**UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ŞI FARMACIE**

**„NICOLAE TESTEMIŢANU”**

**FACULTATEA DE STOMATOLOGIE**

**CATEDRA DE CHIRURGIE ORO-MAXILO-FACIALĂ ŞI IMPLANTOLOGIE**

**ORALĂ „ARSENIE GUȚAN”**

**TESTE**

**Pentru examenul de promovare**

**Anul III,**

**Odontectomia și Infecțiile în regiunea OMF**

1. **CS. Pentru extracţia primului molar superior, la început, pentru luxaţia dintelui, se fac mişcări de basculare în sens:**a) Palato-vestibular;b) Vestibulo-oral;c) Numai vestibular;d) Vertical (tracţie în ax);e) Numai palatinal.
2. **CS. Pentru extracţia incisivilor şi caninilor de pe arcada superioară se folosesc cleştii:**a) În baionată;b) În cioc;c) Drepţi;d) S - fără pinteni;e) S - cu pinteni.
3. **CS. Pentru extracţia primilor doi molari de pe arcada superioară se folosesc cleştii:**a) În cioc;b) Drepţi;c) În baionetă;d) S - cu pinteni pe falca vestibulară;e) În cioc cu pinteni pe ambele fălci.
4. **CS. Pentru extracția molarului trei de pe arcada superioară se folosesc cleştii:**a) Cioc îndoiţi pe lat;b) Drepţi;c) S - fără pinteni;d) Cleşti pentru extracţia molarilor de minte superiori;e) S - cu pinteni.
5. **CS. Primul molar de pe arcada inferioară se extrage cu:**a) Cleşte drept;b) Cleşte în cioc;c) Cleşte în cioc cu doi pinteni pe ambele fălci;d) Cleşte în baionetă;e) Elevatorul Lecluse.
6. **CS. Premolarii de pe arcada inferioară se extrag cu:**a) Clește drept;b) Cleşte în cioc cu fălci late;c) Elevatorul Lecluse;d) Cleşte în baionetă;e) Cleşte în formă de S.
7. **CS. Elevatorul Lecluse se poate folosi pentru extracţia:**a) Dinţilor maxilari;b) Dinţilor mandibulari;c) Incisivilor şi caninilor;d) Molarului de minte inferior;e) Molarului de minte superior.
8. **CS. Cleştii în cioc încovoiaţi pe lat se folosesc pentru extracţia:**a) Incisivilor;b) Caninilor şi premolarilor;c) Primilor doi molari;d) Dinţii de minte inferiori;e) Toţi dinţii.
9. **CS. Pentru extracţia unor dinţi avem cleşti speciali:**a) Incisivi;b) Canini;c) Premolari;d) Primii doi molari;e) Molarii de minte.
10. **CS. În timpul extracţiei dentare, mişcările de rotaţie sunt permise la:**a) Molarii de minte;b) Molari în general;c) Molari si premolari;d) Monoradiculari cu rădăcini drepte;e) Numai la dinţii maxilari.
11. **CS. Extracţia dentară cu separarea rădăcinilor este indicată într-una din următoarele situaţii:**a) Molarii care reprezintă stâlpi de punte;b) Molarii cu rădăcini divergente;c) Molari cu fracturi radiculare longitudinale;d) Molarii cu carii proximale;e) Molarii incluşi.
12. **CS. În timpul extracţiei se produce fractura 1/3 apicale a rădăcinii. În această situaţie, cea mai bună atitudine este:**a) Continuarea extracţiei după separarea rădăcinilor;b) Finalizarea extracţiei prin alveolotomie;c) Extirparea 1/3 apicale a rădăcinii prin rezecţie apicală;d) Restul radicular fiind foarte mic poate fi lăsat pe loc, dar cu avertizarea pacientului;e) Utilizarea unui H-file.
13. **CS. După trei zile de la extracţie pacientul prezintă dureri vii iradiante spre ureche, hipersalivaţie, congestia mucoasei din jurul alveolei, alveola prezintă un cheag murdar, muguri cărnoşi care sîngerează la atingere, secreţii purulente din alveolă. Diagnosticul cel mai probabil în această situaţie este:**a) Alveolită uscată;b) Nevrită postanestezică;c) Alveolită umedă;d) Pericoronarită congestivă;e) Pericoronarită supurată.
14. **CS. Elementul primar prin care începe procesul de vindecare a unei plăgi postextracţionale este:**a) Chiuretajul minuţios al fundului alveolar;b) Apropierea marginilor gingiei;c) Formarea cheagului endoalveolar;d) Hemoragia pereţilor alveolei;e) Aplicarea suturilor.
15. **CS. Cea mai potrivită atitudine faţă de o plagă postextracţională este următoarea:**a) Spălătura locală cu apă oxigenată şi protejarea plăgii cu o compresă sterilă întrodusă intraalveolar;b) Spălătura intraalveolară cu o substanţă antiseptică şi aplicarea unui pansament cu Gelaspon şi Trombină pentru accelerarea hemostazei;c) Controlul plăgii alveolare, regularizarea ciocurilor osoase, strîngerea marginilor alveolei şi protejarea ei cu comprese sterile aplicate supraalveolar;d) După o extracţie normală nu este necesar nici un tratament;e) În plaga postextracţională se întroduce pulbere de sulfamidă şi se începe imediat antibioterapia pentru prevenirea complicaţiilor sertice.
16. **CS. După extracţia unui dinte cu parodontită apicală se recomandă:**a) Întroducerea unei meşe în alveolă;b) Sutura plăgii alveolare;c) Aplicarea unui pansament cu Gelaspon şi Trombină menţinut cu gutieră sau proteză;d) Spălătură antiseptică a alveolei;e) În astfel de cazuri nu se recomandă nici un tratament.
17. **CS. Fractura tuberozităţii maxilei are loc:**a) În timpul luxaţiei cu elevatorul a molarului de minte superior;b) În timpul extracţiei molarului doi;c) În timpul extracţiei molarului de 6 ani;d) În timpul extracţiei premolarilor;e) În timpul extracţiei molarului de minte inferior.
18. **CS. Accidentele sinusale ale extracţiei dentare se pot produce la:**a) Toţi dinţii arcadei superioare;b) Incisivii şi caninii superiori;c) Premolarii şi molarii superiori;d) Premolarii şi molarii inferiori;e) Nu contează localizarea dintelui extras.
19. **CS. În cazul unei fracturi de perete alveolar, când fragmentul osos rămâne ataşat de periost, se va face:**a) Deperiostarea şi desprinderea fragmentului osos, apoi regularizarea marginilor osoase şi sutura;b) Repunerea fragmentului detaşat la loc şi sutura gingivomucoasei;c) Sutura fragmentului la periostul existent şi pansament supraalveolar compresiv;d) Îndepărtarea fragmentului numai cu electrocauterul;e) Deperiostarea fragmentului şi electrocauterizarea periostului.
20. **CS. Fractura mandibulei se poate produce:**a) În timpul extracţiei molarului de 6 ani cu rădăcini recurbate distal;b) În timpul extracţiei molarului de minte inferior, cînd acesta are rădăcini drepte şi se foloseşte elevatorul Lecluse;c) În timpul extracţiei molarului de minte, cînd acesta are rădăcini recurbate distal şi se foloseşte elevatorul Lecluse;d) Cînd există chisturi foliculare, tumori, osteomielită, sau dinţi incluşi la nivelul mandibulei;e) Cînd se folosesc elevatoare curbe pentru extracţia dinţilor laterali cu rădăcini recurbate distal.
21. **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 cleştilor de rădăcini;e) Numai cu elevatoarele cu cioc lateral.
22. **CS. Nervul alveolar inferior adesea este lezat în timpul extracţiei dintelui:**a) Primului premolar;b) Molarului de 6 ani;c) Al doilea molar;d) Molarului de minte;e) Al doilea premolar.
23. **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.
24. **CS. Simptomul dominant în alveolita postextracţională este:**a) Fetiditatea bucală;b) Durerea;c) Adenopatia loco-regională;d) Febra;e) Prurit.
25. **CS. Alveolita postextracţională este:**a) O complicaţie septică a plăgii alveolare ce cointeresează pereţii alveolei;b) O osteită localizată, în care fenomenul inflamator se asociază cu necroza superficială a pereţilor osoşi;c) O necroză a cheagului de sânge;d) O necroza a unui perete alveolar;e) O complicaţie ce implică alveola, osul, gingivomucoasa.
26. **CS. Complicaţiile 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.
27. **CS. Cea mai des întâlnită cauză a perforării fundului sinusului este:**a) Rezecţia de os la înlăturarea tumorilor;b) Extracţia molarilor superiori;c) Coma sifilitică;d) Osteoradionecroză;e) Trauma osului maxilar.
28. CS. Accidentele sinuzale ale extracţiei dentare se pot produce la:a) Toţi dinţii arcadei superioare;b) Incisivii şi caninii superiori;c) Premolarii şi molarii superiori;d) Premolarii şi molarii inferiori;e) Nu contează localizarea dintelui extras.
29. **CS. Accidentele extracţiei dentare cuprind:**
    1. Înghiţirea sau aspirarea unor fragmente dentare;
    2. Lezarea nervului facial;
    3. Hemoragie imediată prelungită;
    4. Alveolită umedă;
    5. Trismus antalgic.

1. **CS. Extracţia pe cale alveolară înaltă (tehnica Wassmundt):**
2. Este indicată pentru resturile radiculare împinse sub mucoasa sinusală;
3. Se realizează un lambou plic;
4. Se rezecă tabla osoasă palatină cu pensa ciupitoare de os sau instrumentarul rotativ;
5. Se îndepărtează cu cleştele restul radicular restant;
6. Nu necesită sutură.
7. **CS. Alveolita postextracțională se manifestă la:**
8. 30 zile postoperator;
9. 21 zile postoperator;
10. 14 zile postoperator;
11. 3-4 zile postoperator;
12. 24 ore.
13. **CS. În ce termen alveola postextracțională nu diferă radiologic de osul înconjurator?**
14. La finalul primei luni;
15. La 2-4 luni;
16. La 4-6 luni;
17. La 7-8 luni;
18. La 8-9 luni.
19. **CS. În cazul comunicării oro-sinusale, când se permite tamponarea alveolei postextracționale cu meșe iodoformate?**
20. Nu se permite;
21. În cazul hemoragiilor postextractionale;
22. În cazul sinusitei purulente;
23. În cazul propulsării radacinei sub mucoasa sinusului fără a o perfora;
24. Se permite in toate cazurile.
25. **CS. Prin ce metodă se îndepărtează rădăcinile propulsate în sinusul maxilar?**
26. Prin alveola postextracțională;
27. Sinusotomie cu plastia comunicării oro-sinusale;
28. Sinusotomie fără plastia comunicării oro-sinusale;
29. Plastia comunicării oro-sinusale fără sinusotomie;
30. Suturarea alveolei postextractionale fără înlăturarea rădăcinei.
31. **CS. Cum se numește hemoragia ce apare în urma intervenției chirurgicale?**
32. Idiopatică;
33. Iatrogenă;
34. Simptomatică;
35. Rinogenă;
36. Nespecifică.
37. **CS. Postextracțional se indică:**
38. Băi bucale intense cu soluții antiseptice în primele 2 ore postextracațional;
39. Ingerarea alimentelor fierbinți în primele 2 ore postextracțional;
40. Se exclud băi bucale cu antiseptic în primele 2 ore și pe parcursul zilei în care s-a efectuat extracția;
41. Efort fizic în ziua intervenției;
42. Fizioterapie în ziua intervenției.
43. **CS. Contraindicații relative ale extracției dentare sunt următoarele cu excepția:**
44. Corticoterapia prelungită;
45. Leucemia cronică în faza compensată;
46. Leucemia acută;
47. Diabet zaharat;
48. În primele 6 luni de la producerea unui infarct miocardic.
49. **CS. Care afirmație este falsă cu privire la extracția propriu-zisă a dintelui:**
50. Se verifică dacă nu există gingie aderentă care se va rupe la îndepărtarea dintelui din alveolă;
51. Se evită izbirea arcadei antagoniste în momentul în care dintele „scapă” din alveolă;
52. Gingia decolată în urma extracției dentare trebuie îndepărtată;
53. Marginile strivite, necrotice ale gingiei se îndepărtează;
54. Dintele extras se examinează dacă este întreg sau lipsesc fragmente din vârful rădăcinii.
55. **CS. Care din următoarele afirmații este falsă:**
56. Cleştele pentru incisivi şi canini superiori este drept;
57. La cleştele pentru premolarii superiori, falca vestibulară prezintă un pinten pentru a se insera între cele două rădăcini vestibulare;
58. La cleştele pentru premolarii superiori, nu este prezent pintenele;
59. Pentru extracția caninului inferior se foloseşte cleştele de premolar, deorece are rădăcina lungă şi puternică;
60. Cleştii pentru molarii inferiori au doi pinteni.
61. **CS. Cleştele în formă de S prevăzut cu un pinten:**
62. Este utilizat în zona frontală maxilară;
63. Este utilizat pentru extracția molarilor inferiori;
64. Este utilizat pentru extracția molarului de minte superior;
65. Pintenul este poziționat pe falca vestibulară;
66. Poziția pintenului diferențiază cei doi cleşti pentru cadranul 3 şi 4.
67. **CS. Accidentele extracției dentare sunt următoarele, cu excepția:**
68. Înghițirea dinților sau a resturilor radiculare;
69. Dislocarea dintelui în spațiile extraalveolare;
70. Hemoragia postextracțională;
71. Leziuni ale ramurilor nervoase;
72. Fractura mandibulei sau a tuberozității maxilare.
73. **CS. Factorii ce nu ușurează odontectomia M3 inferior:**
74. Raportul direct cu canalul mandibular;
75. Spațiul fată de molarul doi;
76. Poziție mezio-angulară;
77. Rădăcini conice sau fuzionate;
78. Spațiu parodontal larg.
79. **CM. Instrumentariul principal necesar într-un cabinet de chirurgie orală:**a) Cleşti pentru extracţii, elevatoare, dăltiţe, ciocănaşe, sindesmotoame;b) Bisturie, foarfece, portace, ace, pense hemostatice;c) Deschizător de gură, fixator de limbă, depărtător;d) Chiurete, excavatoare, raşpă, sonde, oglinzi;e)Tăviţe, pense, mînere de oglinzi, instrumentar de detartaj.
80. **CM. Extracţia dentară este:**a) O intervenţie chirurgicală de necesitate, care urmăreşte îndepărtarea unui dinte care nu mai poate fi recuperat, prin tratament conservativ;b) O intervenţie ce implică principii chirurgicale îmbinate cu o serie de principii adaptate din fizică şi mecanică, ce au drept scop îndepărtarea unui dinte din alveola sa;c) Este cea mai frecventă intervenţie chirurgicală, care se practică în stomatologie;d) O intervenţie mutilantă de lichidare a unui dinte cu proces patologic local, însă numai după ce s-au epuizat toate metodele conservatorii;e) Operaţia de rutină a fiecărui medic stomatolog, care o poate îndeplini în orice condiţii şi la orice dinte.
81. **CM. Indicaţiile majore ale extracţiei dentare sunt date de:**a) Complicaţiile cariilor şi parodontopatiilor marginale;b) Dinţii ce provoacă complicaţii locale, loco-regionale sau la distanţă;c) Afecţiuni dentoalveolare prin traumatisme;d) Stări de necesitate;e) Dinţi ce împedică redresările ortodontice.
82. **CM. Temporizarea extracţiei dentare pînă la remiterea fenomenelor inflamatorii se impune în:**a) Sinuzită acută de cauză dentară;b) Supuraţii perimaxilare odontogene;c) Dinţi inplantaţi în procese tumorale;d) Sinuzită acută rinogenă;e) Stomatite.
83. **CM. Se recomandă extracţia cu elevatoarele în următoarele situaţii:**a) Anchiloze dentoalveolare;b) Rădăcini situate sub marginea alveolei;c) Dinţi cu coroane conice ce nu permit adaptarea cleştelui;d) Dinţi cu distrucţii coronare întinse;e) Rădăcini cu anomalii de formă, orientare sau număr.
84. **CM. Dinţii permanenţi se extrag dacă:**a) Nu au erupt pe arcadă;b) Împiedică reducerea corectă în cazul fracturilor;c) Sunt implantaţi pe sechestru osteomielitic;d) Produc leziuni ale mucoasei jugale;e)Prezintă gangrenă pulpară.
85. **CM. În care din următoarele situaţii clinice, extracţia dinţilor temporari se impune:**a) Dinţi temporari persistenţi pe arcadă, însoţiţi de agenezia dintelui permanent;b) Dinţi temporari persistenţi pe arcadă, ce împiedică erupţia dintelui permanent aflat în inocluzie;c) Dinţi temporari persistenţi pe arcadă, ce dirijează erupţia dintelui permanent în malpoziţie;d) Dinţi cu leziuni traumatice;e) Dinţi care întreţin supuraţii cronice.
86. **CM. Principalele instrumente pentru extracţia dentară sunt:**a) Cleştii;b) Elevatoarele;c) Ciocanele;d) Dăltiţele;e) Bormaşina.
87. **CM. Cleştii pentru extracţia dentară au următoarele elemente constructive:**a) Fălcile;b) Mînerele;c) Lacătul;d) Tija;e) Pintenii.
88. **CM. Clasificarea cleştilor de extras dinţii se face în raport de:**a) Arcada dentară la care se folosesc (superioară, inferioară);b) Raportul fălcilor faţă de mâner (drepte, paralele, în unghi);c) Latura (dreaptă, stângă);d) Pentru dinţi cu coroana integră şi rădăcini;e) După lăţimea fălcilor.
89. **CM. Elevatoarele pentru extracţia rădăcinilor au următoarea construcţie:**a) Partea activă (plată în jgheab);b) Tija cilindrică;c) Mînerul gros rotungit;d) Fălcile;e) Lacătul.
90. **CM. Elevatoarele sunt mai des folosite pentru:**a) Extracţia resturilor radiculare;b) Luxaţia dinţilor de minte inferior;c) Extracţia tuturor dinţilor de pe arcada superioară;d) Extracţia tuturor dinţilor de pe arcada inferioară;e) Extracţia tuturor dinţilor.
91. **CM. Pentru extracţia dinţilor de pe arcada superioară se folosesc cleştii:**a) Drepţi;b) S - fără pinteni;c) Baionetele;d) S - cu un pinten la falca vestibulară;e) În cioc.
92. **CM. Pentru extracţia dinţilor de pe arcada inferioară se folosesc cleştii:**a) În baionetă;b) În cioc cu fălcile înguste;c) În cioc cu pinteni pe ambele fălci;d) Îndoite pe lat (cioc);e)S - cu un pinten pe falca vestibulară.
93. **CM. Extracţia dentară cu cleştele se efectuiază în mai multe etape care urmează una după alta:**a) Aplicare;b) Insinuarea;c) Fixarea;d) Luxaţia;e) Extracţia propriu-zisă.
94. **CM. Etapele secundare în extracţia dentară sunt:**a) Luxaţia;b) Sindesmotomia;c) Anestezia;d) Chiuretajul;e) Aplicarea suturilor.
95. **CM. Mişcările de luxaţie sunt:**a) De rotaţie;b) Basculante (vestibulo-orale);c) Verticale (în sus, în jos);d) De tracţie;e) Oblice.
96. **CM. În timpul extracţiei dinţilor temporari este contraindicată:**a) Sindesmotomia;b) Explorarea alveolei cu pensa sau chiureta;c) Prinderea gingivomucoasei cu cleştele;d) Înfundarea subgingivală pronunţată a fălcilor cleştelui;e) Imobilizarea copilului.
97. **CM. În tehnica extracţiei dentare cu cleştele, luxaţia este manopera:**a) Prin care se realizează o lărgire progresivă a alveolei;b) Prin care se realizează secţionarea ligamentului circular al dintelui;c) Prin care se realizează ruperea fibrelor ligamentare dentoalveolare;d) Prin care se mobilizează dintele în alveola sa;e) Manopera de tracţionare a dintelui în ax şi extracţia acestuia.
98. **CM. Avantajele suturii postextracţionale sunt:**a) Diminuarea sângerării;b) Scăderea durerii;c) Cicatrizarea mai rapidă;d) Protejarea plăgii de mediul septic bucal;e) În cazul proceselor inflamatorii acute sutura favorizează o regenerare osoasă rapidă.
99. **CM. Extracţia cu separarea rădăcinilor este recomandată la molarii cu:**a) Rădăcini în limbă de clopot;b) Rădăcini barate;c) Anchiloze dentoalveolare;d) Rădăcini divergente;e) Rădăcini cu carii profunde.
100. **CM. Extracţia rădăcinilor intraalveolare este obligatorie pentru:**a) Prevenirea unor procese septice;b) Conformarea unui câmp protetic corespunzător;c) Prevenirea unor procese iritative;d) Prevenirea unor procese tumorale;e) Prevenirea unor procese inflamatorii sau proliferative gingivo-parodontale.
101. **CM. Rădăcinile dinţilor de pe arcada superioară pot fi înlăturate cu:**a) Elevatoarele în unghi;b) Elevatoarele drepte;c) Cleşti în baionetă;d) Cleşti în cioc;e) Dalta şi ciocanul.
102. **CM. Dinţii de pe arcada superioară au una, două, trei şi mai multe rădăcini:**a) O radăcină au dinţii 1, 2, 3, 4, 5, 8;b) O radăcină au dinţii 1, 2, 3, 5;c) Două rădăcini are dintele 4;d) Trei rădăcini au dinţii 6, 7, 8;e) Trei rădăcini au dinţii 4, 5, 6, 7.
103. **CM. Molarul de minte superior (M3) se extrage după următoarele cerinţe:**a) Se folosesc cleştii pentru molarii de minte superiori;b) Vascularea vestibulo-palatinală se va practica prin mişcări de amplitudine redusă;c) Extracţia se face cu elevatorul Lecluse;d) Primele mişcări sunt rotative;e) Se foloseşte cleştele în cioc.
104. **CM. Pentru extracţia dinţilor de pe arcada inferioară se folosesc următoarele instrumente:**a) Cleşti în cioc pentru incisivi (înguşti), canini şi premolari (fălcile late);b) Cleşti în cioc cu doi pinteni pe ambele fălci pentru primul şi al doilea molar;c) Cleşti pentru dintele de minte îndoit pe lat;d) Elevator în unghi (stînga, dreapta);e) Elevator Lecluse.
105. **CM. Elevatorul Lecluse poate fi folosit pentru extracţia molarului de minte inferior numai în unele dintre următoarele situaţii:**a) Molarii 1 şi 2 prezenţi pe arcadă;b) Molarul de minte inferior cu rădăcini drepte;c) Molarul de minte inferior inclus;d) Molarul de minte inferior cu coroană integră;e) Molarul de minte inferior care prezintă pericoronarită supurată.
106. **CM. Extracţia prin alveolotomie se recomandă în unele din următoarele situaţii:**a) Dinţii extruzaţi:b) Resturi radiculare profunde intraosoase;c) Rădăcini cu procese de hipercimentoză;d) Anchiloze dento-alveolare;e) Rădăcini foarte recurbate care riscă să se fractureze în cursul tentativei de extracţie.
107. **CM. Pentru extracţii atipice ale molarului de minte inferior se folosesc:**a) Bormaşina (unitul), freze;b) Dăltiţă, ciocan;c) Elevator în unghi (ascuţit);d) Elevator drept (ascuţit);e) Elevator Lecluse.
108. **CM. Morfologia rădăcinii influenţează dificultatea extracţiei molarului de minte inferior prin:**a) Lungimea rădăcinilor;b) Curbura rădăcinilor;c) Direcţia curburii rădăcinilor;d) Dimensiunea meziodistală a rădăcinilor;e) Spaţiul periodontal.
109. **CM. La examenul postextracţional al unei rădăcini se urmăresc:**a) Procese de rizaliză;b) Integritatea rădăcinilor;c) Căi false;d) Procese de hipercimentoză;e) Resturi de ţesut de granulaţie.
110. **CM. Pentru extracţia molarului de minte inferior, cleştele este indicat dacă:**a) Rădăcinile dintelui sunt recurbate distal;b) Rădăcinile dintelui sunt drepte;c) Coroana dentară este rezistentă;d) Nu există antagonişti;e) Arcadele dentare sunt integre.
111. **CM. Instrumentul pentru extracţia dentară se alege în funcţie de:**a) Arcada dentară;b) Grupul de dinţi;c) Forma coroanei şi rădăcinilor;d) Distrucţia coroanei dentare;e) Vârsta pacientului.
112. **CM. Scopul chiuretajului după extracţia dentară este:**a) Înlăturarea cheagului de sânge;b) Înlăturarea ţesutului patologic (granulaţii);c) Înlăturarea corpilor străini (tartru, rămăşiţi de rădăcini, fragmente de coroană etc);d) Umplerea alveolei cu sânge;e) Stoparea hemoragiei.
113. **CM. Extracţia cu cleştele de rădăcini este indicată în cazurile în care:**a) Există sau se pot crea condiţii de aplicare şi priză a rădăcinii;b) Rădăcina dentară prezintă o porţiune extraalveolară suficient de proeminentă pentru a fixa fălcile cleştelui;c) Rădăcina dentară se găseşte la limita peretelui alveolar şi osul permite crearea unui şanţ periradicular ca să insinuăm şi să fixăm cleştele;d) Rădăcina dentară se găseşte sub nivelul osului;e) Rădăcina dentară se găseşte la fundul alveolei.
114. **CM. Extracţia rădăcinilor dentare cu elevatorul este indicată în cazurile în care:**a) Rădăcinile dentare prezintă o distrucţie întinsă şi nu e posibilă folosirea cleştelui;b) Rădăcinile sunt vizibile în alveolă;c) Este posibil de a insinua elevatorul între pereţii alveolei şi rădăcinii;d) Rădăcina se găseşte adînc în alveolă;e) La orice rădăcină dentară.
115. **CM. Se pot extrage prin alveolotomie:**a) Rădăcini sudate la peretele alveolar;b) Rădăcini convergente;c) Rădăcini cu hipercementoză;d) Rădăcini situate sub punţi dentare;e) Rădăcini foarte recurbate.
116. **CM. În cazul extracţiei cu separarea rădăcinilor se recomandă:**a) Să nu se pătrundă cu freza prea profund;b) Să nu se secţioneze cu discuri carborundum;c) Să nu se rezece septul interradicular;d) Să nu se rezece peretele alveolar;e) Să nu se separe cu dalta şi ciocanul de la început.
117. **CM. Alveolotomia este indicată în cazul:**a) Rădăcinilor aflate sub punţi dentare;b) Anchilozelor dentoalveolare;c) Resturilor radiculare profunde intraosoase, rămase după extracţii vechi;d) Odontoamelor satelite radiculare;e) Rădăcinilor deformate prin procese de hipercimentoză.
118. **CM. Extracţia alveoplastică este indicată la:**a) Extracţii singulare la dinţi extruzaţi;b) Extracţii multiple la dinţi cariaţi;c) Extracţii singulare la dinţi neextruzaţi;d) Extracţii multiple în parodontopatii marginale;e) Extracţii laborioase la resturi radiculare.
119. **CM. Pensa ciupitoare de os, în situaţia unei extracţii prin alveolotomie, poate fi folosită la:**a) Regularizarea rădăcinilor deformate;b) Rezecţia septului interradicular;c) Regularizarea osului în vederea suturii;d) Rezecţia peretelui alveolar în cursul trepanării;e) Extracție.
120. **CM. Separaţia rădăcinilor este indicată când:**a) Acestea sunt unite prin podeaua camerei pulpare şi 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.
121. **CM. În separaţia rădăcinilor, este contraindicată folosirea:**a) Discurilor de carborundum;b) Dălţilor;c) Discurilor Horico;d) Frezelor sferice;e) Frezelor cilindrice diamantate.
122. **CM. Procesul de vindecare a plăgii postextracţionale este condiţionat de:**a) Factori locali;b) Factori generali (terenul pacientului);c) De calitatea intervenţiei;d) Atitudinea pacientului şi îngrijirea plăgii;e) Anotimp.
123. **CM. Factorii locali ce acţionează asupra vindecării plăgii postextracţionale sunt:**a) Prezenţa focarelor septice cronice sau acute;b) Prezenţa agresiunii microbiene;c) Enzimele salivei;d) Extracţii laborioase;e) Calitatea cheagului intraalveolar.
124. **CM. Vindecarea plăgii postextracţionale poate fi întârziată de:**a) Plăgi alveolare delabrante;b) Rezecţia pereţilor alveolari;c) Persistenţa septului interradicular;d) Hipovitaminoza C şi D;e) Corticoterapia.
125. **CM. Într-o plagă alveolară normală, dacă sângerarea persistă peste 30 de minute, se efectuează:**a) Tamponament cu meşe iodoformate cu scop hemostatic;b) Rezecţia marginilor osoase;c) Sutura plăgii gingivomucoase;d) Tamponament compresiv pe alveolă;e) Chiuretaj alveolar.
126. **CM. Atitudinea faţă de plaga postextraţională normală este caracterizată de următoarele gesturi:**a) Evacuarea secreţiilor;b) Netezirea marginilor osoase proeminente;c) Chiuretajul minuţios;d) Strângerea marginilor alveolei;e) Tamponament supraalveolar cu iodoform.
127. **CM. Atitudinea faţă de plăgi alveolare infectate presupune:**a) Prevenirea complicaţiilor secundare;b) Evacuarea completă a elementelor patologice;c) Sutura alveolei;d) Hemostaza minuţioasă;e) Limitarea extensiei procesului septic.
128. **CM. După o parodontită cronică supurată, chiuretajul alveolar poate înlătura:**a) Cheaguri de sânge;b) Fragmente de ţesut de granulaţie;c) Eschile osoase;d) Membrane chistice;e) Pereţi osoşi ramoliți.
129. **CM. Accidentele şi complicaţiile extracţiilor dentare se divizează în:**a) Incidente intraoperatorii;b) Complicaţii postoperatorii;c) Accidente locale;d) Accidente generale;e) Accidente uşoare, medii şi grave.
130. **CM. Accidentele intraoperatorii în funcţie de ţesuturile implicate se împart în:**a) Leziuni ale părţilor moi perimaxilare;b) Leziuni osoase;c) Leziuni dentare;d) Leziuni nervoase;e) Leziuni vasculare.
131. **CM. Prevenirea accidentelor şi complicaţiilor în extracţia dentară este bazată pe:**a) Examinarea corectă şi deplină preoperatorie;b) Respectarea principiilor chirurgicale de bază;c) Excluderea factorilor favorizanţi ai antecedentelor personale;d) Anestezia corectă;e) Poziţia operatorului şi a pacientului.
132. **CM. Accidentele generale în timpul extracţiei dentare sunt:**a) Lipotimia;b) Sincopa albastră (respiratorie);c) Sincopa albă (cardiacă);d) Convulsiile;e) Şocul traumatic.
133. **CM. Leziunile părţilor moi în timpul extracţiei dentare sunt rezultatul:**a) Folosirii unor forţe excesive, necontrolate;b) Alunecării cleştilor la insinuare;c) Derapării elevatoarelor ascuţite;d) Aplicării incorecte a cleştilor;e) Sindesmotomiei incomplete.
134. **CM. Leziunile parţilor moi perimaxilare pot fi:**a) Plăgi gingivale liniare;b) Plăgi întinse cu decolări osoase importante;c) Plăgi ale mucoasei palatine;d) Plăgi ale limbii;e) Plăgi ale planşeului bucal.
135. **CM. Plăgile gingivale liniare sunt produse de:**a) Deraparea elevatorului drept;b) Aplicarea incorectă a cleştelui peste mucoasă;c) Sindesmotomia incompletă;d) Alegerea incorectă a instrumentelor;e) Folosirea anesteziilor cu vasoconstrictoare.
136. **CM. Leziunile osoase în timpul extracţiei dentare pot fi:**a) Fractura procesului alveolar;b) Fractura tuberozităţii maxilarului superior;c) Fractura mandibulei;d) Fractura maxilei;e) Fractura osului malar.
137. **CM. Fractura procesului alveolar are loc cel mai frecvent la extracţia:**a) Caninilor superiori;b) Molarului de minte superior (M3);c) Incisivilor de pe arcada inferioară;d) Molarilor inferiori;e) Premolarilor superiori.
138. **CM. Accidentele ce pot apărea în timpul manevrelor efectuate cu elevatorul sunt:**a) Fractura mandibulei;b) Plăgi ale limbii;c) Luxaţia dinţilor vecini;d) Plăgi gingivo-alveolare întinse;e) Fractura dinţilor vecini.
139. **CM. Luxaţia mandibulei apare de obicei în extracţia dinţilor inferiori şi este cauzată de:**a) Laxitatea ligamentară sau capsulară;b) Utilizarea unor presiuni excesive pe mandibulă;c) Deschiderea largă şi forţată a gurii;d) Folosirea unor instrumente neadecvate;e) Utilizarea unor substanţe vosoconstrictoare.
140. **CM. În cazul luxaţiei mandibulare se procedează astfel:**a) Reducerea luxaţiei după Hipocrate;b) Imobilizarea cu o frontă mentonieră sau bandaj mento-cefalic;c) Se indică tratament fizioterapeutic;d) Se indică tratament medicamentos;e) Se spitalizează.
141. **CM. Accidentele sinusale apar cel mai frecvent în extracţiile:**a) Molarului de minte superior;b) Primului molar superior;c) Al doilea molar superior;d) Al doilea premolar;e) Caninul superior.
142. **CM. Accidentele sinusale în timpul extracţiei dentare sunt:**a) Deschiderea sinusului maxilar;b) Împingerea rădăcinilor în cavitatea sinuzală;c) Fracturarea tuberozităţii maxilei cu perforarea sinusului;d) Perforarea peretelui anterior;e) Fractura osului palatin cu perforarea sinusului.
143. **CM. Accidentele sinusale sunt favorizate de:**a) Condiţii anatomice, raportul intim a rădăcinilor cu fundul sinusului;b) Procese resorbtive (chisturi, granuloame, osteomielită etc);c) Folosirea instrumentarului neadecvat;d) Utilizarea unor presiuni mari în timpul extracţiei;e) Prezenţa osteoporozei accentuate.
144. **CM. Diagnosticul de comunicare buco-sinusală se poate stabili prin:**a) Examinarea dintelui extras cu prezenţa unui fragment osos ataşat la apex;b) Prezența sângelui cu bule de aer;c) Proba Valsalva pozitivă;d) Explorarea alveolei cu un stilet butonat determină o senzaţie de cădere în gol;e) Radiografia.
145. **CM. Luxaţia dinţilor vecini în extracţia dentară este cauzată de:**a) Înghesuiri dentare;b) Folosirea incorectă a instrumentului de extracţie;c) Utilizarea incorectă a elevatorului;d) Examinarea incompletă a pacientului;e) Manevre brutale în timpul intervenției.
146. **CM. Complicaţiile extracţiei dentare sunt:**a) Hemoragia postextracţională;b) Vindecarea întârziată a plăgii postextracţionale;c) Alveolite;d) Abcese, flagmoane;e) Periostite, osteomielite.
147. **CM. Complicaţiile postextracţionale pot fi:**a) Precoce (hemoragia, alveolita);b) Tardive (dezechilibru ocluzoarticular, exostoze, bride cicatriciale periosoase etc );c) Uşoare (abcese, periostite, alveolite etc);d) Medii (osteomielită, sinuzită, flegmon etc);e) Grave (septicemie, tromboze, flegmon).
148. **CM. Hemoragiile postextracționale dentare pot fi cauzate de unii factori favorizanţi şi de particularităţile teritoriului oro-maxilo-facial:**a) Ţesuturile orale şi maxilarele sunt foarte bine vascularizate;b) În urma extracţiei rezultă o plagă deschisă, care permite o sângerare suplimentară;c) Este aproape imposibil să se asigure o compresiune supraalveolară eficientă în oprirea hemoragiei;d) Limba are tendinţa de a explora plaga postoperatorie, dislocând uneori cheagul şi determinând apariţia unei sângerări suplimentare;e) Enzimele salivare pot leza cheagul înainte de organizarea lui şi de dezvoltarea ţesutului de granulaţie.
149. **CM. Hemoragiile postextracţionale dentare, după factorul etiologic, pot fi:**a) Locale;b) Generale;c) Posttraumatice;d) Postoperatorii;e) Spontane.
150. **CM. Factorii locali încriminaţi mai frecvent în apariţia hemoragiilor postextracţionale sunt:**a) Plăgi osoase întinse cu delabrări ale gingivomucoasei;b) Fracturi ale proceselor alveolare;c) Vasodilataţia secundară în urma administrării anestezicului cu vasoconstrictor;d) Prezenţa în alveolă a unor procese inflamatorii cronice;e) Prezenţa unor eschile osoase, fragmente dentare.
151. **CM. Durerea în alveolite este caracterizată prin:**a) Apariţia la 24 ore postextracţional;b) Apariţia la 3-4 zile postextracţional;c) Persistenţa fenomenelor dureroase ce nu se remit la antalgice obişnuite;d) Iradierea în hemimaxilar sau hemicraniu;e) Intensitate deosebită ce îmbracă uneori caracterul de nevralgie de trigemin.
152. **CM. Caracteristic pentru alveolita umedă este faptul că:**a) Predomină leziuni de tip inflamator;b) Este lipsită de fenomene inflamatorii;c) Mucoasa din jur este tumefiată, turgescentă, iar în alveolă se găsesc cheaguri alterate, purulente;d) Gingia este palidă, atonă, iar din alveolă lipseşte cheagul;e) Vasoconstricţia prelungită și tulburările trofice produc necroza pereţilor osoşi alveolari.
153. **CM. Printre simptomele alveolitei uscate figurează:**a) Gingivomucoasa palidă, atonă;b) Din alveolă sunt eliminări purulente;c) Pereţii alveolei sunt albicioşi cu sechestre mici lameliforme;d) Durere violentă, iradiantă;e) În alveolă e prezent ţesut de granulaţie, care sângerează foarte uşor la atingere.
154. **CM. În mecanismul de producere a alveolitei intervin o serie de factori care favorizează infectarea conţinutului şi pereţilor osoşi şi anume:**a) Tulburări vasomotorii loco-regionale provocate de traumatismul operator şi de acţiunea adrenalinei din soluţia anestezică;b) Extracţiile laborioase şi prelungite cu zdrobiri de ţesuturi osoase şi a mucoperiostului;c) Existenţa în alveolă a unor fragmente de os sau dinte;d) Extracţii incomplete cu rămînerea în alveolă a unor resturi radiculare;e) Procese infecţioase periradiculare acute sau cronice.
155. **CM. Din punct de vedere anatomo-patologic se descriu următoarele forme de alveolită postextracțională:**a) Alveolita umedă;b) Alveolita necrotică;c) Alveolita putrido-necrotică;d) Alveolita uscată (dry socket);e) Alveolita mixtă.
156. **CM. Simptomele unei alveolite umede sunt:**a) La a 3-4 zi după extracţie apare durerea cu caracter violent cu iradiere;b) Halenă fetidă;c) Gingivomucoasa congestionată, tumefiată;d) Cheagul murdar acoperit cu depozite purulente, urât mirositoare;e) În alveolă ţesut de granulaţie care sângerează uşor.
157. **CM. Recomandarile postextracționale sunt:**
158. Menținerea pansamentului supraalveolar timp de 2 ore;
159. Băi bucale cu soluții antiseptice după îndepartarea pansamentului supraalveolar;
160. Spălatul dinților este permis de a începe în aceeași zi cu extracția dentară;
161. Aplicarea pansamentului rece pe țesuturile moi în regiunea extracției;
162. Obligatoriu, în toate cazurile, antibioticoterapie.
163. **CM. Fractura tuberozitații maxilare:**
164. Este un accident ce survine frecvent în timpul extracției oricărui molar superior;
165. Dacă fragmentul osos rămâne atașat de periost se îndepărtează chirurgical;
166. Defectul se închide prin sutura mucoasei acoperitoare;
167. Se pot produce comunicari oro-sinusale largi;
168. Dacă dintele și țesutul osos formează corp comun se îndepărtează împreună.
169. **CM. Contraindicații locale ale extracției dentare sunt:**
170. Leziuni locale ale mucoasei orale;
171. Sinusita maxilară rinogenă;
172. Boli cardiovasculare;
173. Procese supurative cronice;
174. Procese supurative acute.
175. **CM. Extracția incisivilor superiori:**
176. Osul alveolar prezintă o grosime mai redusă palatinal;
177. Decolarea gingivo-mucoasei are rol de a mări dimensiunile coroanei clinice a dintelui;
178. Se aplică mai întâi falca vestibulară a cleștelui, după care falca palatinală;
179. Luxarea dintelui se realizează în sens vestibulo-oral;
180. Mișcarile de rotație nu sunt indicate.
181. **CM. Chiuretajul alveolei postextracționale:**
182. Nu este indicat după extracții tipice;
183. Îndepărtează țesuturile patologice restante;
184. Сhiuretajul fundului alveolei se face cu presiune bine dozată;
185. Se face cu o chiuretă dreaptă la mandibulă sau una curbă la maxilă;
186. Este indicat practic după orice extractie dentară.
187. **CM. Sutura postextracțională:**
188. Este obligatorie după orice extracție;
189. Se recomandă și în cazul extracțiilor simple;
190. Dacă marginile plăgii nu sunt mobile în totalitate nu se face sutura;
191. Sutura protejează cheagul alveolar;
192. Dirijează cicatrizarea.
193. **CM. Extracția premolarului 1 superior:**
194. Premolarul 1 superior are frecvent o radacină și mai rar două rădăcini;
195. Corticala vestibulară este mai subțire decât cea palatinală;
196. Luxarea se face în sens vestibulo-oral;
197. Dintele va fi extras prin tractiune în sens ocluzal și usor palatinal;
198. Cleștele se aplică cât mai apical.
199. **CM. Extracția caninului superior:**
200. Radacina caninului determină prezența eminenței canine;
201. Frecvent corticala palatinală este subțire;
202. Decolarea gingivo-mucoasei se face cu ajutorul elevatorului sau sindesmotomului curb;
203. Complicație a extracției este fracturarea unei porțiuni din corticala palatinală;
204. După luxație, dintele este tracționat pe o directie vestibulo-incizală.
205. **CM. Extracția molarului de minte superior erupt pe arcadă:**
206. Are de obicei rădăcinile divergente;
207. Este extras cu clești speciali pentru molari de minte superiori;
208. Este extras cu clești speciali pentru molari de minte inferiori;
209. Frecvent extracția se face doar cu elevatoarele;
210. Se folosesc clești în formă de baionetă.
211. **CM. Extracţia molarului de minte la mandibulă care a erupt:**
212. Are de obicei rădăcini conice, fuzionate;
213. Osul alveolar este mai subţire vestibular;
214. Osul alveolar prezintă o mare duritate la nivel retromolar;
215. Se descriu două tehnici distincte de extracție a molarului trei mandibular;
216. Anestezia se realizează prin procedee diferite fată de cele folosite pentru ceilalți molari ai mandibulei.
217. **CM. Reguli în folosirea elevatorului drept:**
218. Se aplică întotdeauna vestibular și lingual;
219. Suprafața convexă a parții active trebuie să fie în contact cu dintele ce trebuie extras;
220. În timpul luxației se folosesc ca sprijin dinții adiacenți;
221. Elevatorul drept nu se folosește pentru extractia dinților pluriradiculari dacă rădăcinile nu au fost separate;
222. Suprafața concavă a parții active trebuie să fie în contact cu dintele ce trebuie extras.
223. **CM. Indicațiile către extracția dinților permanenți sunt legate de:**
224. Starea dintelui respectiv;
225. Starea dinților antagoniști;
226. Patologia structurilor adiacente;
227. Afecțiunile asociate;
228. Tehnica aleasă.
229. **CM. Indicațiile extracției dentare legate de patologia dento-paradontală:**
230. Dinți cu parodontopatie marginală cronică și mobilitate de gradul II- III;
231. Dinți malpoziționați;
232. Dinți mult extruzați;
233. Dinți care au determinat procese supurative sinusale;
234. Dinți care întrețin sinuzita maxilară odontogenă.
235. **CM. Indicațiile extracției dentare legate de patologia pseudotumorală sau tumorală de cauză dentară:**
236. Dinți care au dus la apariția unor leziuni hiperplazice reactive (epulis-like);
237. Dinți care au suferit transformări chistice;
238. Dinți vecini care sunt prinși în procesul tumoral;
239. Dinți incluși ce nu mai pot erupe;
240. Dinți cu distrucții coronoradiculare întinse.
241. **CM. Indicațiile extracției dentare legate de patologia traumatică OMF:**
242. Dinți cu fracturi radiculare, oblice sau longitudinale;
243. Dinți din focare de fractură ce afeactează repoziționarea fragmentelor osoase în poziție anatomică corectă;
244. Dinți erupți ce provoacă înghesuiri;
245. Dinți în malpoziție care produc leziuni traumatice;
246. Dinți luxați complet în urma traumatismelor OMF.
247. **CM. Indicațiile extracției dentare legate de anomalii de număr, formă, poziție ale dinților:**
248. Dinți incluși ce nu mai pot erupe;
249. Dinți incluși ce provoacă înghesuiri;
250. Dinți extruzați;
251. Dinți luxați complet;
252. Dinți în malpoziție ce nu pot fi redresați ortodontic.
253. **CM. Indicaţiile extracţiei dentare legate de patologia traumatică oro-maxilo-facială sunt:**
254. Dinți care au suferit transformări chistice/tumorale benigne;
255. Dinți fracturați sau luxați complet în urma traumatismelor oro-maxilo-faciale;
256. Dinți cu fracturi radiculare oblice sau longitudinale;
257. Dinți cu parodontopatie marginală cronică profundă și mobilitate de gradul 2-3;
258. Dinți mult extruzați, egresați sau înclinați.
259. **CM. Extracția cu elevatorul Lecluse în cazul molarului de minte a mandibulei are urmatoarele indicatii:**
260. Când rădăcinile molarului de minte inferior sunt drepte;
261. Când coroana dentară a molarului 3 este integră;
262. Prezenta molarilor 1 și 2 integri, cu implantare favorabilă;
263. Când rădăcinile molarului de minte inferior sunt usor divergente;
264. În cazul dinților cu coroana parțial integră.
265. **CM. Hemoragiile postextracționale apar datorită urmatorilor factori generali care determină tulburari în mecanismul hemostazei:**
266. Patologiile hepatice cronice;
267. Afecțiuni ale sistemului endocrin;
268. Vasodilatația secundară (paralitică), apărută în urma administrării, împreună cu anestezicul, a vasoconstrictoarelor;
269. Stări alergice;
270. Afecțiuni trombocitare cantitative și calitative.
271. **CM. Complicațiile extracției dentare sunt reprezentate de:**
272. Durere;
273. Vindecare întarziată a alveolei postextracționale;
274. Complicații infecțioase;
275. Trismus;
276. Scăderea glicemiei.
277. **CM. În funcție de momentul apariției hemoragia postextracțională poate fi clasificată în:**
278. Spontană;
279. Imediat-prelungită;
280. Tardivă;
281. Tardivă- întârziată;
282. Precoce.
283. **CM. Factorii locali implicați în apariția hemoragiilor postextracționale dentare:**
284. Fractura procesului alveolar;
285. Vasoconsticția secundară în cazul anesteziilor plexale cu vasoconstrictor;
286. Plăgi întinse ale fibromucoasei;
287. Insuficientă hepatică;
288. Stari alergice.
289. **CM. Complicațiile infecțioase postextracționale sunt favorizate de:**
290. Chiuretajul alveolar incomplet;
291. Fractura apexului;
292. Tamponarea alveolei;
293. Efectuarea extracției în plin proces inflamator;
294. Suturarea plăgii.
295. **CM. Alveolita postextracțională este favorizată de:**
296. Pansament supraalveolar prelungit;
297. Infecții preexistente acute sau cronice;
298. Sutura plăgii;
299. Chiuretarea alveolei;
300. Extracțiile alveoplastice.
301. **CM. Extracția dentară cu separație interradiculară este indicată la dinții pluriradiculari când:**
302. Rădăcinile sunt foarte divergente;
303. Rădăcinile sunt cu fenomene de hipercementoză;
304. Rădăcinile sunt separate la nivelul podelei camerei pulpare;
305. Dinți cu distrucție coronară care nu permite o aplicare eficientă a cleștelui;
306. În cazul producerii unei fracturi coronare în timpul extracției.
307. **CM. În cazul molarilor superiori se va practica o separație radiculară:**
308. În „V”;
309. În „T”;
310. În „L”;
311. În „Y”;
312. În „Z”.
313. **CM. Rădăcinile dentare pot fi extrase prin următoarele tehnici:**
314. Extracția cu sindesmotoamele;
315. Extracția cu ajutorul elevatoarelor;
316. Extracția cu cleștele de rădăcini;
317. Extacția cu pensa ciupitoare de os;
318. Extracția prin alveolotomie.
319. **CM. Extracția resturilor radiculare mici, situate profund în alveolă, se poate efectua prin:**
320. Alveolotomie;
321. Transeptal la pluriradiculari;
322. Doar cu cleștele de elecție al dintelui;
323. Doar cu cleștele de resturi radiculare;
324. Doar cu pensa ciupitoare de os.
325. **CM. Indicațiile extracției dentare sunt:**
326. Dinți din focarele de fractură ale maxilarelor care împiedică tratamentul chirurgical sau care pot cauza complicații;
327. Dinți incluşi care nu dau tulburări funcționale sau tulburări de erupție;
328. Dinți extruzați sau cu devieri importante ale axului de implantare;
329. Dinți fracturați longitudinal;
330. Dinți ai pacienților cu boli cronice în faze compensate care pot suporta tratamente stomatologice de lungă durată.
331. **CM. Vindecarea întârziată a plăgii postextracţionale este influenţată de:**
     1. Dehiscenţa plăgii;
     2. Malnutriţie;
     3. Radioterapie;
     4. Vârsta pacientului;
     5. Stări alergice.
332. **CM. Hemoragia postextracţională dentară:**
333. În mod normal sângerarea plăgii postextracţionale se opreşte după 30-40 de minute;
334. În funcţie de momentul apariţiei deosebim hemoragie precoce şi tardivă;
335. Hemoragia precoce – sângerarea reapare la 2-3 ore preextracţional;
336. Hemoragia tardivă – sângerarea se declanşează la câteva zile de la extracţie;
337. Apare datorită unor factori generali şi locali.
338. **CM. Factorii locali implicaţi în hemoragiile postextracţionale dentare:**
     1. Trombocitopenii;
     2. Carenţe vitaminice;
     3. Vasodilataţia secundară în cazul anesteziilor plexale în care nu se foloseşte vasoconstrictor;
     4. Persistenţa ţesutului de granulaţie;
     5. Nerespectarea de către pacient a instrucţiunilor privind îngrijirile postextracţionale.
339. **CM. Factorii generali care determină tulburări ale hemostazei:** 
     1. Vasculopatii;
     2. Carențe lipidice;
     3. Carenţe proteice;
     4. Tratamente antitrombotice;
     5. Deficienţe izolate ale factorilor plasmatici.
340. **CM. Alveolita uscată:** 
     1. Este o complicaţie infecţioasă a extracţiei dentare;
     2. Este o formă de osteomielită locală;
     3. Este favorizată de extracţiile laborioase, cu traumatizarea părţilor moi şi a pereţilor osoşi;
     4. Simptomatologia dureroasă debutează la 4-5 zile;
     5. Tratamentul este în principal simptomatic.
341. **CM. Accidentele extracţiei dentare pot fi clasificate astfel:**
342. Leziuni dentare;
343. Accidente sinusale;
344. Trismus;
345. Alveolita uscată;
346. Luxaţia ATM.
347. **CM. Pentru extracţia prin alveolotomie se pot efectua următoarele lambouri:**
     1. Lambou în plic;
     2. Lambou triunghiular sau în „L”;
     3. Lambou trapezoidal;
     4. Trebuie să cuprindă în grosimea lui mucoasă şi submucoasă;
     5. Decolarea va fi maximă asigurând o vizibilitate bună.
348. **CM. Extracţia resturilor radiculare mici, situate profund în alveolă:**
349. Se încearcă însinuarea unui elevator fin între rădăcină şi peretele alveolei;
350. Se poate crea la nevoie un şanţ în peretele alveolar;
351. Dacă orificiul canalului radicular se poate vizualiza şi restul radicular luxa, se poate folosi pentru extracţie un ac Hedstrom;
352. Se poate recurge la alveolotomie dacă cele de mai sus sunt ineficiente;
353. Se începe cu separaţia interradiculară.
354. **CM. Extracţia dentară cu separare interradiculară:**
355. Este indicată la monoradiculari;
356. Examenul radiologic relevă prezenţa unor rădăcini divergente;
357. Examenul radiologic relevă rădăcini curbe, foarte divergente;
358. Distrucţie coronară extinsă până la podeaua camerei pulpare;
359. Molari temporari fără rizaliză semnificativă a rădăcinilor, la care există riscul smulgere a mugurelui dintelui permanent, situat între rădăcini.
360. **CM. Care afirmații cu privire la accidentele extracției dentare sunt adevărate:**
361. Pentru prevenirea fracturii tuberozității maxilare se evită luxarea distală a molarului trei superior cu elevatorul;
362. Semnul Valsalva negativ exclude existența comunicării oro-sinusale;
363. Dacă în timpul extracției s-a lezat apexul unui dinte vital, se recurge la extracția acestuia;
364. Extracția accidentală a dintelui vecin are loc frecvent;
365. În cazul aspirării unui dinte în cursul extracției dentare pacientul trebuie să efectueze o radiografie a cutiei toracice.
366. **CM. Care afirmații cu privire la comunicarea oro-sinusală postextracțională sunt adevărate:**
367. Deschiderea sinusului maxilar este unul dintre cele mai frecvente și grave accidente postextracționale;
368. Manevra Valsalva precizează cu siguranță prezența sau absența comunicării orosinusale;
369. Dinți sinusali, cel mai des, sunt molarii;
370. Diagnosticul comunicării orosinusale se face prin explorare cu sonda butonată sau examinare radiografică;
371. În tehnica plastiei comunicării oro-sinusale se poate utiliza lamboul palatinal.
372. **CM. În timpul chiuretajului alveolei postextracționale pot interveni următoarele accidente:**
373. Lezarea nervului alveolar inferior;
374. Comunicarea orosinusală;
375. Lezarea nervilor alveolari supero-posteriori;
376. Chiuretajul agresiv poate provoca hemoragia secundară precoce;
377. Chiuretajul insuficient produce alveolita postextracțională.
378. **CM. Complicațiile postextracționale sunt:**
379. Hemoragia prelungită, care durează 15-20 minute;
380. Alveolita postextracțională;
381. Hemoragia secundară precoce, care se declanşează de obicei în cursul nopții;
382. Hemoragia secundară tardivă, care apre de obicei târziu în cursul nopții;
383. Sângerarea postextracțională normală, care durează 30-60 de minute.
384. **CM. Măsurile de hemostază locală postextracțională sunt:**
385. Introducerea în alveolă a materialelor hemostatice;
386. Chiuretajul alveolar pentru îndepărtarea corpilor străini;
387. Pentru anestezierea repetată a zonei date se preferă blocajul troncular în locul infiltrației locale;
388. Tamponament supraalveolar fixat cu fire de sutură pentru 48 de ore;
389. Regularizarea marginii osoase alveolare.
390. **CM. Care din următoarele afirmații cu privire la tratamentul alveolitei postextracționale sunt adevărate:**
391. Utilizarea de meşe iodoformate îndesate intraalveolar;
392. Chiuretajul riguros, profund al pereților osoşi alveolari osteitici;
393. Sedarea durerii prin infiltrații cu soluții anestezice;
394. Irigarea abundentă a alveolei cu soluții antiseptice călduțe;
395. Stimularea reactivitătii locale cu ajutorul agentilor fizici.
396. **CM. Etiologia alveolitei postextracționale:**
397. Introducerea în alveole a unor materiale în scop antiseptic şi hemostatic;
398. Prezența fermentului proteolitic activat în salivă;
399. Fumatul în primele 2 ore postextracțional;
400. Corpi străini intraalveolari;
401. Tulburări vasomotorii locale provocate de actul operator sau de acțiunea ischemiantă a adrenalinei din soluția anestezică.
402. **CM. Care din următoarele afirmații cu privire la alveolita postextracțională uscată sunt adevărate:**
403. Alveolita uscată este lipsită de congestie, cu semne locale de suferință trofică;
404. În alveolă se găseşte țesut de graulație burjonat care sângerează uşor;
405. Gingia este tumefiată cu margini congestionate, turgescente;
406. Cheagul intraalveolar este absent total sau parțial;
407. Osul alveolar expus este sursa unor dureri continue cu caracter nevralgiform.
408. **CM. În cazul alveolitei uscate postextracționale se indică:**
409. Chiuretajul alveolei postextractionale;
410. Diatermocoagularea pereților și fundului alveolei;
411. Tamponamentul alveolei cu mesa iodoformată;
412. Meșă cu unguent Vișnevski;
413. Fizioterapie.
414. **CM. Alveolita postextracțională poate fi:**
415. Umedă;
416. Uscată;
417. Primară;
418. Secundară;
419. Nespecifică.
420. **CM. Recomandările postextracționale sunt:**
421. Consumarea lichidelor doar cu paiul pentru a nu crea presiune negativă;
422. Păstrarea tamponamentului supraalveolar timp de o oră;
423. Periajul dentar se va relua a doua zi;
424. Evitarea consumului alimentelor moi timp de 24-48 de ore;
425. Analgetice.
426. **CM. Se recurge la extracția dinților permanenți în următoarele situații:**
427. Dinți cu gangrenă simplă la care metodele endodontice au eşuat;
428. Dinți care au cauzat infecții osoase (periostite, osteomielite);
429. Dinți traumatizați;
430. Dinți fracturați transversal în treimea apicală;
431. Dinți în malpoziție, neredresabili ortodontic.
432. **CM. Contraindicații loco-regionale sau generale absolute ale extracției dentare sunt:**
433. În primii doi ani după un infarct miocardic acut;
434. Extracția în primele 3 luni şi ultimele 2 luni de sarcină;
435. Leucozele acute;
436. Dinți din zonele supuse recent radioterapiei;
437. Dinți din procese neoplazice maligne.
438. **CM. Contraindicații loco-regionale relative (temporare) ale extracției dentare sunt:**
439. Afecțiuni inflamatorii localizate sau difuze cu stare generală alterată;
440. În primele zile de menstruație, existând un risc crescut de sângerare;
441. Afecțiuni acute ale mucoasei oro-faringiene;
442. Distrucții osoase care ar predispune la fracturi în os patologic (chisturi, tumori benigne);
443. Pacienți cu hepatite cronice virale.
444. **CM. Aplicarea cleştelui şi priza dintelui trebuie să respecte următoarele condiții:**
445. Se face în prelungirea axului de implantare a dintelui;
446. Se aplică întâi falca vestibulară, unde vizibilitatea este mai bună;
447. Cleștele se aplică coronar la distanță de marginea alveolară, pentru a nu leza gingia;
448. Priza cît mai solidă, cu senzatia de „corp comun” intre clește și dintele pentru extracție;
449. Se urmăreşte adaptarea cât mai bună a cleștelui la coletul dintelui pentru extracție.
450. **CM. Care din următoarele afirmații sunt corecte cu privire la sindesmotomie:**
451. Constă în secționarea ligamentului circular al dintelui;
452. Se realizează cu sindesmotoame sau elevatoare;
453. Sindesmotoamele sunt instrumente tăioase cu care se poate reduce înnălțimea marginii alveolare pentru o mai bună priză a dintelui;
454. Desprinderea completă a gingiei din jurul coletului dintelui permite insinuarea subgingivală a cleştelui pentru extracție;
455. Nu este necesară în cazul extracției resturilor radiculare.
456. **CM. Care din următoarele afirmații privind separarea rădăcinilor sunt corecte:**
457. Pentru molarii superiori şanțul are formă de T;
458. Separarea rădăcinilor se efectuează cu ajutorul frezei sferice sau freza fisurală;
459. Indicațiile extracției cu separarea rădăcinilor includ molarii cu rădăcini convergente când distanța între apexuri este mai mare decât deschiderea alveolei;
460. După efectuarea separației radiculare extracția se finalizează cu ajutorul cleştelui dentar pentru radacini;
461. Indicațiile extracției cu separarea rădăcinilor includ molarii cu rădăcini barate.
462. **CM. Care sunt indicațiile extracției prin alveolotomie:**
463. Divergența şi recurbarea accentuată a rădăcinilor;
464. Rădăcini cu mobilitate dento-alveolară;
465. Rădăcini dentare fără hipercementoză;
466. Rădăcini rămase sub lucrări protetice conjuncte;
467. Resturi radiculare restante după extracții vechi.
468. **CM. Timpii tehnicii de extracție a restului radicular prin alveolotomie:**
469. Incizii pentru crearea unui lambou de tip trapezoidal sau triunghiular;
470. Decolarea inițială a gingivomucoasei și apoi a periostului;
471. Rezecția osoasă cu expunerea restului radicular;
472. Secționarea progresivă, din aproape în aproape a restului radicular;
473. Reaplicarea și sutura lamboului.
474. **CM. Rădăcinile dentare pot fi extrase prin următoarele tehnici:**
475. Extracția cu cleştele de rădăcini;
476. Extracția cu sindesmotoamele;
477. Extracția cu ajutorul elevatoarelor;
478. Extracția cu ciupitorul de os;
479. Extracția prin alveolotomie.
480. **CM. Complicațiile după odontectomia molarului de minte inferior:**
481. Luxatia ATM;
482. Fractura mandibulei;
483. Hemoragia postextractională dentară;
484. Lezarea pachetului vascular nervos alveolar inferior;
485. Luxația sau fractura molarului de 12 ani.
486. **CM. Factori care ușurează odontectomia M3 inferior:**
487. Pozitia mezio-angulară;
488. Rădăcini lungi și subțiri;
489. Lipsa dintelui vecin în arcada dentară;
490. Spațiu paradontal îngust;
491. Rădăcini formate pe 1/3 sau 2/3.
492. **CM. Factorii care îngreunează odontectomia M3 inferior:**
493. Rădăcini conice sau fuzionate;
494. Contact strîns cu molarul doi;
495. Incluzie osoasă completă;
496. Rădăcini divergente;
497. Poziția mezio-angulară.
498. **CM. Accidente ce se pot produce în cursul odontectomiei M3 superior:**
499. Luxarea sau fracturarea molarului de 12 ani;
500. Fractura tuberozitații;
501. Hemoragie postoperațională;
502. Luxația mandibulei;
503. Comunicare oro-sinuzală.
504. **CM. Complicațiile după odontectomia M3 inferior sunt legate de:**
505. Luxația mandibulei;
506. Fractura de unghi mandibular postoperator;
507. Durerea, edemul și trismusul postoperator;
508. Înghițirea sau aspirarea unor fragmente dentare sau osoase;
509. Complicații infecțioase.
510. **CM. În odontectomia caninului inclus se pot produce o serie de accidente intraoperatorii:**
511. Luxarea dinților vecini;
512. Deschiderea foselor nazale;
513. Fractura procesului alveolar;
514. Complicații infectioase;
515. Deschiderea sinusului maxilar.
516. **CM. Diagnosticul incluziei dentare impune utilizarea și a altor tipuri de investigații radiologice pe lîngă ortopantomografie, în funcție de natura incluziei, precum:**
517. Examenul radiologic cu film ocluzal;
518. Radiografia planșeului bucal;
519. Sialografia;
520. CBCT (Tomografie computerizată cu fascicul conic);
521. Radiografia sinusurilor maxilare.
522. **CM. Accidentele intraoperatorii posibile în odontectomia caninului superior inclus sunt:**
523. Luxarea caninului contralateral inclus osos;
524. Deschiderea foselor nazale;
525. Deschiderea sinusului maxilar;
526. Luxarea dinților vecini;
527. Secționarea corono-radiculară.
528. **CM. Pentru odontectomie se vor respecta următoarele principii:**
529. Expunerea optimă a ariei dintelui inclus;
530. Sindesmotomia;
531. Separația corono-radiculară dacă este nevoie;
532. Sacul pericoronorar nu trebuie îndepărtat;
533. Sutura se va realiza într-un plan.
534. **CM. În odontectomia molarului de minte inferior inclus se pot produce o serie de accidente intraoperatorii:**
535. Fractura mandibulei;
536. Fractura rădăcinilor molarului de minte;
537. Împingerea molarului de minte în planșeul bucal;
538. Dehiscența plăgii;
539. Fractura tablei osoase linguale.
540. **CM. În odontectomia molarului de minte superior inclus se pot produce o serie de accidente intraoperatorii:**
541. Fractura tuberozității maxilare;
542. Comunicarea oro-sinusală postextracțională;
543. Deschiderea foselor nazale;
544. Propulsarea dintelui în sinusul maxilar;
545. Propulsarea dintelui în spațiul pterigomaxilar.
546. **CM. La vârsta de 18 ani, osul din jurul molarului inclus se caracterizează prin:**
547. Osul este mai puțin dens;
548. Osul este mai dens;
549. Are loc o refacere mai rapidă a zonei osoase pe care s-a acționat cu instrumentarul rotativ sau elevatorul;
550. Osul nu prezintă flexibilitate;
551. Extracția este laborioasă.
552. **CM. Factorii care ușurează odontectomia molarului 3 inferior sunt:**
553. Rădăcini curbe și divergente;
554. Raport direct cu canalul mandibular;
555. Deschiderea cavității bucale nu este limitată;
556. Rădăcini conice sau fuzionate;
557. Incluzie osoasă completă.
558. **CM. Accidente intraoperatorii în cursul extracției molarului de minte superior:**
559. Fractura radiculară a molarului inclus;
560. Luxarea mandibulei;
561. Fractura tuberozitaţii maxilare;
562. Deschiderea sinusului maxilar;
563. Lezarea nervului facial.
564. **CM. Incizia în baionetă în cazul odontectomiei molarilor superiori este indicată în următoarele situaţii:**
565. Incluzie verticală submucoasă;
566. Cînd se dorește crearea unui acces mai larg;
567. În incluziile dentare profunde;
568. În incluziile în care osul are o grosime de 2mm pe faţa ocluzală a molarului vertical;
569. În situaţiile în care molarul a perforat tabla osoasă şi se palpează un cuspid submucos.
570. **CM. Tipurile de plăgi alveolare postextracționale:**
571. Plagă alveolară normală;
572. Plagă alveolară infectată;
573. Plagă alveolară zdrobită;
574. Plagă alveolară suturată;
575. Plagă alveolară necrotică.
576. **CM. Materialul de sutură poate fi:**
577. Natural;
578. Sintetic;
579. Rezorbabil;
580. Nerezorbabil;
581. Combinat.
582. **C.M. Tratamentul stomatologic la pacienţii cu infarct miocardic acut (la mai puţin de 6 luni de la producere) se recomandă a fi efectuat:**
583. Într-o unitate spitalicească;
584. În cabinetul stomatologic;
585. În colaborare cu medicul cardiolog;
586. În colaborare cu medicul reanimatolog;
587. În colaborare cu orice medic de profil general.
588. **C.M. Atitudinea în cabinetul stomatologic faţă de pacienţii cu o aritmie stabilă diagnosticată va fi următoarea:**
589. Nu se va întrerupe tratamentul de fond;
590. Se va întrerupe tratamentul de fond;
591. Se va evita stresul în timpul tratamentului;
592. Se vor folosi vasoconstrictori;
593. Nu se vor folosi vasoconstrictori.

1. **C.M. În cabinetul stomatologic, în cazul pacienţilor hipertensivi se impun următoarele măsuri:**
2. Nu se întrerupe medicaţia de fond;
3. Se întrerupe medicaţia de fond;
4. Programările se vor face în cursul dimineţii;
5. Şedinţele vor fi scurte;
6. Monitorizarea TA pe durata tratamentului.

1. **C.M. În cazul pacienţilor cu hipotensiune ortostatică se impun următoarele măsuri:**
2. Nu se vor administra sedative;
3. Se vor folosi soluţii anestezice locale cu vasoconstrictor;
4. Se va evita trecerea bruscă de la clinostatism la ortostatism;
5. Se vor administra sedative;
6. Nu se vor folosi soluţii anestezice locale cu vasoconstrictor.

1. **C.S. În cazul pacienţilor cu diabet zaharat se impun următoarele măsuri:**
2. Controlul glicemiei înainte şi după tratamentul programat;
3. Şedinţele vor fi scurte pentru a reduce la minimum interferenţele cu regimul alimentar;
4. Antibioprofilaxia complicaţiilor infecţioase locale (la pacienţii la care nivelul glicemiei nu poate fi controlat eficient);
5. Zahărul şi soluţia perfuzabilă de glucoză vor fi la îndemână pentru a putea fi administrate prompt în cazul apariţiei semnelor de hipoglicemie;
6. Toate acestea.
7. **C.M. În cazul pacienţilor cu insuficienţă renală cronică care beneficiază de terapie conservativă sau dializă peritoneală se impun următoarele măsuri:**
8. Colaborarea obligatorie cu medicul nefrolog;
9. Colaborarea obligatorie cu medicul reanimatolog;
10. Controlul hemostazei;
11. Administrarea AINS în doze mari;
12. Se reduce la minimum administrarea de AINS, deoarece afectează funcţia renală.

1. **C.M. În cazul pacienţilor cu ciroză hepatică se impun următoarele măsuri:**
2. Evaluarea preoperatorie a stării sistemului hemostatic;
3. Pacienţii cu dereglări pronunţate în sistemul hemostatic necesită intervenţii chirurgicale în condiţii de staţionar;
4. Controlul hemostazei;
5. Intervenţiile pe mai multe cadrane se vor face în şedinţe separate;
6. Se vor evita intervenţiile ample, de lungă durată.

1. **C.M. Agenţii hemostatici activi sunt:**
2. Trombina;
3. Produsele în care trombina este inclusă ca component hemostatic;
4. Colagenul;
5. Celuloza;
6. Gelatina.

1. **C.M. Agenţii hemostatici pasivi sunt:**
2. Trombina;
3. Produsele în care trombina este inclusă ca component hemostatic;
4. Colagenul;
5. Celuloza;
6. Gelatina.

1. **C.M. Trombina iniţiază efectul trombogenezei prin:**
2. Transformarea fibrinogenului ţesuturilor subiacente în fibrină;
3. Stimularea mecanismului extrinsec de coagulare a sângelui;
4. Stimularea agregării trombocitelor;
5. Stimularea mecanismului intrinsec de coagulare a sângelui;
6. Formarea activatorilor protrombinei.

1. C**.S. Insuccesul trombinei de a forma cheagul sangvin are loc la pacienţii cu:**
2. Afibrinogenemie;
3. Hipoprotrombinemie;
4. Hemofilia A;
5. Boala Hageman (deficit al factorului XII);
6. Nici una dintre ele.

1. **C.S. Adezivul fibrinic conţine:**
2. Protrombină şi fibrinogen;
3. Protrombină şi trombină;
4. Fibrinogen şi trombină;
5. Activatori ai protrombinei;
6. Nici una dintre ele.

1. **C.M. Dezavantajele produselor pe bază de colagen sunt:**
2. Produc reacţii alergice;
3. Produc modificări neuro-endocrine;
4. Stimulează osteogeneza;
5. Inhibă activitatea trombocitelor;
6. Potenţează multiplicarea bacteriană şi pot servi ca suport pentru apariţia abceselor.

1. **C.M. Avantajele utilizării produselor pe bază de celuloză sunt:**
2. Uşor de manipulat;
3. Nu se lipesc de instrumente;
4. Pot fi tăiate în conformitate cu dimensiunile plăgii sângerânde;
5. Nu provoacă iritaţii locale;
6. Nu provoacă reacţii alergice.

1. **C.M. Neajunsurile celulozei oxidate sunt:**
2. Nu se absoarbe precum alte produse;
3. Inhibă epitelizarea plăgilor;
4. Au capacitatea de a întârzia osteoformarea;
5. Pot da naştere la chisturi;
6. Costul scump al acesteia.

1. **C.M. Produsele pe bază de gelatină au următoarele neajunsuri:**
2. Se lipesc de instrumentele chirurgicale, ceea ce creează dificultăţi în manipulare;
3. Nu formează o legătură strânsă cu sursa sângerândă;
4. Pot fi sursa unor tumori;
5. Inhibă funcţiile osteoblaştilor;
6. Produc modificări neuro-endocrine.

1. **C.M. Neajunsurile comune ale agenţilor hemostatici pasivi sunt:**
2. Nu aderă puternic la ţesutul umed şi, prin urmare, au un impact redus asupra sângerărilor active din plagă;
3. Pot provoca o eventuală reacţie a organismului la prezenţa corpului străin;
4. Împiedică vindecarea optimală a plăgii;
5. Pot fi sursa unor granuloame;
6. Au efecte toxice la distanţă.

1. **C.M. Proprietăţile unui agent hemostatic ideal sunt:**
2. Rapide şi eficiente în controlul hemoragiei;
3. Capacitatea de a lua contact eficient cu suprafaţa sângerândă;
4. Uşor de manevrat;
5. Disponibile în multiple forme de livrare corespunzătoare pentru diferite tipuri de sângerări;
6. Active şi compatibile cu particularităţile fiziologice ale pacienţilor.

1. **C.M. Avantajele agenţilor hemostatici activi sunt:**
2. Au un debut rapid de acţiune;
3. Sunt utilizaţi cu uşurinţă;
4. Au un acceptabil profil de reacţii adverse;
5. Au mai multe opţiuni de livrare;
6. Sunt comercializaţi la preţ avantajos.

1. **C.M. Până la concretizarea factorului etiologic al hemoragiei poate fi administrat:**
2. Intravenos, lent 10 ml soluţie clorură de calciu (gluconat de calciu) de 10%;
3. Intravenos sau intramuscular soluţie Etamsilat (Dicinon) de 12,5% 2-4 ml la prima injecţie, apoi la fiecare 4-6 ore câte 2 ml sau 2 comprimate (500 mg);
4. Intravenos 2-4 ml soluţie acid ascorbic de 5%;
5. Crioprecipitat de plasmă antihemofilică;
6. Concentrat trombocitar.

1. **C.M. Etamsilatul posedă efect hemostatic, care se manifestă:**
2. După introducerea i/v peste 5-15 minute, cu efect maxim la 1-2 ore, menţinându-se 4-6 ore şi treptat diminuând până la 24 ore;
3. După introducerea i/m peste 30-40 minute, cu efect maxim la 1-2 ore, menţinându-se 4-6 ore şi treptat diminuând până la 24 ore;
4. După ingerarea orală efectul maxim se manifestă peste 3 ore;
5. După introducerea i/v peste 3-4 ore, cu efect maxim la 5-6 ore, menţinându-se 6-12 ore şi treptat diminuând până la 24 ore;
6. După introducerea i/m peste 3-4 ore, cu efect maxim la 5-6 ore, menţinându-se 6-12 ore şi treptat diminuând până la 24 ore.

1. **C.M. Efectul antifibrinolitic al acidului aminocaproic este datorat:**
2. Inhibării activatorului plasminogenului (fibrinolizinei);
3. Supresiei directe (în măsură mai mică) a plasminei;
4. Inhibării mecanismului extrinsec de coagulare a sângelui;
5. Inhibării mecanismului intrinsec de coagulare a sângelui;
6. Inhibării activatorilor protrombinei.
7. **C.S. Anularea terapiei anticoagulante cu scopul prevenirii accidentelor hemoragice expune pacientul riscului de apariţie a:**
8. Complicaţiilor tromboembolice cu potenţial semnificativ de morbiditate;
9. Reacţiilor alergice;
10. Modificărilor neuro-endocrine;
11. Toate acestea;
12. Nici una dintre ele.
13. **C.S. Pacienţii aflaţi sub medicaţie anticoagulantă orală prezintă un risc crescut:**
14. Hemoragic;
15. Tromboembolic;
16. Atât hemoragic cât şi tromboembolic;
17. Dismetabolic;
18. Nici una dintre ele.

1. **C.S. Nivelul optim al anticoagulantelor orale este apreciat prin:**
2. Monitorizarea timpului de protrombină, reprezentat de coeficientul internaţional de normalizare, denumit (în engleză) *International Normalized Ratio* (INR);
3. Determinarea conţinutului de fibrinogen;
4. Aprecierea timpului trombinic;
5. Determinarea timpului de sângerare după Duke;
6. Determinarea timpului de coagulare a sângelui după Lee-White.
7. **C.S. Valorile INR-lui la persoanele cu un sistem de coagulare necompromis sunt:**
8. 0,3-0,6;
9. 1,0 sau aproape de 1,0 (0,7-1,3);
10. 1,5-2,0;
11. 2,0-3,0;
12. 3,0-4,0.

1. **C.S. Nivelul terapeutic al anticoagulării depinde de indicaţia pentru care se administrează şi valorile INR-lui la pacienţii cu proteze valvulare variază în limitele:**
2. 0,5-1,0;
3. 1,0-2,0;
4. 2,0-4,0;
5. 4,0-5,0;
6. 5,0-6,0.
7. **C.S.Pentru profilaxia accidentelor hemoragice severe şi tromboembolice efectul anticoagulantului va fi apreciat prin determinarea valorilor INR-lui:**
8. Cu 5-7 zile preoperator;
9. Cu 2-5 zile preoperator;
10. În ziua intervenţiei chirurgicale;
11. Imediat postoperator;
12. Nici una dintre ele.
13. **C.S. Cum veţi proceda în cazul în care valorile INR-lui preextracţional sunt sub limitele diapazonului terapeutic (< 2):**
14. Majorarea dozei anticoagulantului până la ajustarea INR-lui la limitele terapeutice şi apoi efectuarea extracţiei dentare;
15. Micşorarea dozei anticoagulantului şi apoi efectuarea extracţiei dentare;
16. Anularea anticoagulantului şi apoi efectuarea extracţiei dentare;
17. Micşorarea treptată a dozei, anularea medicaţiei şi apoi efectuarea extracţiei dentare;
18. Nici una dintre ele.

1. **C.S. Cum veţi proceda în cazul în care preextracţional valoarea INR-lui este mai mare decâ limitele terapeutice individuale recomandate de către medicul curant de profil general:**
   1. Majorarea dozei anticoagulantului până la ajustarea INR-lui la limitele terapeutice şi efectuarea extracţiei dentare;
   2. Micşorarea dozei anticoagulantului până la ajustarea INR-lui la limitele terapeutice şi apoi efectuarea extracţiei dentare;
   3. Anularea anticoagulantului şi efectuarea extracţiei dentare;
   4. Micşorarea treptată a dozei până la anularea anticoagulantului şi apoi efectuarea extracţiei dentare;
   5. Nici una dintre ele.
2. **C.S. Cum veţi proceda în cazul în care preextracţional INR-ul este în limitele terapeutice:**
3. Majorarea dozei anticoagulantului şi efectuarea extracţiei dentare;
4. Micşorarea dozei anticoagulantului şi efectuarea extracţiei dentare;
5. Anularea anticoagulantului şi efectuarea extracţiei dentare;
6. Micşorarea treptată a dozei, apoi anularea anticoagulantului şi efectuarea extracţiei dentare;
7. Efectuarea extracţiei dentare, iar doza medicaţiei anticoagulante va fi menţinută în aceleaşi limite.
8. **C.M. Factorii de risc ai astmului bronșic:**
9. Antecedentele familiale de astm bronșic;
10. Existența unor afecțiuni alergice actuale sau în antecedente;
11. Expunerea profesională cronică la alergeni și agenți iritanți ai căilor aeriene;
12. Prezența de bronhopneumopatii infecțioase cronice;
13. Existența unor factori psihici (situații conflictuale, traume psihice sau nevroze).

1. **C.S. Pentru astmul bronșic alergic pledează:**
2. Antecedentele alergice familiale;
3. Antecedentele alergice personale;
4. Reapariția acceselor la contactul repetat cu alergenul (perioada de polenizare etc.);
5. Testele cutanate și testele de provocare bronșică pozitive;
6. Toate.

1. **C.S. Criza de astm bronșic se manifestă prin:**
2. Anxietate;
3. Cianoză;
4. Dispnee de tip expirator;
5. Wheezing (dispnee șuierătoare) și tahicardie;
6. Toate.

1. **C.M. Tratamentul de urgență în cabinetul stomatologic în cazul crizei de astm bronșic:**
2. Întreruperea tratamentului;
3. Îndepărtarea eventualilor alergeni;
4. Așezarea pacientului în poziție șezândă;
5. Oxigenoterapie;
6. Administrarea a 2 pufuri de spray cu substanță ẞ-mimetică.

1. **C.M. Simptomele de avertisment în insuficența respiratorie acută:**
2. Cianoză;
3. Orto-, hiper-, hipo-pnee;
4. Bradi- sau tahipnee;
5. Sunete respiratorii patologice;
6. Tipuri respiratorii patologice.

1. **C.M. Procedurile noninvanzive de dezobstrucție a căilor respiratorii sunt:**
2. Bătaia pe spate cu podul palmei între omoplați;
3. Presiunea manuală pe abdomen sau torace;
4. Curățirea cavității orale cu degetele;
5. Respirație „gură la gură”;
6. Respirație „gură la nas”.

1. **C.M. Tratamentul de urgență în caz de convulsii:**
2. Întreruperea tratamentului;
3. Așezarea pacientului în clinostatism cu capul în poziție „de siguranță” (rotat lateral);
4. Înlăturarea sângelui, protezelor mobile etc. din cavitatea bucală;
5. Diazepam i.v fracționat (15-20 mg în bolusuri de 2,5 mg);
6. Fenobarbital 1-1,5 mg kg/corp i.m.
7. **C.S. În caz de obstrucție parțială a căilor respiratorii:**

a) Pacientul respiră cu mari dificultăți;

b) Cianoză generalizată;

c) Absența activității respiratorii și cardiace;

d) Midriază fixă și areactivă;

e) Areflexie, rigiditate și lividitate cadaverică.

1. **C.M. În caz de obstrucție totală a căilor respiratorii:**

a) Pacientul respiră cu mari dificultăți;

b) Pacientul nu respiră;

c) Pacientul este agitat cu palmele încrucișate pe gât (semnul strangulării);

d) Tensiunea arterială scade;

e) Tensiunea arterială crește.

1. **C.M. Tehnica puncţiei membrane cricotiroidiene:**

a) Poziţionarea pacientului cu gâtul în hiperextensie;

b) Stabilizarea laringelui;

c) Punctia membranei cricotiroidiene cu un trocar scurt şi gros până la apariția unei

senzații de prăbușire în gol;

d) Poziţionarea pacientului cu gâtul în hipoextensie;

e) Punctia membranei cricotiroidiene până la apariția unei senzații de obstacol.

1. **C.M. Contraindicaţiile cricotirotomiei:**

a) Copii sub 5 ani;

b) Proces laringian preexistent (epiglotită);

c) Lipsa de experienţă a medicului;

d) Bariere anatomice (traumatism la nivelul gâtului);

e) Posibilitatea dezvoltării unei hemoragii necontrolabile.

1. **C.M. Persoanele cu risc infecţios, care necesită antibioticoprofilaxie:**

a) Pacienţii cu patologie cardio-vasculară;

b) Pacienţii cu insuficientă renală cronică, dializaţi;

c) Pacienţii imunocompromişi;

d) Pacienţii care au suportat transplante organice;

e) Pacienții trataţi chimioterapeutic antitumoral.

1. **C.M. Scheme de antibioticoprofilaxie la pacienții cu proteze valvulare:**

a) Amoxicilină 2 g per os, cu 1 oră preoperator sau;

b) Ampicilină 2 g im/iv cu 30 minute preoperator sau;

c) Clindamicină 600 mg per os cu 1 oră preoperator și 300 mg la 6 ore postoperator sau;

d) Azitromicină sau Claritromicină 500 mg cu 1 oră preoperator sau;

e) Cefazolină 1 g im/iv cu 30 minute preoperator.

1. **C.M. Pacienții cu patologie cardio-vasculară care necesită antibioticoprofilaxie:**

a) Pacienții cu proteze valvulare;

b) Pacienții cu hipertensiune arterială;

c) Pacienții cu antecedente de endocardită bacteriană;

d) Pacienții cu cardiopatii congenitale cianogene;

e) Pacienții cu boala varicoasă.

1. **C.M. Simptomatologia stopului cardiac:**
2. Pierderea conștienței pacientului (comă);
3. Absența pulsului la carotidă;
4. Apnee;
5. Midriază;
6. Paloare accentuată sau cianoză.
7. **C.S. Clinica stopului respirator:**
8. Absența mișcărilor respiratorii;
9. Absența curentului de aer la expir;
10. Absența sunetelor de respirație;
11. Absența conștienței;
12. Toate.
13. **C.S. Diagnosticul morții clinice:**
14. Absența pulsului la nivelul arterelor mari;
15. Oprirea respirației spontane;
16. Absența totală a zgomotelor cardiace;
17. Pupile midriazice, fixe, areactive;
18. Toate.

1. **C.M. Măsurile elementare de susținere a funcțiilor vitale:**
2. Asigurarea libertății căilor aeriene (Airway);
3. Asigurarea respirației (Breathing);
4. Asigurarea circulației (Circulations);
5. Tratament medicamentos (Drugs);
6. Monitorizarea electrocardiografică (Electric).
7. **C.M. Măsurile ulterioare de susținere a funcțiilor vitale:**
8. Asigurarea libertății căilor aeriene (Airway);
9. Asigurarea respirației (Breathing);
10. Defibrilare sau stimulare electrică (Fibrilations);
11. Tratament medicamentos (Drugs);
12. Monitorizarea electrocardiografică (Electric).
13. **C.S. Metodele de respirație directă (de insuflație):**
14. Respirația „gură la gură”;
15. Respirația „gură la nas”;
16. Respirația cu aparate simple, portabile;
17. Respirația cu aparate de insuflație automată;
18. Toate.
19. **C.M. Diagnosticul morții biologice:**
20. Abolirea totală a conștientului;
21. Cianoză generalizată;
22. Absența activității respiratorii și cardiace;
23. Midriază fixă și areactivă;
24. Areflexie, rigiditate și lividitate cadaverică.
    * 1. **C.M. Tamponarea alveolei cu meşă iodoformată în scop hemostatic constă în următoarele:**
25. Meşa se îndeasă (cu lăţimea de 0,5-0,7 cm) de la fundul spre gura alveolei;
26. Meşa se îndeasă de la gura alveolei spre fundul ei;
27. Meşa se aplică bine apăsat pe toată suprafaţa osoasă;
28. Meşa se aplică bine apăsat doar pe suprafaţa osoasă ce sângerează;
29. Meşa se aplică fără presiune asupra pereţilor osoşi ai alveolei.
    * 1. **C.M. Dezavantajele utilizării tamponamentelor compresive cu scop hemostatic sunt:**
30. Nu este obţinută întotdeauna o hemostază definitivă, mai ales la pacienţii cu diateze hemoragice;
31. Introducerea intraalveolară a meşelor compresive este unul dintre factorii favorizanţi ai alveolitei postextracţionale;
32. Se răsfrânge negativ asupra duratei procesului de vindecare a plăgii postextracţionale;
33. Este una dintre cele mai dificile metode hemostatice;
34. Provoacă o necroză tisulară locală.
    * 1. **C.M. Neajunsurile electrocoagulării ţesuturilor sângerânde sunt:**
35. Prin producerea excesivă de căldură provoacă o necroză tisulară;
36. Încetineşte considerabil procesele de vindecare a plăgii postextracţionale;
37. Deteriorarea ţesuturilor poate conduce la mărirea defectului vascular şi intensificarea hemoragiei;
38. Persistenţa durerilor postoperatorii din jurul zonei cauterizate;
39. Necesită prezenţa utilajului respectiv, în condiţii de urgenţă, la îndemînamedicului.

1. C.S. Sinusul comunică cu cavitatea nazală printr-un orificiu oval care se deschide în:
   1. Meatul nazal superior;
   2. Meatul nazal mediu;
   3. Meatul nazal inferior;
   4. Prin celulele etmoidale;
   5. Nici una din acestea.

252. C.S. Sinusul maxilar are o formă de:

1. Prismă triunghiulară;
2. Pătrat;
3. Triunghi;
4. Oval;
5. Rotundă.

253. C.S. Pereţii sinusului din interior sunt acoperiţi cu:

1. Epiteliu pluristratulat cilindric cu cili;
2. Epiteliu cubic;
3. Epiteliu plat;
4. Epiteliu prizmatic;
5. Epiteliu folicular.

254. C.M. Muşchii coborâtori ai mandibulei cu acţiune directă sunt:

1. Platisma;
2. M.milohioidian;
3. M. stilohioidian;
4. M.geniohioidian;
5. M.digastric.

255. C.S. Limfa din sinusul maxilar se revarsă în limfonodulii:

1. Submandibulari;
2. Retrofaringieni;
3. Cervicali;
4. Occipitali;
5. Jenieni.

256. C.M. Limfa de la buzele superioară şi inferioară se revarsă spre limfonodulii:

1. Jenieni;
2. Retroauriculari;
3. Submentonieri;
4. Submandibulari;
5. Supraclaviculari.

257. C.M. Limfa de la maxilarul inferior se revarsă spre limfonodulii:

1. Submandibulari;
2. Submentonieri;
3. Parotidieni;
4. Retrofaringieni;
5. Jenieni.

258. C.S. La naştere, cavitatea bucală este:

a) Populată de o mare varietate de germeni patogeni;

b) Populată de o mare varietate de germeni nepatogeni;

c) Sterilă;

d) Populată de o floră microbiană polimorfă;

e) Populată de o floră microbiană anaerobă.

259. C.M. Celulele implicate în fagocitoză sunt următoarele:

a) Polimorfonucleare neutrofile sanguine (leucocitele, limfocitele etc.);

b) Macrofage tisulare din ficat (celulele Kupffer);

c) Ţesutul conjunctiv (histiocite);

d) Măduva osoasă, ţesutul osos (osteoclaste);

e) Mononucleare circulante (monocite).

260. C.M. Focarele de infecţie potenţial patogenice în cavitatea bucală sunt:

a) placa dentară;

b) caria dentară;

c) pungile parodontale, tartul;

d) parodontitele apicale;

e) depunerile linguale.

261. C.M. Sistemul de rezistenţă al organismului uman faţă de acţiunea agenţilor patogeni cuprinde:

a) rezistenţa sau imunitatea naturală (moştenită);

b) rezistenţa sau imunitatea dobîndită;

c) imunitatea umorală;

d) imunitatea celulară (imunitate mediată celular);

e) nici una.

262. C.M. Barierele naturale ce apără organismul de pătrunderea germenilor patogeni sunt:

a) pielea;

b) mucoasa cavităţii bucale;

c) bariera de organ (hemato-encefalică);

d) imunitatea dobîndită;

e) imunitatea naturală.

263. C.M. Cînd extracţiile dentare pot provoca abcese, flegmoane, osteomielite:

a) În caz dacă nu s-a ales momentul potrivit (extracţia făcută „la cald” fără drenare);

b) Cînd nu s-au îndepărtat elementele patologice din alveolă;

c) Extracţiile traumatice;

d) Rămăşiţi radiculare;

e) În orice extracţie dentară.

264 C.S. În cazul infecţiilor, organismul uman acţionează specific, elaborînd anticorpi, ca răspuns la prezenţa antigenilor microbieni. De cine sunt produşi aceşti anticorpi:

a) de către elementele sanguine (eritrocite, monocite);

b) de către limfocitele B;

c) în ganglionii limfatici;

d) în structurile tisulare (mucoasaă, submucoasă);

e) de către macrofagi.

265. C.M. Anticorpii sunt complexe glicoproteice, cu numele de imunoglobuline. Care sunt ele:

a) Ig G;

b) Ig M;

c) Ig A;

d) Ig D;

e) Ig E.

266. C.M. Apărarea antibacteriană este rezultatul unei acţiuni sinergice şi ordonate a proceselor de:

a) imunitate umorală;

b) imunitate celulară;

c) factorilor de rezistenţă naturală;

d) activitatea sistemului cardio-vascular;

e) activitatea sistemului nervos.

267. C.M. În inflamaţia acută caracteristic este formarea exudatului constituit dintr-o componenţă lichidă şi alta celulară, componenţa fiind:

a) plasma, ce conţine substanţe antibacteriene şi antitoxice;

b) mediatori chimici (serotonină, bradikinină);

c) ioni de K;

d) fibrinogen;

e) polimorfonucleare, monocite, macrofage.

268. C.S. Abcesul este:

a) un proces inflamator difuz în ţesuturile osoase;

b) un proces inflamator difuz în ţesuturile moi subcutanate, intramusculare în organe parenchimatoase;

c) o inflamaţie supurativă localizată, circumscrisă;

d) un proces inflamator al tegumentelor;

e) nici o definiție nu corespunde.

269. C.S. Flegmonul este:

a) o inflamaţie supurativă localizată;

b) un proces inflamator cu caracter difuz;

c) un proces pseudomembranos;

d) un proces cu infiltraţie seroasă;

e) un proces cu infiltraţie fibrinoasă.

270. C.M. Flegmonul se caracterizează prin:

a) infiltrarea difuză a ţesuturilor (fără delimitare precisă);

b) tumeficaţie, hiperemie, dură la palpare, dureroasă;

c) conţinerea unui exudat cu polimorfonucleare, bacterii, resturi de ţesut necrotic;

d) sunt provocate de germenii patogeni mai agresivi cu o virulenţă pronunţată (steptococi);

e) reacţia de apărare locală şi generală scăzută.

271. C.M. Căile de răspîndire a infecţiei din focarul inflamator sunt:

a) limfatică;

b) hematogenă;

c) de-a lungul pachetelor vasculo-nervoase;

d) prin spaţiile interfasciale, intermusculare;

e) prin spaţiile intratisulare.

272. C.S. În inflamaţiile cronice predomină:

a) inflamaţia cu caracter proliferativ;

b) inflamaţia cu caracter seros;

c) inflamaţia cu caracter fibrinos;

d) inflamaţia cu caracter cataral;

e) inflamaţia cu caracter pseudomembranos.

273. C.S. Căile pe care agenţii infecţioşi din os dufuziază în ţesuturile moi, sunt:

a) calea transosoasă prin canalele Hawers;

b) calea directă;

c) calea limfatică;

d) calea venoasă.

e) oricare din cele enumerate

274. C.S. Semnul patognomonic al unui abces poate fi:

a) împăstarea;

b) induraţia;

c) fluctuenţa;

d) crepitaţiile gazoase;

e) durerea pulsatilă.

275. C.M. Calea submucoasă de difuzare în infecţiile părţilor moi perimaxilare are ca

punct de plecare mai ales:

a) accidentele de erupţie ale dinţilor;

b) parodontite apicale;

c) parodontite marginale;

d) prezenţa unor corpi străini;

e) infecţii faringo-amigdaliene.

276. C.M. Calea limfatică de difuzare a infecţiilor părţilor moi perimaxilare poate avea ca punct de plecare:

a) accidentele de erupţie ale dinţilor;

b) parodontite apicale;

c) parodontite marginale;

d) fracturi ale maxilarelor;

e) infecţii faringo-amigdaliene.

277. C.S. Precizaţi care din următoarele afecţiuni pot detrmina infecţii ale părţilor moi

perimaxilare prin difuzare transososă:

a) parodontita apicală;

b) parodontita marginală;

c) infecţiile faringo-amigdaliene;

d) furunculule feţei;

e) carbunculul feţei.

278. C.M. Însămînţarea conţinutului unei colecţii supurate se face pentru:

a) a stabili ce tipuri bacteriene conţine acest proces;

b) a stabili care este sensibilitatea germenilor patogeni la antibiotice (antibiograma);

c) a stabili un plan corect de anestezie şi intervenţie chirurgicală;

d) a indica corect tratamentul complex;

e) a şti pronosticul procesului.

279. C.S. Obţinerea unei culturi din focarele infectate se face prin:

a) puncţie aspiratorie;

b) prin amprentare;

c) prin excoriaţie;

d) excizie de ţesut moale;

e) după deschiderea focarului se ia puroi pentru însămînţare.

280. C.S. Colectarea materialului pentru antibiogramă este corectă cînd se face:

a) după instituirea tratamentului procesului inflamator;

b) în timpul tratamentului;

c) înaintea instituirii tratamentului cu antibiotice;

d) cînd apar complicaţii în timpul tratamentului;

e) nu se face de loc.

281. C.M. Care medicamente administrate timp îndelungat reduc capacitatea de apărare a organismului împotriva infecţiilor OMF:

a) cortizonul;

b) citostaticele;

c) imunosupresoarele;

d) radioterapia ;

e) nici una din ele.

282. C.M. Tratamentul cu antibiotice poate fi indicat în caz de:

a) infecţie instalată acut;

b) tumeficaţie difuză;

c) apărarea gazdei compromisă;

d) implicarea spaţiilor interfasciale;

e) starea generală alterată, temperatura corporală 38 gr. şi mai sus.

283. C.M. Localizarea infecţiilor odontogene şi evoluţia lor este dependentă de o serie de factori şi anume:

a) grosimea şi structura tablelor osoase ale maxilarelor;

b) raportul rădăcinilor dinţilor faţă de tablele osoase;

c) dispoziţia părţilor moi şi structura lojilor perimaxilare cu abundenţă de ţesut grasos, conjunctiv şi limfatic;

d) inserţia mucoasei mobile în raport cu apexurile dinţilor şi inserţiile muşchilor perimaxilari;

e) nici unul din ei.

284. CM. Clinic și topografic infecțiile nespecifice ale parțilopr moi perimaxilare sunt sistematizate astfel:

a) abcese periosoase (periostite);

b) abcese ale lojilor superficiale;

c) abcese ale lojilor profunde;

d) flegmoane (planşeul bucal, hemifacial);

e) limfadenite supurate, adenoflegmon.

285. C.M. Condiţiile care favorizează cantonarea proceselor infecţioase mai frecvent la mandibulă sunt:

a) Prezenţa canalului mandibular;

b) Frecvenţa mai mare a fracturilor la acest nivel;

c) Vascularizaţia săracă de tip terminal;

d) Corticala groasă;

e) Frecvenţa crescută a parodontopatiilor.

286. C.S. Cel mai frecvent periostitele sunt cauzate de:

a) parodontitele apicale cronice;

b) osteomielita odontogenă;

c) parodontitele apicale exacerbate;

d) erupţia dificilă a molarului de minte inferior;

e) gangrenele pulpare complicate.

287. C.M. Abcesele periosoase apar mai frecvent:

a) la mandibulă;

b) la maxilă;

c) vestibular;

d) lingual;

e) palatinal.

288. C.M. Tumeficaţia ce însoţeşte un abces vestibular cu punct de plecare 13 de obicei se localizează la:

a) buza superioară;

b) obraz în regiunea distală;

c) regiunea pleoapei inferioare;

d) regiunea geniană;

e) toate acestea

289. C.M. Într-un abces palatinal sunt prezente următoarele semne clinice:

a) Dureri de parodontită apicală acută;

b) Tumefacţie care deformează bolta palatină;

c) Trismus;

d) Asimetria feţei;

e) Febră mare.

290. C.M. În caz de periostită la bolnavii iradiaţi sau trataţi chimic antitumoral:

a) la cei iradiaţi se permite incizia fiind chiar indicată

b) la cei iradiaţi nu se permite incizia, la fel ca şi la alte acte operatorii

c) la cei trataţi chimic antitumoral este permisă incizia abcesului

d) la cei trataţi chimic antitumoral nu este permisă incizia

e) în toate cazurile se aşteaptă fistulizarea spontană

291. C.S. Periostita (abcesul subperiostal) :

a) are etiologie osoasă

b) are etiologie mucoasă

c) are etiologie odontogenă

d) este posibilă apariţiea ei prin transmiterea infecţiei în vestibul venind de la distanţă pe cale sanguină

e) este posibilă apariţia lui venind de la distanţă pe cale limfatică.

292. C.M. În celulita perimaxilară:

a) există colecţie purulentă

b) nu există colecţie purulentă

c) este posibilă regresia spontană a procesului inflamator

d) nu este posibilă regresia spontană a procesului inflamator

e) cedează doar sub acţiunea tratamentului medicamentos

293. C.M. În abcesul părţilor moi regiunii maxilo-faciale:

a) temperatura este crescută, iar pulsul este scăzut;

b) temperatura este scăzută, iar pulsul este crescut;

c) temperatura creşte proporţional cu pulsul;

d) tabloul sanguin arată leucopenie;

e) tabloul sanguin arată leucocitoză

294. C.S. În flegmonul părţilor moi regiunii maxilo-faciale tabloul sanguin arată:

a) leucocitoză cu devierea formulei leucocitare spre stânga;

b) leucocitoză cu devierea formulei leucocitare spre dreapta;

c) leucopenie cu deviere spre stânga a formulei leucocitare;

d) anemie;

e) hiperglobulie

R: a

295. C.M. Pentru stabilirea gravităţii infecţiei părţilor moi perimaxilare:

a) palparea nu are valoare semnificativă;

b) palparea are valoare semnificativă;

c) puncţia exploratorie singură nu este importantă neavând valoare diagnostică;

d) puncţia exploratorie este importantă doar în contextul celorlalte examinări;

e) puncţia exploratorie poate fi semnificativă şi în afara celorlalte examinări

296. C.S. Infecţiile perimaxilare de origine odontogenă se produc prin următoarele mecanisme:

a) prin transmisie trans-heversiană

b) prin transmisie de-a lungul canalului mandibular

c) prin transmisie doar de la parodonţiu

d) prin transmisie doar de la apex

e) oricare cale este posibilă

297. C.S. Celulita acută perimaxilară reprezintă:

a) o inflamaţie celulară

b) o inflamaţie tisulară

c) o colecţie purulentă

d) o colecţie seroasă

e) o infiltraţie gazoasă a ţesuturilor

298. C.M.În caz de osteomielită in faza subacuta:

a) fenomenele generale se accentuează

b) fenomenele generale se ameliorează

c) tumefacţia se accentuează

d) tumefacţia diminuează

e) lipsesc semnele odontogene

299. C.M. Osteomielita odontogenă a maxilarelor:

a) este întâlnită mai des la maxilarul superior

b) este întâlnită mai des la mandibulă

c) infecţia ajunge în os frecvent pe cale sanguină

d) infecţia ajunge în os frecvent pe cale limfatică

e) infecţia ajunge în os frecvent pe cale directă

300. C.M. În faza de debut a supuraţiei fosei infratemporale diagnosticul se pune pe baza:

a) datelor anamnestice

b) semnelor subiective

c) semnelor obiective

d) examinărilor complementare

e) stării generale

301. C.M. Diseminarea infecţiei din loja submandibulară este posibilă în:

a) regiunea mentonieră

b) regiunea geniană

c) regiunea parotidiană

d) loja sublinguală

e) loja laterofaringiană

302. C.M. Drenajul abcesului lojei maseterine se face:

a) pe cale exo-orală

b) pe cale endo-orală

c) pe cale retro-mandibulară

d) cu tuburi de dren

e) nu sunt necesare tuburile de dren

303. C.M. Drenajul endo-oral al abcesului maseterin:

a) este indicat în colecţiile superficiale

b) este indicat în colecţiile profunde

c) incizia mucoasei se face în treimea medie a marginii anterioare a ramurii ascendente

d) incizia mucoasei se face în fundul de şanţ vestibular inferior şi posterior

e) în incizia şi drenajul endo-oral nu este necesar tub sau lamă de dren

304. C.M. În abcesul lojei maseterine colecţia purulentă este limitată:

a) între tegument şi muşchiul maseter

b) între glanda parotidă şi muşchiul maseter

c) între muşchiul maseter şi mandibulă

d) trismusul face parte dintre primele semne

e) trismusul se instalează numai după apariţia supuraţiei

305. C.M. În abcesul regiunii submaseterine:

a) hiperemia tegumentelor este obligatorie

b) hiperemia tegumentelor nu este obligatorie

c) fluctuenţa este obligatorie

d) fluctuenţa nu este obligatorie

e) tumefacţia regiunii temporale este obligatorie

306. C.M. În abcesul lojei parotidiene deschiderea colecţiei se face:

a) pe cale endo-orală

b) pe cale exo-orală

c) pe ambele căi

d) retromandibular

e) subangulomandibular

307. C.M. În abcesul lojei parotidiene:

a) bolnavul prezintă trismus intens

b) bolnavul prezintă trismus moderat

c) tegumentele sunt roşii

d) endooral, papila canalului Stenon este roşie iar saliva este purulentă

e) endooral, papila canalului Stenon şi calitatea salivei sunt nemodificate

308. C.M. În abcesul limbii, în cazurile obişnuite:

a) planşeul oral nu este interesat

b) poate fi interesat şi planşeul oral

c) puncţia exploratorie nu se utilizează

d) puncţia exploratorie este utilă

e) numai examenul clinic stabileşte diagnosticul

309. C.M. În supuraţia limbii colecţia purulentă poate fi situată:

a) la vârful limbii

b) la baza limbii

c) poate fi atât la vârful limbii cât şi la baza limbii

d) superficial, submucos

e) profund, între muşchi

310. C.M. În abcesul limbii:

a) tumefacţia cuprinde toată limba

b) tumefacţia este limitată în jurul colecţiei

c) relieful marginilor limbii este neted, uniform

d) relieful marginilor limbii este denivelat

e) faţa dorsală rămâne nemodificată

311. C.M. Deschiderea abcesului limbii pe cale orală se face:

a) în localizările de la vârful limbii

b) în localizările de la baza limbii

c) în localizările de la marginile limbii

d) în localizările centrale ale colecţiei

e) în orice localizări

312. C.M. În abcesul lojei submandibulare:

a) colecţia purulentă este situată deasupra muşchiului milohioidian

b) colecţia purulentă este situată sub muşchiul milohioidian

c) sunt posibile ambele situaţii

d) cauza supuraţiei este exclusiv odontogenă

e) pot fi şi alte cauze ale supuraţiei

313. C.M. În flegmoanele anaerobe ale feţei întâlnim:

a) puls mic şi temperatură mare

b) puls mare şi temperatură mică

c) deviaţia formulei leucocitare spre dreapta

d) deviaţia formulei leucocitare spre stânga

e) hiperglobulie

314. C.M. În flegmonul anaerob:

a) puncţia exploratorie evidenţiază secreţia purulentă în zona tumefiată

b) puncţia exploratorie este negativă

c) incizia ţesuturilor este urmată de drenajul unei secreţii purulente masive

d) incizia ţesuturilor nu relevă puroi ci o minimă secreţie sanghinolentă brună cu miros fetid

e) este posibilă oricare dintre situaţiile de mai sus

315. C.S. Tratamentul flegmonului anaerob se face:

a) prin incizii minime menajante

b) prin incizii maxime nemenajante

c) prin transfuzii de plasmă

d) prin transfuzii de sânge

e) transfuzia sanguină este lipsită de valoare terapeutică

316. C.S. Abcesul parodontal:

a) este o colecţie purulentă localizată submucos în dreptul dintelui cauzal

b) este o colecţie localizată strict în jurul unui dinte cu pungă parodontală închisă în colet

c) interesează de obicei gingia fixă

d) poate interesa şi mucoasa gingivală mobilă

e) se poate transmite şi la lojile vecine

317. C.M. Incizia şi drenajul abcesului mandiulo-lingual se face:

a) paralel cu axul dintelui cauzal

b) paralel cu festonul gingival

c) sunt posibile ambele variante notate mai sus

d) cât mai aproape de os

e) cât mai jos, spre planşeul oral

318. C.M. În abcesele palatinale cu evoluţie laterală, către marginea gingivală:

a) drenajul se face prin simpla decolare a gingiei

b) drenajul se face prin excizie gingivală

c) drenajul se face prin extracţia dintelui

d) drenajul se asigură cu tub de dren

e) drenajul se asigură cu lamă de dren

319. C.M. În abcesul palatinal drenajul puroiului se face:

a) prin incizia fibromucoasei palatine

b) prin excizia fibromucoasei palatine

c) incizia sau excizia se fac perpendicular pe festonul gingival

d) incizia sau excizia se fac paralel cu festonul gingival

e) se aplică tub sau lamă de dren

320. C.M. Diagnosticul diferenţial al abcesului palatinal se poate face:

a) cu o tumoră chistică neinfectată

b) cu o tumoră chistică infectată

c) cu o tumoră salivară malignă

d) cu o tumoră osoasă benignă

e) cu o tumoră salivară benignă

321. C.M. În care dintre fazele evolutive ale osteomielitei este mai expresiv examenul radiologic

a) în faza de congestie

b) în faza de supuraţie

c) în faza de necroză

d) în faza de regenerare

e) în toate fazele este la fel

322. C.M. Diagnosticul diferenţial al actinomicozei:

a) se face cu osteomielita banală

b) nu se face cu osteomielita banală

c) se face cu carcinomul

d) nu intră în discuţie carcinomul

e) se face doar cu sarcomul

323. C.M. În osteomielita mandibulei:

a) se extrag dinţii mobili deoarece întreţin infecţia şi nu mai este posibilă consolidarea lor

b) se extrage doar dintele cauză

c) nu se aşteaptă până la delimitarea sechestrelor

d) se aşteaptă până la delimitarea sechestrelor

e) vor fi păstraţi toţi dinţii

324. C.M. În osteomielita mandibulei:

a) se depulpează dinţii mobili care nu răspund la testul de vitalitate

b) se extrage dintele cauzal

c) testul de vitalitate al dinţilor este valoros şi necesar în faza acută pentru stabilirea dinţilor cauzali

d) testul de vitalitate nu este concludent în faza acută

e) se extrag dinții intacți mobili din vecinătate

325. C.M. În osteomielita acută a mandibulei:

a) este utilă corticotomia mandibulei

b) este riscantă corticotomia mandibulei

c) se impune doar tratament antibiotic

d) se impune extracţia dinţilor în cauză

e) se impune temporizarea extracţiei dinţilor în cauză

326. C.M. Sechestrele osoase în osteomielită apar:

a) în faza de congestie

b) în faza de supuraţie

c) în faza de necroză

d) în faza de reparaţie

e) este posibil să se delimiteze în oricare din ultimele trei faze

327. C.M. După osteomielită:

a) este posibilă regenerarea spontană a osului după eliminarea sechestrelor

b) nu este posibilă regenerarea spontană, fapt care duce la scurtarea mandibulei

c) este posibilă fractura în os patologic

d) nu este posibilă fractura în os patologic

e) în toate cazurile se impune imobilizarea mandibulei ca tratament

328. C.M. Care din următorii dinţi pot provoca prin leziunile lor abcese palatinale:

a) caninul superior;

b) incisivul lateral superior;

c) molarii superiori;

d) incisivul central superior;

e) primul premolar superior.

329. C.M. Tratatamentul în abcesul palatinal constă în:

a) puncţie aspirativă

b) incizie paralelă cu artera palatină,

c) excizia fibromucoasei ”în felie de portocală”;

d) drenaj cu lamă de cauciuc;

e) drenaj cu meşă iodoformată.

330. C.M. Abcesele ce au ca punct de plecare molarii inferiori au următoarele semne clinice specifice:

a) trismus şi disfagie;

b) genă masticatorie;

c) asimetrie facială;

d) edem suborbitar;

e) buză de tapir.

331. C.M. Într-un abces palatinal sunt prezente următoarele semne clinice:

a) genă masticatorie;

b) senzaţia de corp străin în bolta palatină;

c) trismus;

d) asimetria feţei;

e) febră mare.

332. C.M. Osteomielita odontogenă este un proces infecţios extensiv care interesează:

a) porţiunea medulară osoasă;

b) sistemul Hawersian;

c) corticala maxilarelor;

d) periostul;

e) ţesuturile înconjurătoare moi.

333. C.S. Osteomielita se localizeză mai frecvent:

a) la maxilar;

b) la mandibulă;

c) în egală măsură la ambele oase;

d) numai la copii;

e) nici una din acestea.

334. C.M. Care din următoarele semne clinice sunt caracteristice osteomielitei difuze de mandibulă:

a) mobilitate dentară;

b) discordanţă puls-temperatură;

c) stare generală moderat alterată;

d) semnul Vincent;

e) manevra Valsava pozitivă.

335. C.M. Diagnosticul diferenţial al osteomielitei se face cu:

a) supuraţii perimaxilare;

b) osteite fistulizate;

c) infecţii specifice;

d) osteoradionecroza;

e) nici una din acestea.

336. C.M. Diagnosticul diferenţial al osteomielitei cronice se face cu:

a) periostita;

b) supuraţiile periosoase;

c) displazii fibroase;

d) osteomielită acută;

e) tumori osoase infectate.

337. C.S. Cel mai frecvent în osteomielite se întîlnesc următorii germeni patogeni:

a) steptococ hemolitic;

b) E. coli;

c) Preumococii;

d) Stafilacocii auriu şi alb;

e) Actinomicete.

338. C.S. Osteomielita hematogenă este întîlnită mai frecvent la:

a) bătrîni;

b) adulţi;

c) copii;

d) noi născuţi;

e) la toţi în egală măsură

339. C.S. Maxila este afectată de osteomielita odontogenă mai rar deoarece:

a) maxila are o corticală groasă şi de loc os spongios;

b) maxila are o corticală subţire, o irigaţie sanguină mai bogată;

c) maxila este străpunsă de canalul suborbitar, incisiv;

d) sistemul de canale hawersiene este destul de dezvoltat;

e) nici una din ele.

340. C.M. Mandibula este afectată de osteomielită odontogenă mai frecvent deoarece:

a) are o corticală ce favorizează un drenaj rapid;

b) o irigaţie sanguină bogată;

c) are ţesut medular şi os spongios mult;

d) ţesutul medular este înconjurat de o corticală groasă, vascularizare săracă de tip terminal;

e) prezenţa canalului mandibular

341. C.M. În osteomielita odontogenă acută sunt observate următoarele schimbări:

a) acidoză şi deshidrare;

b) albuminuria;

c) anemie;

d) leucocitoză cu deviere în stînga;

e) VSH-ul este crescut.

342. C.S. Radiologic osteomielita cronică este prezentată de:

a) imaginea de sarcofag;

b) os pătat;

c) os marmorat;

d) miez de pîine;

e) toate acestea.

343. C.M. Într-un abces a regiunii infraorbitale punctul de plecare a infecţiei este:

a) incisivii;

b) caninii;

c) premolarii;

d) molarii;

e) molarul de minte.

344. C.S. Într-un abces a regiunii nfraorbitale incizia se face:

a) pe marginea inferioară a orbitei;

b) pe plica nazo-labială;

c) pe versantul nazal;

d) pe fundul sacului vestibular;

e) în fosa canină.

345. C.M. După deschiderea abcesului regiunii infraorbitale în plagă se introduce:

a) un dren din lamă de cauciuc;

b) un tub de cauciuc;

c) o meşă iodoformată;

d) o făşie de tifon;

e) un tampon cu antiseptice.

346. C.M. Un abces jugal poate fi drenat:

a) pe cale endobucală;

b) pe cale exobucală;

c) pe cale mixtă;

d) numai printr-o incizie submandibulară;

e) nici una din acestea.

347. C.S. Diagnosticul diferenţial al unui abces parotidian se face cu:

a) tumorile mixte parotidiene;

b) chistadenolimfoamele;

c) parotiditele acute supurate;

d) chistul sebaceu;

e) parotidita epidemică.

348. C.S. O supuraţie ce a cuprins loja parotidiană o incizaţi:

a) preaucircular;

b) subangulomandibular;

c) presternocleidomastoidian;

d) pe marginea anterioară a ramului mandibular;

e) oricare din aceste incizii.

349. C.M. În etiologia abceselor orbitei de bază sunt procesele:

a) dento-parodontale la premolarii şi molarii inferiori;

b) sinusitele acute supurate;

c) propagarea unor supuraţii din lojile de vecinătate;

d) osteomielita maxilei;

e) osteomielita mandibulei.

350. C.S. Regiunea temporală comunică cu:

a) orbita;

b) regiunea parotidă;

c) loja infratemporală;

d) regiunea suborbitară;

e) regiunea maseterină.

351. C.S. Diagnosticul diferenţial al abcesului regiunii temporale se face cu:

a) abcesul fosei infratemporale;

b) plăgi înţepate ale regiunii temporale;

c) tumorile temporale;

d) osteomielita osului temporal;

e) toate.

352. C.M. Un abces al regiunii temporale este deschis prin incizie:

a) p polul cel mai pronunţat al colecţiei;

b) verticale - radiale;

c) la marginea arcului zigomatic;

d) semirotundă la nivelul inserţiei m.temporal;

e) prin puncţie cu un ac larg.

353. C.M. Complicaţiile abcesului regiunii temporale sunt:

a) trecerea în regiunile înconjurătoare, îndeosebi infratemporală;

b) osteomielita osului temporal;

c) constricţia mandibulei;

d) deformaţii, defecte;

e) paralizii faciale.

354. C.M. Etiologia abcesului regiunii infratemporale se caracterizează prin:

a) procese dentoparodontale la molarii maxilei;

b) procese infecţioase ale oaselor sau sinusurilor de vecinătate;

c) difuzarea infecţii de la lojile vecine;

d) puncţiile septice în cadrul anesteziilor la tuberozitate;

e) puncţiile septice în cadrul anesteziei infraorbitare.

355. C.S. Complicaţiile septice postanestezice în fosa infratemporală apar în special după:

a) anestezia plexală sau prin baraj;

b) anestezia la gaura incisivă sau infraorbitară;

c) anestezia la tuberozitate;

1. anestezia la gaura mandibulară sau palatinală;
2. în nici una din aceste situaţii.

356. C.M. Simptoamele locale ale unui abces a regiunii infratemporale sunt:

a) edem supra şi subzigomatic (simptomul de clepsidră);

b) tumeficaţia regiunilor învecinate;

c) trismus;

d) endobucal tumeficaţie perituberozitară cu mucoasa congestionată lucioasă, în tensiune;

e) tulburări funcţionale (de masticaţie, glutiţie, fonaţie).

357. C.M. Deschiderea unui abces de fosă infratemporală cel mai des se face:

a) pe cale transsinusală;

b) pe cale endobucală;

c) pe cale exobucală suprazigomatic;

d) combinat;

e) toate acestea.

358. C.M. Loja submandibulară comunică cu:

a) loja sublinguală printr-o fisură situată între m.hioglos şi m.milohioidian;

b) anterior cu spaţiul submentonier;

c) posterior cu loja laterofaringiană;

d) loja cervicală;

e) loja pterigomandibulară.

359. C.M. Etiologia abceselor şi flegmonului lojii submandibulare poate fi:

a) procese septice cu punct de plecare molarii inferiori;

b) adenite supurate submaxilare;

c) litaza salivară submandibulară suprainfectată;

1. osteomielita, periostita odontogenă a corpului mandibulei;

e) fracturi de corp al mandibulei.

360. C.M. Diagnosticul diferenţial într-un abces de lojă submandibulară, îl faceţi cu:

a) adenita acută supurată;

b) submaxilita acută supurată;

c) adenopatiile metastatice;

d) adenopatiile specifice;

1. abces de lojă sublinguală.

361. C.S. Care este incizia pentru deschiderea colecţiei de puroi în loja submandibulară:

a) incizia în fundul de sac vestibular;

b) incizia retrotuberozitară;

c) incizia retromandibulară;

d) incizia pe şanţul planşeului bucal;

e) incizia liniară paralelă cu marginea bazilară a mandibulei.

362. C.M. În spaţiul lojei submentoniere se găseşte:

a) limfonoduli 2-3;

b) ţesut conjunctiv, ţesut adipos;

c) glanda sublinguală;

d) nervul hipoglos;

e) artera şi vena linguală.

363. C.M. Loja submentonieră comunică cu:

a) loja sublinguală;

b) loja submandibulară;

c) loja parotidiană;

d) loja pterigomandibulară;

e) loja retromandibulară.

364. C.M. Factorii etiologici ai abcesului lojei submentoniere sunt:

a) procese septice cu punct de plecare incisivii şi caninii inferiori;

b) adenitele supurate submentoniere;

c) furuncule ale buzei inferioare sau ale mentonului;

d) propagarea de la lojile vecine (sublinguală, submandibulară);

e) osteomielita de menton, fracturi mediane.

365. C.M. Simptomatologia locală a unui abces al lojei submentoniere se prezintă prin:

a) tumeficaţie a regiunii mentoniere;

b) tegumentul congestionat, lucios, neted, cu ştergerea reliefului;

c) aspect clinic de bărbie dublă;

d) palparea dureroasă, fluctuenţă;

e) trismus.

366. C.S. Abcesul submentonier ca regulă se incizează:

a) longitudinal, pe linia mediană;

b) paralel cu arcul mentonier;

c) endobucal;

d) combinat;

e) sunt corecte toate variantele.

367. C.M. În loja sublinguală se găseşte:

a) glanda sublinguală şi canalul Bartholini;

b) canalul Wharton;

c) nervul şi vasele sublinguale;

d) ţesut conjunctiv lax;

e) glanda submaxilară.

368. C.M. Loja sublinguală comunică cu:

a) loja submaxilară;

b) loja pterigomandibulară;

c) loja laterofaringiană;

d) loja infratemporală;

e) loja parotidiană.

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

a) tumeficaţie în partea anterioară a planşeului;

b) congestia mucoasei lucioasă, proeminentă;

c) plica sublinguală în „creastă de cocoş” acoperită cu depozite fibrinoase;

d) limba împinsă spre partea sănătoasă;

e) la palpare durere, fluctuenţă.

370. C.M. Modificările funcţionale în abcesul limbii pot fi de:

a) hipersalivaţie;

b) deglutiţie;

c) respiraţie cu fenomene asfixice;

d) de masticaţie;

e) de fonaţie.

371. C.S. În abcesul limbii apar tulburări funcţionale majore, însă unul din ele pune în pericol viaţa pacientului:

a) tulburări de deglutaţie;

b) tulburări de masticaţie;

c) tulburări de fonaţie;

d) tulburări de respiraţie cu fenomene asfixice;

e) trismusul.

372. C.M. În flegmonul limbii diagnosticul diferenţiat se face cu:

a) tumorile maligne infectate ale limbii;

b) chisturile tireoglosale suprainfectate ale bazei limbii;

c) abcesele planşeului bucal;

d) macroglosia;

e) glosita.

373. C.M. Complicaţiile abcesului lingual pot fi:

a) difuzarea în alte loji din vecinătate;

b) septicemie;

c) asfixie;

d) anchiloze;

e) constricţii de mandibulă

374. C.M. Procesul infecţios al lojei submaseterine se poate dezvolta avînd ca punct de plecare:

a) erupţia dificilă a molarilor de minte inferiori;

b) osteomielita odontogenă a ramului ascendent al mandibulei;

c) chisturile odontogene suprainfectate (la unghi, ram);

d) propagarea de la lojile din vecinătate;

e) procese dentoparodontale ale molarilor inferiori.

375. C.S. Abcesul submaseterin mai frecvent are ca punct de plecare:

a) supuraţii din lojile învecinate;

b) molarii de minte inferiori;

c) hematom maseterine traumatice;

d) injectite postanestezice;

e) fracturi ale corpului mandibulei.

376. C.S. Trismusul este depistat în:

a) abcesul lojei submandibulare;

b) abcesul submentonier;

c) abcesul genian;

d) abcesul palatinal;

e) abcesul maseterin.

377. C.M. Loja pterigomandibulară comunică cu:

a) Loja sublinguală;

b) Loja infratemporală;

c) Loja submandibulară;

d) Planşeul bucal;

e) Loja laterofaringiană.

378. C.M. Cauzele abcesului pterigomandibular sunt:

a) afecţiunile dentoparodontale ale molarilor inferiori;

b) puncţia septică la Spina Spix;

c) erupţia dificilă a molarului de minte inferior;

d) propagarea de la lojile de vecinătate;

e) ranula.

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

a) edem şi infiltraţia sub unghiul mandibulei;

b) mucoasa plicii pterigo-mandibulare congestionată, netedă, roşie, lucioasă;

c) trismusul;

d) glutiţia dureroasă;

e) macroglosie.

380. C.M. Abcesul lojii pterigo-mandibulare se deschide prin incizia:

a) endobucală paralel cu plica pterigo-mandibulară;

b) exobucal incizie în unghi ce înconjoară unghiul mandibular;

c) submandibulară;

d) retromandibulară de-a lungul marginii posterioare a ramului ascendent;

e) pe fund de sac vestibular.

381. C.M. Complicaţiile abcesului pterigo-mandibular pot fi:

a) propagarea în loja laterofaringiană;

b) propagarea în loja subsubmandibulară;

c) propagarea în loja sublinguală;

d) propagarea în loja infratemporală;

e) propagarea în loja submentonieră.

382. C.M. Factorii etiologici în abcesul lojei retromandibulare sunt:

a) procese dentoparodontale la molarii superiori şi inferiori;

b) fracturi de mandibulă;

c) adenita supurată submandibulară;

d) propagarea infecției de la lojile din vecinătate (submandibulară, pterigomandibulară);

e) chisturi maxilare suprainfectate.

383. C.M. Simptomatologia locală într-un abces al lojei retromandibulare este:

a) dureri spontane ce se înteţesc la mişcările capului;

b) trismus;

c) edem după marginea posterioară a ramului ascendent al mandibulei;

d) lobul urechii deplasat;

e) scăderea auzului pe partea afectată.

384. C.S. La deschiderea abcesului retromandibular se efectuează incizia:

a) submandibulară;

b) paralel cu marginea posterioară a unghiului mandibular;

c) în planşeul bucal;

d) în fundul de sac vestibular la mandibulă;

e) prin puncţie cu un ac larg.

385. C.M. Cauzele frecvente ale abceselor laterofaringiene sunt:

a) supuraţii amigdaliene;

b) accidente de erupţie ale molarilor inferiori;

c) difuzia din loji vecine;

d) parotidita acută;

e) adenite supurate latero-cervicale.

386. C.M. Diagnosticul diferenţial al abcesului laterofaringian se face cu:

a) abcesul submandibular;

b) abcesul parotidian;

c) adenita submandibulară;

d) abcesul pterigomandibular;

e) adenita latero-cervicală.

387. C.M. În componenţa planşeului bucal sunt incluse lojile:

a) submandibulare;

b) submentonier;

c) sublinguale;

d) geniene;

e) infratemporale.

388. C.M. Simptomatologia generală într-un flegmon al planşeului bucal este:

a) febra, frisoane, dureri musculare;

b) stare septică;

c) puls crescut, filiform, neregulat;

d) albuminurie, glucozurie, oligurie;

e) schimbări sanguine evidenţiate.

389. C.M. Simptomatologia locală într-un flegmon anaerob al planşeului bucal este:

a) tumeficaţie voluminoasă a planşeului bucal;

b) edem în pelerină (în sus şi în jos);

c) tegumentele hiperimiate, tensionate, marmorate;

d) la palpare o duritate fără fluctuenţă;

1. crepitaţii gazoase.

390. C.M. Tulburările funcţionale într-un flegmon al planşeului bucal sunt:

a) salivaţie abundentă cu ao salivă vîscoasă;

b) deglutiție dificilă;

c) tulburări de fonaţie;

d) respiraţie dificilă;

e) trismus cu dereglări de masticaţie.

391. C.S. Cel mai complicat simptom ce pune în pericol viaţa pacientului în flegmonul planşeului bucal este:

a) deglutiţia dureroasă;

b) edem al glotei cu pericol de asfixie;

c) salivaţia abundentă;

d) halenă fetidă

e) dereglări de fonație

392. C.M. Complicaţiile flegmonului planşeului bucal sunt:

a) meningita;

b) mediastinita, pneumonie;

c) nefrită toxică;

d) septicemie;

e) miocardită.

393. C.M. Schimbările de sînge şi urină într-un flegmon al planşeului bucal sunt:

a) anemie marcată;

b) formula leucocitară deviată spre stînga;

c) eozinofile scăzute sau absente;

d) oligurie cu albuminurie;

e) cilindrurie şi glucosurie.

394. C.S. Tratamentul chirurgical într-un flegmon anaerob al planşeului bucal constă în:

a) incizie în guler submandibulară bilateral,

b) miniincizii (3-4) în zonele submandibulare și mentonieră;

c) incizie submentonieră;

d) puncţii cu ace largi;

e) toate.

395. C.S. Flegmonul hemifacial debutează de obicei ca un:

a) abces maseterin;

b) abces parotidian;

c) abces vestibular;

d) abces genian;

e) abces de fosă infratemporală.

396. C.M. Discordanţa între puls tahicardic şi subfebrilitate este specifică în:

a) flegmonul hemifacial;

b) abcesul laterofaringian;

c) flegmonul planşeului bucal;

d) tromboflebita de sinus cavernos;

e) supuraţie a fosei infratemporale.

397. C.M. Cauza fistulei perimaxilare poate fi:

a) granuloame;

b) osteomielită cronică a maxilarelor;

c) dinţi incluşi;

d) parodontite apicale granuloase;

e) limfadenită.

398..C.M. Regiunea cervicală are următoarele părţi componente:

a) Regiunea anterioară;

b) Regiunea laterală;

c) Regiunea posterioară;

d) Regiunea sternocleidomastoidiană;

e) Nici una.

399. C.M. Care sunt fasciile cervicale :

a) fascia cervicală superficială;

b) fascia cervicală proprie;

c) aponeurosul omoclavicular;

d) lamina pretraheală;

e) lamina prevertebrală.

400. C.M. Flegmonul cervical poate provoca complicaţiile:

a) mediastinita, pneumonie;

b) pericardite, moicardite;

c) meningite, encefalite, tromboza sinusului cavernos, abcese;

d) şoc bacterian;

e) septicemie.

401. C.M. Care sunt principiile pentru indicarea antibioterapiei în tratamentul abcesului sau flegmonului:

a) determinarea germenilor patogeni şi antibiogramei;

b) se administerează o asociere de antibiotice cu acţiune bacteriană şi spectru larg;

c) se administerează antibiotici cu toxicitate minimă şi efectele secundare reduse;

d) durata de administrare şi doza să fie suficientă, realizînd o concentrare minimă pentru cel puţin 5 zile;

e) instruirea pacientului asupra dozei, frecvenţei şi atitudinii.

402. C.S. Antibioticele bacteriostatice au o acţiune ce se manifestă prin:

a) omorîrea germenilor patogeni;

b) împiedică multiplicarea germenilor patogeni;

c) măreşte mijloacele de apărare a organismului;

d) elimină microbii din organism;

e) toate.

403. C.M. În tratamentul complex al proceselor inflamatorii e necesar de administrat medicamente de dezintoxicare:

a) poliglucină, reopoliglucină;

b) hemodez 200-400 ml;

c) soluţie de glucoză 5-10% - 500-1000 ml + insulină;

d) soluţie izotonică de clorură de natriu – 500 ml;

1. hidrocarbonat de natriu 5% - 300 ml.

404. C.M. Selecţia metodei de fizioterapie în tratamentul abceselor și flegmoanelor depinde:

a) faza de inflamaţie;

b) particularităţile clinice ale procesului inflamator;

c) rezistenţa organismului şi starea generală;

d) vîrsta, sexul;

e) starea sistemelor cardiovascular şi nervos.

405. C.M. Flora microbiană ce prevalează în furuncul este:

a) stafilococul aureus;

b) stafilococul alb;

c) streptococii anaerobi;

d) streptococii hemolitici;

1. actinomicetus.

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

a) la buza superioară;

b) perinazal;

b) periorbitar;

d) genian;

e) la buza inferiară.

407. C.M. Tratamentul local al furunculului în stadiul incipient constă în:

a) deschiderea focarului;

b) prelucrarea dermului cu alcool etilic;

c) Aplicarea pungilor cu gheaţă;

d) Prişniţe cu soluţii hipertonice;

e) Pansamente cu unguente hipertonice, levomicoli, unguent heparinic.

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

a) Edem pronunţat pe traiectul vaselor angulare şi faciale,

b) Palpator se determină un infiltrat dur, dureros;

c) Hipertermia pielei în făşii;

d) De-a lungul vaselor apar mici abcese;

e) Toate.

409. CM. Simptomatologia generală în tromboflebita facială este prezentată de:

a) Febră (39,5-40 gr.), frison;

b) Stare generală alterată;

c) Paliditatea tegumentelor, transpiraţii;

d) Cefalee, insomnie, vertigii, agitaţie;

e) Inapetenţă, pierderea capacităţii de muncă.

410. C.M. În tromboflebita facială schimbările sanguine sunt evidenţiate:

a) Leucocitoză cu devierea spre stînga;

b) Accelerarea reacţiei de sedimentare;

c) Se măreşte fibrinogenul în sînge;

d) Se măreşte factorul XIII în sînge;

e) Indicii hemostazei deviaţi spre o hipercoagulemie.

411. C.M. Tratamentul intensiv al tromboflebitei faciale se instalează de urgenţă şi constă în:

a) Antibioterapia cu antibiotice de spectru larg;

b) Imonuterapia (gamaglobuline, seruri antistafilacocice);

c) Terapia de dezintoxicare (hemodez, soluţia Ringer, soluţia de glucoză 5% etc);

d) Heparin 2.500-5000 UI peste 4-6 ore cu controlul coagulogramei;

e) Desensibilizante (dimedrol, calciu gluconat, tavegil, suprastin etc).

412. C.M. În unele cazuri tromboflebita facială poate provoca procese inflamatorii ale sinusurilor endocraniene (sinustromboz) cu o simptomatică specială:

a) Edem palpebral, chemosis, ptoză, exoftalm;

b) Simptomatica de meningită;

c) Afazie;

d) Scăderea vederii pînă la pierderea ei totală;

e) Oftalmoplegie.

413. C.M. Manifestările clinice mai importante ce sugerează diagnosticul de meningită acută bacteriană sunt :

a) Debut brusc cu febră, frison, cefalee, fotofobie, greţuri, vomă, agitaţie, psihomotorie sau comă;

b) Prezenţa simptomului meningian (redoarea cefei, semnul Kerning, semnul Brudzinski);

c) Semne cefalice (agitaţie psihomotorie, delir, halucinaţii vizuale,confuzie);

d) Torpoare (somnolenţă), comă;

e) Crize de epilepsie, hemiplegie, afazie, paralizii ale nervilor cranieni.

414. C.M. Mediastinita ca complicaţie a proceselor purulente BMF şi cervicale adeseori are ca punct de plecare:

a) Lojile parafingiene;

b) Planşeul bucal;

c) Lojile cervicale;

d) Flegmonul difuz hemifacial;

e) Loja submentonieră.

415. C.S. Simptomul principal al mediastinitei poate fi:

a) Tusea;

b) Afectarea deglutaţiei;

c) Dispnee cu ritm sporit de respiraţii 45-50;

d) Greţuri, vărsături;

e) Febră, frison.

416. C.S. Un simptom important în diagnosticul mediastinitei este:

a) Cefalee, vertigii, insomnie;

b) Febră, frison;

c) Greţuri, vărsături, afectarea deglutaţiei;

d) Dureri retrostenale;

e) Toate.

417. C.S. Un semn important în mediastinită este mărirea în volum a mediastinului, care se detrmină:

a) Vizual;

b) Palpator;

c) Auscultativ;

d) Radiologic (roentgen);

e) Spirometric.

418. C.M. Funcţiile de bază ale sistemului limfatic sunt:

a) Limfocitopoetică;

b) Anticorpogenoza;

c) De filtrare;

d) Metabolică;

e) Limfocitolitică.

419. C.S. În dependenţă de cauză şi tabloul clinic mai frecvent se întîlnesc următoarele forme de adenite:

a) Cronice;

b) Specifice;

c) Acute seroase (celulite);

d) Acute purulente;

e) Adenoflegmonul.

420. C.M. Limfangiita acută se caracterizează prin următoarele simptome clinice:

a) Hipertermie şi edem în formă de făşii;

b) Dureri neevidenţiate;

c) Palpator se determină nişte filete moi, puţin dureroase;

d) Rareori se determină o febră 37-37,5 gr;

e) Slăbiciuni, cefalee, insomnie etc.

421. C.M. Principalele simptoame clinice ale adenitelor purulente acute sunt:

a) Dureri violente;

b) Mărirea în volum a limfonodulului;

c) Hiperemia tegumentelor;

d) Febra de 37,8-38,5 gr.;

e) Palpitor se determină mărirea în volum a limfonodulului, durere, nodulul fixat.

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

a) Acute purulente;

b) Specifice;

c) Acute sroase (celulita);

d) Traumatice;

e) Toate formele.

423. C.M. Diagnosticul diferenţial al adenitelor cronice se efectuează cu:

a) Chisturi;

b) Fistule faciale şi cervicale;

c) Tumori benigne;

d) Adenite specifice;

e) Metastaze de cancer.

424. C.M. Adenitele acute parotidiene pot fi confundate cu:

a) Tumorile mixte ale glandei parotide;

b) Chisturi parotidiene;

c) Adenoame;

d) Parotidite acute;

e) Parotidite cronice.

425. C.M. Infecţiile specifice localizate în teritoriul OMF la nivelul părţilor moi şi oaselor sunt:

a) Furunculul şi carbunculul;

b) Piodermitele;

c) Actinomicoza;

d) Tuberculoza;

e) Sifilisul.

426. C.M. Indicaţi care din cele 5 specii de actinomycetes provoacă mai frecvent actinomicoza la om:

a) actinomicoza bovi;

b) actinomicoza israeli;

c) actinomicoza odontoliticus;

d) actinomicoza viscosus;

e) actinomicoza vaeslundi.

427. C.S. Actinomicoză mai frecvent invadează osul:

a) Maxila;

b) Nazale;

c) Zigomat (molarul);

d) Mandibula;

e) Palatinal.

428. C.S. Elementul de bază patologoanomatic al actinomicozei este:

a) Fistulele;

b) Puroiul;

c) Granulomul specific (nodulul);

d) Necroza ţesuturilor;

e) Toate.

429. C.M. Actinomicetele pot pătunde în ţesuturile afectate (oase, părţi moi) din:

a) Cariile dentare;

b) Pungi gingivale;

c) Amigdale;

d) Din exterior de la bovine;

e) Cu alimente.

430. C.M. Caracteristic pentru actinomicoza osoasă pseudoneoplazică este:

a) Debutul de la periferie spre centru;

b) Debutul central endoosos;

c) Debutul sub forma unei osteoperiostite;

d) În os apar zone cu aspect chistic şi conţinut gelatinos;

e) Evoluţia favorabilă se manifestă prin apariţia fistulelor tegumentare.

431. C.M. În diagnosticul actinomicozei sunt luate în consideraţie:

a) Evoluţia lentă, fără semne caracteristice;

b) Prezenţa fistulilor de durată cu eliminări mici cu grunji actinomicotici;

c) Examenul histologic;

d) Intradesmoreacţia cu actinolizat;

e) Examenul microbiologic cu identificarea actinomicetelor.

432. C.M. Tuberculoza în regiunea OMF se poate localiza:

a) Mucoasa şi submucoasa cavităţii bucale;

b) Limfonoduli;

c) Oaselor maxilare;

d) Pielea facială;

e) Glandelor salivare.

433. C.M. Ulceraţia din TBC este de obicei:

a) Unică;

b) De formă rotundă;

c) Acoperită de depozite gălbui;

d) Înconjurată de puncte de culoare galbenă (granulaţiile Trelat);

e) Este foarte dureroasă spontan şi la atingere.

434. C.M. Tuberculoza primară se caracterizează prin existenţa complexului primar format din:

a) Ulceraţie (şancru);

b) Adenopatie;

c) Gomă;

d) Lupusul TBC;

e) Osteomielita.

435. C.M. Tuberculoza oaselor maxilare se prezintă sub formele:

a) Centrală;

b) Alveolară;

c) Subperiostală;

d) Sechestrală;

e) Nici una din ele.

436. C.M. În perioada primară, sifilisul se prezintă sub eroziuni neinflamatorii ale epiteliului cu următoarele caracteristici:

a) Formă rotundă;

b) Suprafaţa roşietică, lucioasă;

c) Ganglionii măriţi, nedureroşi;

d) Limfangiită;

e) toate.

437. C.S. Localizarea cea mai frecventă a unei gome sifilitice o constituie:

a) buzele;

b) limba;

c) bolta palatină;

d) obrazul;

e) joncţiunea cutaneo-mucoasă a buzelor.

438. C.M. Perioada secundară a sifilisului în teritoriul OMF se prezintă ca:

a) eroziune eritematoasă;

b) sifilidele diseminate pe mucoasa bucală;

c) tuberculii sifilitici;

d) gomele;

e) nici una din ele.

439. C.M. Sinusurile paranazale sunt:

1. maxilar;
2. frontal;
3. celulele etmoidale;
4. sfenoidal;
5. cavernos

440. C.S. Pereţii sinusului maxilar din interior sunt acoperiţi cu:

1. epiteliu plat pluristratificat;
2. epiteliu cilindric ciliat pluristratificant;
3. epiteliu plat într-un srtat;
4. epiteliu glandular;
5. epiteliu cubic.

441. C.S. Sinusul maxilar comunică cu:

1. cavitatea nazală;
2. cavitatea bucală;
3. orbita;
4. glota;
5. fosa infratemporală.

442. C.M. Raportul sinusului maxilar cu dinţii de pe arcada superioară este intim, cei mai apropiaţi de fundul sinusului fiind dinţii:

1. molarul de 6 ani;
2. incisivii;
3. molarul 2;
4. premolarii;
5. caninul.

443. C.M. Diagnosticul diferenţial al sinuzitei acute maxilare se face cu:

1. osteomielita maxilară;
2. chistul mucos intrasinuzal;
3. tumori chistice dentare în faza de complicaţie septică;
4. Cilindromul;
5. celulita geniană odontogenă.

444. C.M. Care din următoarele semne clinice sunt întîlnite în sinuzita maxilară acută de cauză dentară:

1. dureri în etajul mijlociu al feţei, cu caracter pulsatil şi exacerbate de poziţia declivă a capului;
2. la rinoscopia anterioară se decelează puroi în fosa nazală;
3. senzaţia de plenitudine geniană şi cacosmie subiectivă;
4. manevra Valsava pozitivă;
5. nici unul din semnele menţionate.

445. C.M. Care din următoarele semne sunt prezente în cazul unei comunicări orosinuzale:

1. prin alveolă se pătrunde cu un stilet butonat în sinus;
2. manevra Valsava negativă;
3. radiologic, apare imagine de sinus normal;
4. se poate decela radiologic comunicarea buco-sinuzală;
5. refluarea lichidelor pe nas.

446. C.M. În cazul comunicării oro-sinuzale ce întreţine o sinuzită cronică, se practică:

1. extracţia dintelui cauzal sub protecţie de antibiotice;
2. puncţie sinuzală şi plastia comunicării;
3. plastia comunicării;
4. cura radicală a sinusului afectat;
5. toate.

447. C.M. Care din următoarele metode pot fi folosite la închiderea unei comunicări oro-sinuzale:

1. sutura într-un plan;
2. sutura în două planuri cu lambou pediculat;
3. avivarea marginilor plăgii cu sutură;
4. sutura în două planuri, cu lambouri mucoperiostale din vecinătate;
5. sutura într-un plan, cu protecţie de meşă iodoformată sub conformator.

448. C.M. Sinusita cronică maxilară poate prezenta următoarele semne clinice:

1. cacosmie subiectivă permanentă;
2. durere lancinantă iradiată, nocturnă;
3. rinoscopia anterioară relevă prezenţa unei secreţii mucopurulente unilateral, cu mucoasa hiperimiată și îngroșată;
4. durerea este prezentă mai ales dimineaţa;
5. nici unul din ele.

449. C.M. Diagnosticul diferenţial al sinuzitei maxilare cronice se face cu:

1. epiteliomul de mezostructură;
2. sinuzita acută rinogenă;
3. chistul mucos intrasinuzal;
4. sinuzite maxilare specifice;
5. osteomielita acută a maxilarului.

450. C.M. În sinuzita maxilară odontogenă acută puroiul este:

1. abundent;
2. fetid;
3. situat unilateral;
4. se elimină prin meatul mediu la schimbarea poziţiei corporale;
5. nici una din cele expuse.

451. C.M. În tratamentul sinuzitelor odontogene cronice sunt indicate:

1. administrare de antibiotice cu spectru larg;
2. extracţia dintelui cauzal şi administrarea antibioticelor;
3. sinusotomia radicală după Caldwel-Luc, dacă tratamentele nu au efect;
4. drenajul sinusului;
5. puncţia.

452. C.S. Ductul (canalul) Stenon se deschide pe mucoasa cavităţii bucale în regiunea:

1. geniană;
2. sublinguală;
3. geniană la nivelul primului molar superior;
4. palatină;
5. retromolar.

453. C.M. Disfuncţiile secretorii ale glandelor salivare sunt:

1. sialoree;
2. ptializm;
3. hipersalivaţie;
4. hiposialie;
5. asialie.

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

1. canalului Wharton;
2. canalului Stenon;
3. glandelor salivare mari;
4. glandelor salivare mici;
5. toate.

455. C.M. Infectarea glandelor salivare se poate face prin următoarele mecanisme:

1. transosoasă;
2. submucoasă;
3. limfatică;
4. hematogenă;
5. pe calea canalului principal de excreţie.

456. C.M. Diagnosticul diferenţial al parotidelor supurate se face cu:

1. parotidita epidemică;
2. osteomielita de ram ascendent;
3. abcesul de lojă parotidiană;
4. litiaza parotidiană;
5. tumori parotidiene.

457. C.M. Submaxilita acută supurată se prezintă printr-un şir de simptoame locale ca:

1. tumefacţie submandibulară cu pielea congestionată;
2. marginea mandibulei apare ştearsă;
3. glanda mărită în volum, infiltrată, dureroasă la palpare;
4. congestia şi edemul mucoasei sublinguale;
5. la presiune pe glandă, prin orificiul canalului Wharton iese puroi.

458. C.M. Diagnosticul diferenţial al submaxilitei acute se face cu:

1. abcesele lojii submaxilare;
2. litiaza salivară;
3. tumorile suprainfectate;
4. limfadenitele acute supurate submandibulare;
5. hemodectomul.

459. C.M. În litiză, după criză, ostiumul glandei salivare:

a) este închis

b) este întredeschis

c) este larg deschis

d) este tumefiat

e) este de aspect normal

460. C.M. Litiaza salivară se întâlneşte mai frecvent:

a) în glanda parotidă

b) în canalul Stenon

c) în glanda sublinguală

d) în canalul Wharton

e) în glanda submandibulară

461. C.M. Fistulele salivare cutanate (exoorale):

a) sunt neimportante

b) sunt foarte importante

c) necesită obligator tratament

d) nu necesită tratament deoarece se vindecă spontan

e) nu există fistule salivare cutanate

462. C.M. În parotidita parenchimatoasă sialograma prezintă aspect de:

1. cavităţi ovale sau rotunde pe fonul parenchimiei intacte;
2. imaginea de „strugur de poamă" sau de „pom în floare";
3. ducturile în unele locuri sunt abrupte, însă bine conturate;
4. ductul principal e dilatat;
5. toate ducturile glandei sunt dilatate.

463. C.S. Principalul în tratamentul sialoadenitelor acute este:

1. incizia în orice caz;
2. masajul glandelor şi fizioterapie;
3. antibiotice, desensibilizante, dizintoxicante, sialogoje;
4. tratament balnear;
5. înlăturarea glandei afectate.

464. C.M. În tratamentul complex al sialoadenitelor acute în canalul exterior se introduce:

1. apă oxigenată de 3%;
2. iodolipol 1-2 ml;
3. antibiotice şi fermenţi;
4. soluţie caldă de furacilină;
5. salivă artificială.

465. C.M. În formele clinice avansate de parotidită interstiţială se determină:

1. în permanenţă glanda e mărită în volum;
2. suprafaţa la palpare e netedă;
3. suprafaţa noduroasă, neconturată, pe alocuri zone moi;
4. în unele cazuri apar uscăciuni în cavitatea bucală;
5. la masajul glandei din ostium se elimină abundet salivă.

466. C.S. În diagnosticul parotiditei interstiţiale principalul este:

1. anamneza;
2. glanda mărită în volum, dură, imobilă, cu suprafaţa netedă;
3. eliminări de puroi din orificiul ductului Stenon la masaj;
4. sialograma cu semnele specifice (arbore mort);
5. examenul citologic.

467. C.M. Diagnosticul diferenţial al parotiditelor cronice se face cu:

1. tumori parotidiene;
2. sindrom Sjogren;
3. boala Mickulici;
4. parotidite litiazice;
5. flegmon hemifacial.

468. C.S. Parotidita acută epidemică (oreionul) este produsă de:

1. steptococi, stafilococi;
2. virusul rubeolei;
3. virusul urlian;
4. treponemă pallidum;
5. virusul rujeolei.

469. C.S. Perioada de incubaţie în parotidita epidemică este:

1. 3-5 zile;
2. 7-12 zile;
3. 16-20 zile;
4. 21-30 zile;
5. cîteva ore.

470. C.M. Parotidita epidemică (oreionul) este o boală infectocontagioasă şi se răspîndeşte mai ales:

1. la copiii de 5-15 ani din colectivităţi (grădiniţe, şcoli);
2. la adolescenţi (licee, colegii, universităţi);
3. la militari (în unităţi militare);
4. la bătrîni;
5. la orice vîrstă – în egală măsură.

471. C.S. Parotidita acută epidemică poate fi tratată:

1. în cabinetul de chirurgie OMF;
2. în secţia de chirurgie OMF (în spital);
3. în secţia de boli interne;
4. în secţia de boli infecţioase;
5. de toţi medicii cît în ambulator, atît şi în spital.

472. C.M. Precipitarea sărurilor minerale este favorizată de:

1. hiposialie;
2. staza salivară;
3. alcalinitatea salivei;
4. concentraţia mai mare de săruri minerale;
5. prezenţa unor celule epiteliale descuamate.

473. C.S. Reacţia salivei mixte este:

1. uşor acidă (PH6);
2. acidă (PH4);
3. alcalină (PH8);
4. variază în dependenţă de conţinutul alimentelor;
5. toate răspunsurile sunt corecte.

474. C.M. Compoziţia calculilor este predominant minerală şi este prezentată de:

1. fosfat de calciu în formă de hidroxilapatită (peste 7-5%);
2. carbonat de calciu;
3. robonat de potasiu;
4. magneziu; fier, uraţi;
5. materiale organice ce ocupă partea centrală.

475. C.S. Tabloul clinic al litiazei salivare este determinat în cea mai mare măsură:

1. de compoziţia chimică a calcului salivar;
2. de dimensiunile calcului salivar;
3. de forma calculului salivar;
4. de sediul calculului salivar;
5. de regimul alimentar al pacientului;

476. C.M. Pentru tratamentul litiazei salivare sunt posibile următoarele procedee:

a) eliminarea calculului prin procedee medicale;

b) ablaţia chirurgicală a calculului;

c) medicaţie sialolitică;

d) suprimarea anatomică a glandeie;

e) suprimarea funcţională a glandei;

477. C.M. Pentru diagnosticul litiazei salivare submandibulare se utilizează:

1. radiografia retroalveolară;
2. radiografia axială de planşeu;
3. radiografia cu film muşcat;
4. ultrasonografia;
5. teleradiografia.

478. C.M. Durerea din colică salivară submandibulară poate fi:

1. atenuată
2. violentă
3. în planşeul oral sau în obraz
4. în limbă
5. în ureche

479. C.M. În litiaza submandibulară:

1. durata unei colici este lungă, peste o oră
2. durata unei colici este scurtă sub o oră
3. tumefacţia glandei se menţine mult timp
4. tumefacţia glandei salivare cedează în scurt timp după alimentaţie
5. tumefacţia glandei submandibulare nu este influenţată prandial

480. C.M. Litiaza parotidiană:

1. este mai rară decît cea submandibulară;
2. este mai frecventă decît cea submandibulară;
3. calculul este mai frecvent în glandă;
4. calculul este mai frecvent în canalul Stenon;
5. calculul este ovoid.

481. C.M. În sialolitiază, printre simptoamele grupate de D.Teodorescu într-o triadă simptomatică, fac parte:

1. congestia tegumentelor;
2. abcesul salivar;
3. tumefiere salivară;
4. hipoestezie linguală;
5. colica salivară.

482. C.S. Colica salivară este detrminată de:

1. infecţia supraadăugată;
2. presiunea exercitată de calcul asupra nervului lingual;
3. descuamarea epiteliului salivar;
4. precipitarea sărurilor minerale;
5. presiunea exagerată a salivei în sistemul canalicular.

483. C.S. Care din următoarele examene nu prezintă interes în diagnosticul sialolitiazei:

1. cateterismul canalului Warthon;
2. radiografia simplă;
3. diagnosticul citologic;
4. ultrasonografia;
5. examenul clinic.

484. C.S. Care este atitudinea faţă de un calcul pe canalul Warthon:

1. incizie-drenaj;
2. submaxilectomie;
3. extirparea calculului;
4. fizioterapie şi balneoterapie;
5. litotriţie (spargerea calculului).

485. C.S. Metoda de elecţie pentru tratamentul litiazei canalului Warthon este:

1. masajul insistent al regiunii submandibulare pînă la eliminarea calculului;
2. temporizarea adoptării deciziei, pînă la eliminarea spontană a calculului;
3. submaxilectomia;
4. ablaţia chirurgicală a calculului;
5. nu se aplică tratamente chirurgicale.

486. C.M. În litiaza submandibulară, diagnosticul diferenţial se face cu una sau mai multe din următoarele afecţiuni:

1. adenita cronică;
2. tumorile submandibulare;
3. nevralgiile faciale;
4. artrita temporo-mandibulară;
5. stomatita acută.

487. C.S. Ablaţia chirurgicală a calculului (sialolitectomie) se efectuează:

1. prin incizie a mucoasei sublinguale de-a lungul canalului Warthon;
2. prin incizie în fundul sacului vestibular;
3. prin incizie submandibulară;
4. prin incizie în planşeul bucal paralel cu suprafaţa internă a mandibulei;
5. toate de la caz la caz.

488. C.S. În caz că calculul salivar este situat în glandă, se face:

1. ablaţia chirurgicală prin canal lîngă glandă;
2. se înlătură piatra salivară din glanda operator;
3. se înlătură o porţiune de glandă cu calculul salivar;
4. se înlătură glanda salivară cu calculul;
5. prin masaj se înlătură calculul salivar.

489. C.S. Care sunt posibilităţile evolutive într-o sialolitiază:

1. eliminarea spontană a calculului;
2. fistulele salivare;
3. sialoadenita cronică scleroasă;
4. supuraţia lojii respective;
5. toate.

490. C.S. Sindromul Sjogren se caracterizează în forma sa clinică prin următoarea triplă simptomatologie:

1. hipertrofia glandelor salivare, hipertrofia glandelor lacrimale şi adenopatie cervicală;
2. parotidomegalie diabetică, hipertensiune arterială, atrofia mucoasei gastrice;
3. salivară, oculară şi articulară;
4. parotidomegalie, ciroză şi hipertensiune arterială;
5. asialie, cacosmie şi adenopatie subclaviculară.

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

1. xerostomie;
2. xeroftalmie;
3. poliartrită reumatoidă;
4. congunctivite;
5. dermatomiozită.

492. C.M. În sindromul Sjogren glandele parotidiene evoluează spre:

1. hipertrofie, ca regulă;
2. sunt normale;
3. artrofie;
4. rareori spre hipertrofie bilaterală, asimetrică;
5. malignizare.

493. C.S. Sialografia în sindromul Sjogren arată o imagine de:

a) canale cu contur neregulat, cu aspect de „pom înflorit”;

b) injectare redusă a parenchimului, cu aspect de „arbore mort”;

c) deviaţii ale desenului canalicular cu o zonă clară neinjectată, cu imagine de minge ţinută în mînă;

d) amputaţii canaliculare cu zone lacunare;

e) canalele cu contur neregulat, cu zone dilatate, cu aspect de pete de zăpadă.

494. C.M. Diagnosticul diferenţial în sindromul Sjogren se face cu:

a) parotidita cronică parenchimatoasă;

b) parotidita cronică interstiţială;

c) sialodochitele;

d) tumorile benigne şi maligne;

e) nici una dintre sus numite.

495. C.S. Tratamentulul sindromului Sjogren se face în:

a) cabinetul de chirurgie orală;

b) secţia de chirurgie maxilo-facială;

c) secţia de reumatologie;

d) secţia de boli infecţioase;

e) în orice secţie din spital.

496. C.M. Compoziţia calculilor este predominant minerală şi este prezentată de:

1. fosfat de calciu în formă de hidroxilapatită (peste 7-5%);
2. carbonat de calciu;
3. robonat de potasiu;
4. magneziu; fier, uraţi;
5. materiale organice ce ocupă partea centrală.

497. C.M. Durerea din colică salivară submandibulară poate fi:

1. atenuată
2. violentă
3. în planşeul oral sau în obraz
4. în limbă
5. în ureche

498. C.S. Sialolitiaza se întîlneşte mai frecvent în:

a) glandele salivare mici;

b) canalul Stenon;

c) glanda parotidiană;

d) glanda sublinguală;

e) canalul Wharton şi glanda submandibulară.

499. C.M. Fistulele salivare pot fi deschse spre:

a) piele (externe);

b) mucoasă (interne);

c) bilaterale (spre piele şi mucoasă);

d) intrasinuzal;

e) spre faringe.

500. C.M. În tratamentul complex al sialoadenitelor acute în canalul exterior se întroduce:

1. apă oxigenată de 3%;
2. lipoidol 1-2 ml;
3. antibiotice şi fermenţi;
4. soluţie caldă de furacilină;
5. salivă artificială.