ale plăgilor regiunii OMF pot fi:

- A. +Durerea;
- B. +Hemoragia;
- C. +Tulburări respiratorii;
- D. +Tulburări de deglutiție, masticăție;
- E. -tahicardie și dispnee.

135. C.M. Regiunea maxilo-facială se împarte în trei etaje principale:

- A. +Superior;**
- B. +Mediu;**
- C. +Inferior;**
- D. -Lateral;**
- E. -Posterior.**

136. C.M. Fracturile de mandibulă pot fi:

- A. +Unitare;
- B. +Duble;
- C. -Simple;
- D. +Cominutive;
- E. -Directe și compuse.

137. C.M. Printre factorii ce influențează deplasarea fragmentelor în fracturile de mandibulă se înscriu:

- A. +Forța traumatismului;
- B. +Contrația mușchilor ce se inseră pe aceasta;
- C. -Mecanismul de producere a fracturii;
- D. +Direcția liniei de fractură;
- E. -Alte stări patologice concomitente.

138.C.M. Asfixia posttraumatică poate apărea în caz de:

- A. +Fractură cominutivă a arcului mentonier;



- B. -Fracturi de oase nazele;
- C. +Edem laringian;
- D. +Dislocarea vălului palatin în fracturile maxilarului superior;
- E. –fractura planșeului de orbită.

139. C.M. Tabloul clinic al fracturilor tip Le Fort II este:

- A. +Tumefacția accentuată a feței;
- B. +Tulburări de sensibilitate;
- C. - Ocluzia fără modificări;
- D. +Echimoze palpebrale;
- E. +Fața turtită antero-posterior.

140. C.M. Cele mai grave complicații generale precoce ale fracturilor maxilarului superior sunt:

- A. +Hemoragii abundente;
- B. +Comoția, contuzia cerebrală;
- C. -Tulburări de ocluzie;
- D. + Șocul traumatic;
- E. -Flegmoane, osteomielită acută, sinusită.

141. C.M. Simptomatologia fracturilor Le Fort I include:

- A. +Mobilitatea procesului alveolar;**
- B. +Echimoze labio-geniene;**
- C. +Dureri la presiune;**
- D. +Tulburări de ocluzie;**
- E. -Hemoragii abundente.**

142. C.M. Osul maxilar participă la formarea următoarelor cavități:

- A. +Orbitei;**
- B. +Nazală;**
- C. +Orală;**
- D. -Pterigo-maxilară;**
- E. +Sinusul maxilar.**

143. C.M. Luxația dentară se produce obligatoriu în caz de:

- A. -Contuzia ligamentelor dento-alveolare;**
- B. +Rupere parțială sau totală a ligamentelor dento-alveolare;**
- C. +Fractura procesului alveolar;**



D. -Fractura maxilarului superior sau a mandibulei;

E. -Nici una dintre acestea.

144. C.M. Semnele locale comune tuturor fracturilor de mandibulă cu deplasarea fragmentelor sunt:

- A. +Durerea;
- B. -Tulburările de fonatie;
- C. +Mobilitatea patologică a fragmentelor;
- D. +Tulburările de ocluzie;
- E. -Tulburările de sensibilitate în teritoriul nervului mandibular.

145. C.M. Care este rolul imobilizării de urgență:

- A. -Să reducă fragmentele în poziție anatomică;
- B. +Să reducă durerea;
- C. -Să prevină suprainfectarea;
- D. +Să scadă riscul de asfixie;
- E. +Să reducă hemoragia.

146. C.M. În fractura mediană a mandibulei:

- A. +Tracțiunile musculare care se exercită fiind în echilibru, deplasarea secundară este absentă;
- B. +La mobilizarea mandibulei nu se determină dereglarea ocluziei;
- C. +Bolnavul prezintă echimoze în fundul de sac vestibular sau sublingual;
- D. -Bolnavul prezintă hipoestezie în teritoriul nervului incisival inferior;
- E. -Este frecvent întâlnită otoragia.

147. C.M. Semnele clinice ale unei luxații temporo-mandibulare bilaterale posterioare sunt:

- A. +Otoragie;**
- B. +Supraocluzie frontală patologică;**
- C. -Menton deviat anterior și inferior;**
- D. +Gura întredeschisă;**
- E. -Prezența unei bombări preauriculare ca efect al ieșirii condilului din articulație.**

148. C.M. Printre cauzele ce conduc la modificări morfo-funcționale ale articulației temporo-mandibulare, cu producerea ulterioară de luxații recidivante, sunt:

- A. +Tulburări mioclonice postencefalitice;**
- B. -Reumatism poliarticular;**



- C. +Atrofia mușchilor maseteri după poliomielită;
- D. -Fracturi condiliene intracapsulare în antecedente;
- E. +Dezechilibrul ocluzo-articular.

149. C.M. Tratatamentul de urgență al traumelor asociate include:

- A. +Aplicarea bandajelor pe plăgi și imobilizarea temporară a fracturilor;
- B. +Combaterea șocului;
- C. +Hemostaza și degajarea căilor aeriene;
- D. +Susținerea funcțiilor vitale;
- E. -Extracția dinților din linia de fractură.

150. C.M. Care sunt regulile de bază la aplicarea ligaturilor pentru fixarea atelelor pe arcada dentară?

- A. +Atela se fixează cu fir metalic pe fiecare dinte sau peste un dinte;
- B. +Ligatura este situată la coletul dentar;
- C. +Ligatura nu trebuie să traumeze papilele gingivale;
- D. +Capetele ligaturii au lungimea 5-7 mm și se îndoaie spre centru și linia ocluzală;
- E. - Ligatura se îndoaie îndărăt și spre marginea gingivală.

151. C.M. În fractura complexului zigomatico-orbital linia de fractură trece prin:

- A. +Sutura zigomatico-maxilară;
- B. - Peretele intern al orbitei;
- C. +Sutura zigomatico-temporală;
- D. +Sutura fronto-zigomatică;
- E. -Peretele medial al sinusului maxilar.

152. C.M. Care din următoarele simptome se pot întâlni în fracturile anterioare ale complexului zigomato-orbital cu deplasare:

- A. +Diplopia;
- B. +Hipoestezia infraorbitală;
- C. - Inocluzia frontală;
- D. +Epistaxis;
- E. - Deviere a liniei mediane.

153. C.M. Cauze ale tulburărilor nervoase a n.infraorbital (parestezii, hipostezii, anestezii) pot fi:



- A. +Fracturi ale planșeului orbital;
- B. +Fracturi ale osului malar;
- C. +Fracturi ale maxilei (Le Fort II);
- D. +Lezări ale nervului în timpul loviturii;
- E. – Fracturi ale oaselor nazale.

154. C.M. Cel mai frecvent întâlnite sunt următoarele forme de traumatisme ale piramidei nazale:

- A. +Traumatismele scheletului cartilagos;
- B. - Fractura Le Fort II;
- C. - Disjuncția cranio-facială înaltă (Le Fort III);
- D. +Fracturile scheletului osos a piramidei nazale (deschise);
- E. +Fracturile scheletului osos a piramidei nazale (închise).

155. C.M. Unele fracturi nazale se pot vindeca spontan și anume:

- A. +Fracturi fără deplasări;
- B. - Fracturi ale oaselor cu deplasări;
- C. +Fracturi ale cartilajului;
- D. - Fracturi cu înfundarea piramidei nazale;
- E. - Toate fracturile piramidei nazale.

156. C.M. Care sunt principalele elemente anatomice ale articulației temporo-mandibulare:

- A. +Condilul;
- B. +Fosa glenoidă;
- C. +Tuberculul articular;
- D. - Oasele temporal și mandibular;
- E. +Discul articular.

157. C.M. Simptomele artritei acute nespecifice sunt:

- A. - Devierea mentonului;
- B. +Dureri spontane, pulsatile, iradiante, în zona afectată;
- C. +Tumefacția și congestia preauriculară;
- D. +Mișcările mandibulei reduse, uneori imposibile;
- E. - Mișcările mandibulei libere, indolore.

158. C.M. Diagnosticul diferențial al artritelor acute nespecifice se face cu:

- A. +Furunculul pretragian;



- B. +Otomastoidita;**
- C. +Limfadenita pretragiană;**
- D. - Constricția de mandibulă;**
- E. - Adenită subangulomandibulară.**

159. Ce elemente anatomice sunt interesate în faza subacută de artrită temporo-mandibulară:

- A. +Capsula articulară;**
- B. +Ligamentele articulare;**
- C. +Meniscul articular;**
- D. - Condilul mandibular;**
- E. - Cavitata glenoidă.**

160. C.M. Triada simptomatică a artritelor cronice cuprinde:

- A. +Durerea;**
- B. +Cracmentele;**
- C. +Tulburările mecanice articulare;**
- D. - Limitarea mișcărilor mandibulare;**
- E. - Semnele de inflamație acută.**

161. C.M. Diagnosticul diferențial în luxațiile anterioare unilaterale se face cu:

- A. +Fracturile apofizei condiliene;**
- B. +Paralizii faciale;**
- C. - Fracturile mediosimfizare;**
- D. - Parotidita acută supurată;**
- E. +Contractura spastică a mușchilor masticatori.**

162. C.M. Pentru irigarea cavității bucale a bolnavilor cu traumatisme OMF, se utilizează următoarele dintre substanțele antiseptice:

- A. +Apă oxigenată;**
- B. +Soluție slabă de permanganat de potasiu;**
- C. Compuși cuaternari de amoniu;**
- D. +Clorhexidină;**
- E. Soluție alcoolică de iod;**

163. C.M. Biopsia se efectuează cu scopul de a preleva biomaterial pentru analiza histologică și a depista:

- A. +Formațiunile tumorale benigne;**



- B. +Formațiunile tumorale maligne;
- C. +Formațiuni chistice;
- D. - Procesele inflamatorii;
- E. – Corpi străini.

164. C.M. Odontomul:

- A. - Este o tumoră cu structură osoasă
- B. +Este o tumoră cu structură dentară
- C. +Este o tumoră benignă
- D. - Este o tumoră cu potențial de malignizare
- E. +Are origine din țesuturile dentare.

165. C.M. Osteomul:

- A +Este o tumoră benignă
- B - Este o tumoră malignă
- C +Este formată din țesut osos matur bine diferențiat
- D - Este formată din țesut osos tânăr slab diferențiat
- E - Are o creștere rapidă

166. C.M. Semnele și simptomele precoce de malignizare ale adenomului pleomorf parotidian sunt:

- A. +Aderența la piele;
- B. - Apariția adenopatiei regionale;
- C. - Apariția trismusului;
- D. +Apariția durerilor spontane în zona tumorală;
- E. +Apariția semnelor de disfuncție (pareza) a nervului facial

167. CM. Din punct de vedere radiografic, ameloblastomul se caracterizează prin:

- A. +Rarefiere osoasă;
- B. - Prezența opacității;
- C. + Contururi clare;
- D. +Prezintă structuri celulare în formă de “bule de săpun”;
- E. - Distrucție osoasă cu contururi neclare.

168. CM. Care sunt cele mai informative metode complementare de examinare a bolnavilor cu osteoclastom al maxilarelor:

- A.+ Radiografia panoramică;



- B. +Tomografia computerizată;
- C. - Ultrasonografia;
- D. - Examenul citologic;
- E. + Examenul histologic.

169. CM. Înainte de a începe un tratament radioterapic a bolnavilor cu tumori maligne a feței și organelor cavității bucale, este necesar:

- A. +Asanarea cavității bucale;**
- B. +Înlăturarea protezelor metalice;**
- C. +Înlăturarea obturațiilor metalice;**
- D. - Hemotransfuzii;**
- E. - Confecționarea atelelor de masă plastică pe dinți.**

170. CM. Care dintre următorii factori sunt implicați în dezvoltarea melanomului,:

- A. - Vârsta;**
- B. - Sexul;**
- C. +Trauma;**
- D. - Alimentația;**
- E. +Insolația.

171. CM. Scopul chiuretajului după extracția dentară este:

- a) Înlăturarea cheagului de sânge;
- b) +Înlăturarea țesutului patologic (granulații);
- c) +Înlăturarea corpurilor străini (tartru, rămășiți de rădăcini, fragmente de coroană etc);
- d) Umplerea alveolei cu sânge;
- e) Stoparea hemoragiei.

172. CM. Extracția cu cleștele de rădăcini este indicată în cazurile în care:

- a) +Există sau se pot crea condiții de aplicare și priză a rădăcinii;
- b) +Rădăcina dentară prezintă o porțiune extraalveolară suficient de proeminentă pentru a fixa fălcile cleștelui;
- c) +Rădăcina dentară se găsește la limita peretelui alveolar și osul permite crearea unui șanț periradicular ca să insinuăm și să fixăm cleștele;
- d) Rădăcina dentară se găsește sub nivelul osului;
- e) Rădăcina dentară se găsește la fundul alveolei.

173. CM. Extracția rădăcinilor dentare cu elevatorul este indicată în cazurile în care:



- a) +Rădăcinile dentare prezintă o distrucție întinsă și nu e posibilă folosirea cleștelui;
- b) +Rădăcinile sunt vizibile în alveolă;
- c) +Este posibil de a insinua elevatorul între pereții alveolei și rădăcinii;
- d) Rădăcina se găsește adânc în alveolă;
- e) La orice rădăcină dentară.

174. CM. Se pot extrage prin alveolotomie:

- a) +Rădăcini sudate la peretele alveolar;
- b) +Rădăcini convergente;
- c) Rădăcini cu hipercementoză;
- d) +Rădăcini situate sub punți dentare;
- e) +Rădăcini foarte recurbate.

175. CM. În cazul extracției cu separarea rădăcinilor se recomandă:

- a) +Să nu se pătrundă cu freza prea profund;
- b) +Să nu se secționeze cu discuri carborundum;
- c) Să nu se rezece septul interradicular;
- d) Să nu se rezece peretele alveolar;
- e)+ Să nu se separe cu dalta și ciocanul de la început.

176. CM. Extracția alveoplastică este indicată la:

- a) +Extracții singulare la dinți extruzați;
- b) +Extracții multiple la dinți cariați;
- c)+ Extracții singulare la dinți neextruzați;
- d) +Extracții multiple în parodontopatii marginale;
- e) Extracții laborioase la resturi radiculare.

177. CM. Pensa ciupitoare de os, în situația unei extracții prin alveolotomie, poate fi folosită la:

- a) Regularizarea rădăcinilor deformatate;
- b) Rezecția septului interradicular;
- c) +Regularizarea osului în vederea suturii;
- d) +Rezecția peretelui alveolar în cursul trepanării;
- e) Extracție.

178. CM. Separația rădăcinilor este indicată când:



- a) +Acestea sunt unite prin podeaua camerei pulpare și nu pot fi extrase împreună;
- b) +Rădăcinile sunt prea divergente;
- c) +Rădăcinile sunt prea convergente, cu prezența între ele a unui sept osos gros;
- d) Resturile radiculare mici sânt situate în fundul alveolei;
- e) Un rest radicular a rămas profund intraalveolar.

179. CM. În separația rădăcinilor, este contraindicată folosirea:

- a) +Discurilor de carborundum;
- b)+ Dălților;
- c) +Discurilor Horico;
- d) Frezelor cilindrice din tungsten;
- e) Frezelor cilindrice diamantate.

180. CM. Procesul de vindecare a plăgii postextractionale este condiționat de:

- a) +Factori locali;
- b) +Factori generali (terenul pacientului);
- c) De calitatea intervenției;
- d) Atitudinea pacientului și îngrijirea plăgii;
- e) Anotimp.

181. CM. Vindecarea plăgii postextractionale poate fi întârziată de:

- a) +Plăgi alveolare delabrante;
- b) Rezecția pereților alveolari;
- c) +Persistența septului interradicular;
- d) +Hipovitainoza C și D;
- e) Corticoterapia.

182. CM. Care afirmații cu privire la comunicarea oro-sinusală postextractională sunt adevărate:

- a) +Deschiderea sinusului maxilar este unul dintre cele mai frecvente și grave accidente postextractionale;
- b) Manevra Valsalva precizează cu siguranță prezența sau absența comunicării orosinusale;
- c) +Dinți sinusali, cel mai des, sunt molarii;
- d) +Diagnosticul comunicării orosinusale se face prin explorare cu sonda butonată sau examinare radiografică;
- e) +În tehnica plastiei comunicării oro-sinusale se poate utiliza lamboul palatinal.



183. CM. În timpul chiuretajului alveolei postextractionale pot interveni următoarele accidente:

- a) +Lezarea nervului alveolar inferior;
- b) +Comunicarea orosinusală;
- c) Lezarea nervilor alveolari supero-posteriori;
- d) Chiuretajul agresiv poate provoca hemoragia secundară precoce;
- e) Chiuretajul insuficient produce alveolita postextractională.

184. CM. Complicațiile postextractionale sunt:

- a) Hemoragia prelungită, care durează 15-20 minute;
- b) +Alveolita postextractională;
- c) +Hemoragia secundară precoce, care se declanșează de obicei în cursul nopții;
- d) Hemoragia secundară tardivă, care apare de obicei târziu în cursul nopții;
- e) Sângerarea postextractională normală, care durează 30-60 de minute.

185. CM. Măsurile de hemostază locală postextractională sunt:

- a) +Introducerea în alveolă a materialelor hemostatice;
- b) +Chiuretajul alveolar pentru îndepărtarea corpurilor străini;
- c) +Pentru anestezia repetată a zonei date se preferă blocajul troncular în locul infiltrației locale;
- d) Tamponament supraalveolar fixat cu fire de sutură pentru 48 de ore;
- e) +Regularizarea marginii osoase alveolare.

186. CM. Care din următoarele afirmații cu privire la tratamentul alveolitei postextractionale sunt adevărate:

- a) +Utilizarea de meșe iodoformate îndesate intraalveolar;
- b) +Chiuretajul riguros, profund al pereților osoși alveolari osteitici;
- c) Sedarea durerii prin infiltrații cu soluții anestezice;
- d) +Irigarea abundentă a alveolei cu soluții antiseptice călduțe;
- e) +Stimularea reactivității locale cu ajutorul agenților fizici.

187. CM. Etiologia alveolitei postextractionale:

- a) +Introducerea în alveole a unor materiale în scop antiseptic și hemostatic;
- b) +Prezența fermentului proteolitic activat în salivă;
- c) +Fumatul în primele 2 ore postextractionale;
- d) Patologii cardio-vasculare;
- e) +Tulburări vasomotorii locale provocate de actul operator sau de acțiunea ischemiantă a



adrenalinei din soluția anestezică.

188. CM. Care din următoarele afirmații cu privire la alveolita postextractională uscată sunt adevărate:

- a) +Alveolita uscată este lipsită de congestie, cu semne locale de suferință trofică;
- b) În alveolă se găsește țesut de grăulație burjonat care sângerează ușor;
- c) Gingia este tumefiată cu margini congestionate, turgescențe;
- d) +Cheagul intraalveolar este absent total sau parțial;
- e) +Osul alveolar expus este sursa unor dureri continue cu caracter nevralgiform.

189. CM. În cazul alveolitei uscate postextractionale se indică:

- a) +Chiuretajul alveolei postextractionale;
- b) Diatermocoagularea pereților și fundului alveolei;
- c) +Tamponamentul alveolei cu mesa iodoformată;
- d) Meșă cu unguent Vișnevski;
- e) Fizioterapie.

190. CM. Alveolita postextractională poate fi:

- a) +Umedă;
- b) +Uscată;
- c) Primară;
- d) Secundară;
- e) Nespecifică.

191. CM. Recomandările postextractionale sunt:

- a) Consumarea lichidelor doar cu paiul pentru a nu crea presiune negativă;
- b) Păstrarea tamponamentului supraalveolar timp de o oră;
- c) +Periajul dentar se va relua a doua zi;
- d) Evitarea consumului alimentelor moi timp de 24-48 de ore;
- e) +Analgetice.

192. CM. Se recurge la extracția dinților permanenți în următoarele situații:

- a) Dinți cu gangrenă simplă la care metodele endodontice au eșuat;
- b) +Dinți care au cauzat infecții osoase (periostite, osteomielite);
- c) Dinți traumatizați;
- d) Dinți fracturați transversal în treimea apicală;
- e) +Dinți în malpoziție, neredresabili ortodontic.



193. CM. Contraindicații loco-regionale sau generale absolute ale extracției dentare sunt:

- a) În primii doi ani după un infarct miocardic acut;
- b) Extracția în primele 3 luni și ultimele 2 luni de sarcină;
- c) Leucozele acute;
- d) +Dinți din zonele supuse recent radioterapiei;
- e) +Dinți din procese neoplazice maligne.

194. CM. Contraindicații loco-regionale relative (temporare) ale extracției dentare sunt:

- a) +Afecțiuni inflamatorii localizate sau difuze cu stare generală alterată;
- b) În primele zile de menstruație, existând un risc crescut de sângerare;
- c) +Afecțiuni acute ale mucoasei oro-faringiene;
- d) +Distruccii osoase care ar predispuce la fracturi în os patologic (chisturi, tumori benigne);
- e) Pacienți cu hepatite cronice virale.

195. CM. Aplicarea cleștelui și priza dintelui trebuie să respecte următoarele condiții:

- a) +Se face în prelungirea axului de implantare a dintelui;
- b) Se aplică întâi falca vestibulară, unde vizibilitatea este mai bună;
- c) Cleștele se aplică coronar la distanță de marginea alveolară, pentru a nu leza gingia;
- d) +Priza cât mai solidă, cu senzația de „corp comun” între clește și dintele pentru extracție;
- e) +Se urmărește adaptarea cât mai bună a cleștelui la coletul dintelui pentru extracție.

196. CM. Care din următoarele afirmații privind separarea rădăcinilor sunt corecte:

- a) +Pentru molarii superiori șanțul are formă de T;
- b) +Separarea rădăcinilor se efectuează cu ajutorul frezei sferice sau freza fisurală;
- c) Indicațiile extracției cu separarea rădăcinilor includ molarii cu rădăcini convergente când distanța între apexuri este mai mare decât deschiderea alveolei;
- d) +După efectuarea separației radiculare extracția se finalizează cu ajutorul cleștelui dentar pentru radacini;
- e) +Indicațiile extracției cu separarea rădăcinilor includ molarii cu rădăcini barate.

197. CM. Care sunt indicațiile extracției prin alveolotomie:

- a) +Divergența și recurbaria accentuată a rădăcinilor;
- b) Rădăcini cu mobilitate dento-alveolară;
- c) Rădăcini dentare fără hipercementoză;
- d) +Rădăcini rămase sub lucrări protetice conjuncte;



e) +Resturi radiculare restante după extracții vechi.

198. CM. Timpii tehnicii de extracție a restului radicular prin alveolotomie:

- a) +Incizii pentru crearea unui lambou de tip trapezoidal sau triunghiular;
- b) Decolarea inițială a gingivomucoasei și apoi a periostului;
- c) +Rezecția osoasă cu expunerea restului radicular;
- d) Secționarea progresivă, din aproape în aproape a restului radicular;
- e) +Reaplicarea și sutura lamboului.

199. CM. Complicațiile după odontectomia molarului de minte inferior:

- a) +Luxatia ATM;
- b) Comunicarea oro-sinusală;
- c) +Hemoragia postextractională dentară;
- d) +Lezarea pachetului vascular nervos alveolar inferior;
- e) +Luxația sau fractura molarului de 12 ani.

200. CM. Factori care ușurează odontectomia M3 inferior:

- a) +Pozitia mezio-angulară;
- b) Rădăcini lungi și subțiri;
- c) Lipsa dintelui vecin în arcada dentară;
- d) Spațiu parodontal îngust;
- e) +Rădăcini formate pe 1/3 sau 2/3.

201. CM. Densitatea crestei osoase în spațiul edentat are o influență directă asupra:

- A. Timpului regenerării
- B. +Abordului chirurgical
- C. +Design-ului implantului
- D. Numărului implantelor
- E. Toate enumerate

202. CM. Cerințele necesare pentru obținerea unei stabilități primare adecvate a implantului:

- A. +Lipsa mobilității la nivelul os-implant
- B. Suprapreparare
- C. +Contactul intim între suprafața osului și suprafața biocompatibilă a implantului
- D. +Adaptarea protocolului de forare în dependență de densitatea osoasă
- E. Diametrul implantului trebuie să corespundă grosimii osoase

203. CM. Care autori au enumerat 4 tipuri calitative osoase a maxilarului edentat?



- A. Branemark
- B. +Lekholm and Zarb
- C. Hounsfield
- D. +Misch
- E. Bucur

204. CS. Conform datelor lui Misch, osul tip D1 este întâlnit în următoarea regiune:

- A. De la canin la canin la maxilă
- B. Regiunea posterioară la maxilă
- C. Regiunea posterioară la mandibulă
- D. +Regiunea anterioară la mandibulă
- E. Regiunea anterioară a maxilei

205. CS. Lekholm și Zarb au descris calitatea țesutului osos a cărei regiuni?

- A. Regiunea anterioară și posterioară a maxilei și mandibulei
- B. +Regiunea anterioară a maxilei și mandibulei
- C. Regiunea posterioară a maxilei și mandibulei
- D. Regiunea anterioară a maxilei și posterioară a mandibulei
- E. De la canin la canin la maxilă

206. CS. Cea mai eficace metodă de determinare a densității osoase preoperator se face cu ajutorul _____

- A. Radiografiei retroalveolară
- B. Cefalometriei laterale
- C. +CBCT
- D. OPG
- E. Teleradiografie

207. CM. Ce poate fi determinat în timpul preparării neoalvelei pentru implant?

- A. +Densitatea țesutului osos
- B. +Volumul osos
- C. +Grosimea corticalei osoase
- D. Stabilitatea secundară
- E. Prezența sau absența unui proces inflamator cronic

208. CS. Conform Asociației Europene de osteointegrare, ce torque este optimal pentru inserție?

- A. De la 0 la 25 Ncm
- B. +De la 10 la 40 Ncm
- C. De la 40 la 90 Ncm
- D. Peste 90 Ncm
- E. Peste 120 Ncm



209. CS. Densitatea osoasă conform datelor lui Misch în descreștere:

- A. D2,D4,D1,D3
- B. +D1,D2,D3,D4
- C. D4,D3,D2,D1
- D. D3,D1,D4,D2
- E. D1,D2,D4,D3

210. CM. Caracteristicile osului tip D1 (Misch):

- A. +Os cortical dens
- B. Sistem pur haversian
- C. +Puternic mineralizat
- D. Puternic vascularizat
- E. Toate enumerate

211. CM. Alege metodele de prevenție a supraîncălzirii în timpul preparării lojei implantare:

- A. +Utilizarea soluției sterile saline 0.9%
- B. Soluție de glucoză cu administrare intravenoasă
- C. +Forare intermitentă
- D. Apă distilată
- E. Forare continuă

212. CM. Enumerați factorii ce cauzează supraîncălzirea în timpul preparării lojei implantare sunt:

- A. Design-ul implantului
- B. +Presiunea în timpul forării
- C. +Viteza de forare
- D. +Densitatea osoasă
- E. Forare intermitentă

213. CS. Dehiscenta mucozală este clasificată de H. Tal în:

- A. +4 clase
- B. 3 clase
- C. 5 clase
- D. 6 clase
- E. Nici una

214. CM. Ce acțiuni se întreprind în caz de apariție a dehiscentelor mucosale?

- A. Îndepărtarea implantului și plasarea altuia după vindecare
- B. Suturarea țesuturilor moi
- C. +Aplicarea capei de vindecare (conformatorului gingival)
- D. +Verificarea stabilității implantului
- E. Îndepărtarea implantului și plasarea altuia în alt spațiu



215. CS. Ce substanță este de preferință pentru irigare în timpul forării neo-alveolei?

- A. Soluție hipertonică
- B. +Soluție izotonică 0.9%
- C. Apă distilată
- D. Soluție de lugol 0,5%
- E. Lipsa irigației

216. CM. Care sunt consecințele posibile în caz de o irigare insuficientă în timpul preparării lojei implantare?

- A. +Supraîncălzire
- B. +Eșec precoce
- C. Sinuzită
- D. +Periimplantită
- E. Limfadenita

217. CM. Alege opțiunile utilizate pentru evitarea supraîncălzirii osoase în timpul preparării lojei implantare:

- A. +Forare intermitentă
- B. +Respectarea diametrelor frezelor treptat
- C. +Irigare în timpul preparării
- D. Forare continuă
- E. Lipsa irigației

218. CM. Suportul vascular în osul tip D1 este preponderent de la _____

- A. +Vase sanguine
- B. Măduvă osoasă
- C. +Periost
- D. Vase limfatice
- E. Piele

219. CM. Avantajele osului tip D2 (Misch) sunt:

- A. +Oferă contact optimal os-implant
- B. Nu necesită irigare
- C. +Calitate superioară față de os tip D1
- D. +Va oferi o stabilitate mai bună a implantului
- E. Perioada de integrare mai rapidă

220. CM. Care este considerat termenul optimal de regenerare osoasă în implantologia orală?

- A. +3 luni la mandibulă
- B. 3 luni la maxilă
- C. 6 luni la mandibulă
- D. +6 luni la maxilă
- E. 3 luni la maxilă și 6 luni la mandibulă



221. CS. Pentru ce tip de os (conform clasificării lui Misch) poate fi recomandată forarea subdimensionată?

- A. +D4
- B. D2
- C. D3
- D. D1
- E. Toate enumerate

222. CS. Alege ordinea, în descrescătoare, a riscului de supraîncălzire în timpul preparării lojei implantare după densitatea osoasă (Misch):

- A. D4,D3,D2,D1
- B. +D1,D2,D3,D4
- C. D2,D3,D4,D1
- D. D1,D4,D3,D2
- E. D3,D2,D1,D4

223. CS. Dezavantajele osului tip D3 (după Misch):

- A. Regiunea anterioară a maxilei adesea este îngustă
- B. Suprapreparare din greșeală
- C. Instalarea implantului într-un timp chirurgical
- D. +Uneori stabilitate primară scăzută
- E. Toate enumerate

224. CS. Alege distanța recomandată între implanturi:

- A. +2,5-3mm
- B. 1mm
- C. 5mm
- D. 2mm
- E. <1mm

225. CS. Alege raportul optimal coroană-corp implant:

- A. +Mai puțin de 1:1
- B. Mai mult de 1:1
- C. Mai mult de 2:1
- D. Mai puțin de 2:1
- E. Nu are nici o importanță

226. CM. Alege avantajele adiției osoase cu os autogen:

- A. +Osteoregenerare
- B. Substituție osoasă
- C. +Mai puține eșecuri ale integrării
- D. Necesitate de mai puține incizii
- E. Scurtarea timpului intervenției



227. CM. Alege dezavantajele plasării înclinate a implantelor (în aspect vestibulo-oral):

- A. Integrare slabă
- B. +Tratament protetic complicat
- C. +Distribuție neuniformă ale forțelor masticatorii
- D. Perimplantită
- E. Timp de vindecare prelungit

228. CM. Care este cauza timpului de regenerare prelungit în caz de os tip D4 (după Misch)?

- A. +Număr redus de osteoblaști
- B. +Permiterea remodelării osoase periimplantare
- C. +Pentru reducerea riscului de eșec în caz de stabilitate primară scăzută
- D. Pentru a permite osului să devină mai puternic
- E. Creșterea volumului osos

229. CM. Alege opțiunile în regiunea maxilară posterioară (creastă voluminoasă) în caz de os tip D4 (Misch) :

- A. +Diamterul mai mare al implantului
- B. Diametrul mai mic al implantului
- C. +Utilizarea protocolului de subpreparare
- D. +Condensare osoasă
- E. Nu este necesar de urmat vre-un protocol

230. CM. Alege elementele ce formează spațiul biologic periimplantar:

- A. Mucoasa orală
- B. +Epiteliul joncțional
- C. +Țesut conjunctiv subepitelial
- D. +Adâncimea șanțului gingival
- E. Rădăcinile dinților vecini

231. CM. Când începe formarea spațiului biologic periimplantar?

- A. După a doua etapă, la înserarea în doi timpi chirurgicali
- B. După inserția implantului într-o etapă chirurgicală
- C. După inserția implantului în două etape chirurgicale
- D. După etapa protetică
- E. După 1 an postimplantar

232. CS. Ce semnifică implantare precoce (tip 2)?

- A. Implantare după 7 zile postextractional
- B. Implantare după regenerarea osoasă
- C. +Implantare după regenerarea țesuturilor moi (4-8 săptămâni)
- D. Implantare după regenerare parțială osoasă (12-16 săptămâni)
- E. Implantare posextractională



233. CS. Ce semnifică implantare precoce (tip 3)?

- A. Implantare după 7 zile postextractional
- B. Implantare după regenerarea osoasă
- C. Implantare după regenerarea țesuturilor moi (4-8 săptămâni)
- D. +Implantare după regenerare parțială osoasă (12-16 săptămâni).
- E. Implantare posextracțională

234. CS. Conform clasificării alveolei (după Kan 2011), tipul 1 reprezintă:

- A. +O cantitate considerabilă de os prezent în aspect palatal al alveolei
- B. O cantitate considerabilă de os prezent în aspect vestibular al alveolei
- C. Amplasarea rădăcinii în mijlocul apofizei alveolare
- D. Nu este os în ambele aspecte (palatal și vestibular)
- E. O cantitate considerabilă de os prezent în aspect vertical

235. CM. Ce reprezintă sinus-lifting trans-crestal?

- A. +Elevarea planșeului sinusului prin loja implantară
- B. Elevarea planșeului sinusului printr-o fereastră separată
- C. +Cunoscut ca sinus-lifting închis
- D. Cunoscut ca sinus-lifting deschis
- E. Cunoscut ca sinus-lifting semideschis

236. CM. Ce reprezintă sinus-lifting lateral?

- A. Elevarea planșeului sinusului prin loja implantară
- B. Cunoscut ca sinus-lifting închis
- C. +Elevarea planșeului sinusului printr-o fereastră separată
- D. +Cunoscut ca sinus-lifting deschis
- E. Cunoscut ca sinus-lifting semideschis

237. CM. Clasificarea subantrală (după Misch) se referă la:

- A. +Divizarea înălțimii osului rezidual în 5 grupe
- B. Divizare înălțimii osului rezidual în 4 grupe
- C. Divizarea înălțimii osoase față de nervul alveolar inferior în 4 grupe
- D. +Cantitatea osoasă sub planșeul sinusului maxilar
- E. Divizare înălțimii osului rezidual în 3 grupe

238. CM. Ce reprezintă stabilitatea biologică?

- A. Stabilitatea primară a implantului
- B. +Stabilitatea secundară a implantului
- C. +Stabilitatea implantului după perioada de vindecare
- D. Stabilitatea implantului după inserție
- E. Stabilitatea implantului după 4 săptămâni



239. CS. Potrivit clasificării subantrale a lui Misch, SA-4 se referă la o înălțime de:

- A. Mai puțin de 4mm
- B. +Mai puțin de 5mm
- C. De la 5 la 10mm
- D. Mai mult de 10mm
- E. Mai puțin de 10mm

240. CS. Pentru verificarea prezenței sau absenței perforării membranei sinusale, se efectueaza proba:

- A. Vincent
- B. Percutorie
- C. +Valsalva
- D. Sondarea membranei Schneider
- E. Toate cele enumerate

241. CM. Ce parametri descriu stabilitatea primară a implantului?

- A. +Torque-ul de inserție
- B. +Valoarea periotestului
- C. +Valorile ISQ
- D. +Proba Branemark
- E. Radiografia

242. CM.: Ce accidente și complicații pot surveni în timpul procedurii de implantare la nivelul maxilei?

- A. +Perforarea osului vestibular
- B. Perforarea canalului mandibular
- C. +Perforarea planșeului sinusului maxilar
- D. +Perforarea planșeului nazal
- E. Fractura tip LeFort I

243. CM. Alege biomaterialele rezorbabile:

- A. Xenograft
- B. +Os autogen
- C. +Colagen și hydroxyapatită
- D. Aliaje din metal
- E. Toate cele enumerate

244. CM. Alege cauzele posibile de dehiscențe mucozale:

- A. +Scrurgeri microbiene din platforma implantului
- B. Stabilitate primară slabă
- C. +Traumă mecanică a țesuturilor moi ce acoperă implantul
- D. +Periimplantită
- E. Adâncirea implantului



245. CM. Ce criterii trebuie analizate pe CBCT înainte de sinus lifting?

- A. +Permeabilitatea sinusului maxilar
- B. +Prezența sau absența patologiilor sinusului maxilar
- C. Topografia nervului naso-palatin
- D. Topografia nervului alveolar inferior
- E. ATM

246. CM. Alege complicațiile relatate către implanturi și chirurgia implantară:

- A. +Complicații biologice
- B. Complicații fizice
- C. +Complicații mecanice
- D. Pierdere osoasă de 1,5mm timp de 1 an după încărcare
- E. Complicații chimice

247. CM. Alege contraindicațiile către implantare:

- A. +Utilizarea bifosfonaților
- B. Parestezia buzei inferioare
- C. Pacienți după vârsta de 65 ani
- D. +Diabet decompensat
- E. Diabet compensat

248. CS. Alege biomaterialele cu proprietăți osteinductive:

- A. Xenograft
- B. Allograft
- C. +Autograft
- D. Materiale sintetice
- E. Toate enumerate

249. CS. Alege afirmația corectă despre osteoconducție:

- A. Stimulează transformarea celulelor nediferențiate în celule osoase active
- B. Osteoblastele din materialul greșii ajută la procesul de regenerare osoasă
- C. +Ghidează creșterea osoasă a osului nativ, servind drept carcasă
- D. Stimulează direct diferențierea celulelor în celule osoase
- E. Toate enumerate

250. CM. Ce complicații intraoperatorii în timpul procedurii de sinus-lifting lateral pot apărea?

- A. Sinusită maxilară
- B. +Pătrunderea implantului în sinus
- C. +Perforarea membranei sinusale
- D. +Propulsia materialului de greșare în sinus
- E. Lezarea nervului alveolar inferior