**TESTELE LA CHIRURGIA OMF ANUL IV. TRAUMATOLOGIA**

1. C.S. Ce înţelegeţi prin plăgi în seton:
2. Plăgi unipolare;
3. Plăgi penetrante;
4. Plăgi contuzie;
5. Plăgi perforate;
6. Plăgi tăiate.
7. C.S. Cea mai mare frecvenţă a plăgilor părţilor moi se întâlneşte la:
8. Femei tinere;
9. Bătrâni;
10. Copii;
11. Elevi, liceeni;
12. Bărbaţi între 16-55 ani.
13. C.S. Din ce motive plăgile regiunii OMF sunt destul de frecvente:
14. Din cauza particularităţilor anatomo-morfologice;
15. Faţa este bogat vascularizată;
16. Scheletul facial arcuit;
17. Este neprotejată şi este expusă agenţilor nocivi;
18. Faţa poate fi protejată prin diferite dispozitive;
19. C.M. Clasificarea plăgilor părţilor moi OMF se face în funcţie de:
20. Timpul scurs după accident (recentă, veche, suprainfectată);
21. Agentul vulnerant (agresiune, accident de circulaţie, muncă etc.)
22. Regiunea topografică interesată (geniană, menton, labială etc.);
23. Ţesuturile afectate;
24. Forma anatomo-patologică – după profunzime.
25. C.M. În plăgile părţilor moi BMF, ţesuturile afectate pot fi:
26. Cele superficiale (pielea, muşchii mimici);
27. Sau şi cele profunde (muşchii, glandele, mucoasa);
28. Nervii cranieni (trigemen, facial, hypoglos etc.);
29. Ramurile a. carotide externe;
30. Cu sau fără lipsă de substanţă;
31. C.M. Deseori pot fi întîlnite plăgi ale părţilor moi BMF prin muşcătură de origine:
32. Automuşcătură endobucală (mucoasa jugală, a buzelor, a limbii) cu dinţii în timpul meselor sau din cauze psihice;
33. Muşcătură de câine;
34. Muşcătură de cal;
35. Muşcătură de porc;
36. Muşcătură de animale sălbatice.
37. C.M. În timpul executării unor procedee stomatologice pot fi lezate mucoasa jugală, limba, planşeul bucal cu:
38. Frezele în timpul tratamentelor sau şlefuirii dinţilor;
39. Discuri diamantate;
40. Elevatoarele drepte ascuţite;
41. Cleştii de extracţie;
42. Sindesmotomul, bisturiul, foarfecele.
43. C.S. Caracteristic pentru plăgile penetrante este faptul că:
44. Prezintă un orificiu de intrare mai mic;
45. Sunt produse prin strivirea părţilor moi şi au margini neregulate cu decolări mari, putând fii interesate vasele, nervii şi glandele salivare;
46. Sunt leziuni profunde ale părţilor moi, uneori însoţite de fracturi ale oaselor maxilare;
47. Au un orificiu unic şi sunt produse prin înţepare, pătrundere de corpi străini sau proiectile cu viteză mică;
48. Sunt leziuni, ce nu depăşesc dermul, prin frecare de un plan dur.
49. C.M. Semnele comune ale plăgilor BMF pot fi:
50. Durerea;
51. Sângerarea;
52. Tulburări respiratorii;
53. Tulburări de deglutiţie, masticaţie;
54. Tulburări de fonaţie.
55. C.M. Prin ce se poate manifesta şocul neurogen în plăgile OMF:
56. Lipotimie;
57. Sincopă;
58. Convulsii;
59. Stop cardiorespirator;
60. Nici una din acestea.
61. C.M. Evoluţia plăgilor părţilor moi ale feţei depinde de:
62. Termenii prelucrării chirurgicale primare şi radicalismul toaletei;
63. Starea organismului;
64. Implicarea procesului inflamator şi virulenţa germenilor patologici;
65. Tratamentul farmacoterapeutic indicat la timp şi deplin;
66. Examenul radiologic.
67. C.S. Cel mai periculos simptom în plăgile de limbă este:
68. Dereglări de fonaţie;
69. Dereglări de masticaţie;
70. Dereglări de sensibilitate şi gust;
71. Edemul dezvoltat cu semne de asfixie;
72. Pericolul inflamaţiei plăgii.
73. C.M. Rolul suturii de poziţie este:

A. De capitonaj, suprimând spaţiul mort;

1. Restabileşte simetria şi conturul cutaneo-mucos;
2. Fixează părţile moi şi îndeosebi lambourile de piele în poziţie corectă;
3. Suprimă în mare măsură pansamentul;
4. Permite transportul bolnavilor.
5. C.S. Care este limita maximă de timp de la producerea unei plăgi faciale, pentru a efectua o sutură primară:
6. 1-18 ore;
7. 12-24 ore;
8. 24-36 ore;
9. Peste 36 ore;
10. Este posibil în orice din acestea intervale datorită specificităţii plăgilor faciale.
11. C.S. Sutura secundară se aplică:
12. Până la 24 ore;
13. Până la 48 ore;
14. Până la 72 ore;
15. Până la 36 ore;
16. Până la 96 ore.
17. C.S. Sutura etanşă poate fi folosită numai până la:
18. 72 ore;
19. 48 ore;
20. 96 ore;
21. În orice timp;
22. 10-12 ore.
23. C.S. Sutura de poziţie (de apropiere) se aplică după:
24. 24 ore;
25. 72 ore;
26. 48 ore;
27. 96 ore;
28. În orice timp.
29. C.M. După prelucrarea chirurgicală a plăgilor ţesuturilor moi, în plagă de regulă, se introduc:
30. Drenuri;
31. Soluţii de antibiotice (infiltraţie);
32. Pungi cu gheaţă;
33. Meşe îmbibate cu unguente;
34. Pungi cu apă caldă.
35. C.S. Sutura de poziţie întârziată se referă la:
36. Plăgi care au rămas nesuturate în primele 24 de ore de la traumatism;
37. Plăgi cu lipsă de substanţă şi tensiune mare între lambouri;
38. Plăgi cu margini anfractuoase;
39. Plăgi rămase nesuturate mai mult de 36 de ore;
40. Plăgi fără lipsă de substanţă, dar cu margini sfacelate.
41. C.M. Clinica comună a leziunilor prin armă de foc a părţilor moi are următoarele simptome:
42. Edem, deformaţii, defecte;
43. Durere;
44. Hemoragii;
45. Modificări de ocluzie;
46. Eliminări de salivă.
47. C.M. Plăgile părţilor moi produse de glonte au următoarele zone:
48. Zona edemului traumatic;
49. Zona necrozei;
50. Zona contuziei;
51. Zona comoţiei;
52. Zona de arsură.
53. C.M. Cauzele traumelor prin armă de foc ale splanhnocraniului în timp de război pot fi:
54. Cartuşe;
55. Schije;
56. Pietre;
57. Accidente rutiere;
58. Factori termici.
59. C.S. Fracturile de mandibulă cauzate de arma de foc se deosebesc de alte traume prin:
60. Hemoragii neînsemnate, ţesuturi moi intacte;
61. Deplasări de fragmente şi dereglări de ocluzie;
62. Traume importante ale ţesuturilor moi cu hemoragii, deplasări de fragmente, defecte de ocluzie;
63. Dinţi afectaţi în linia de fractură;
64. Toate acestea.
65. C.M. Primul ajutor medical de urgenţă acordat răniţilor în regiunea OMF include următoarele:
66. Stingerea îmbrăcămintei arzânde, înlăturarea amestecurilor inflamabile;
67. Scoaterea răniţilor din focarele de incediu, sau poluate cu substanţe toxice;
68. Potolirea setei;
69. Îmbrăcarea antigazului special;
70. Înlăturarea factorilor ce ar provoca asfixia.
71. C.M. Primul ajutor medical de urgenţă acordat răniţilor în regiunea OMF include următoarele intervenţii speciale:
72. Hemostaza temporară (pansament compresiv, garou);
73. Acoperirea plăgii cu pansament;
74. Instalarea şinelor (atelelor) temporare din materiale de ocazie;
75. Administrarea analgeticelor, soluţiilor antişoc;
76. Administrarea antibioticelor.
77. C.S. Asistenţa chirurgicală definitivă răniţilor în regiunea OMF se acordă în:
78. 10-15 zile;
79. 20-25 zile;
80. 30 zile;
81. 60 zile;
82. 100 zile.
83. C.M. În tratamentul unei fracturi ale splanhnocraniului produsă prin arma de foc se urmăreşte:
84. Hemostaza şi aplicarea suturilor pe plăgile mucoasei;
85. Reducerea fragmentelor şi aplicarea atelelor;
86. Extracţii dentare ale dinţilor afectaţi;
87. Antibioticoterapia în scop profilactic;
88. Nici una dintre cele enumerate.
89. C.S. Câte % din suprafaţa totală a corpului reprezintă faţa şi gâtul:
90. 4,5%;
91. 9%;
92. 12%;
93. 18%;
94. 24%;
95. C.M. Care particularităţi anatomice ale regiunii OMF au o importanţă deosebită în clinica arsurilor:
96. Vascularizarea abundentă;
97. Relieful complicat;
98. Prezenţa organelor de văz, miros, respiraţie etc.;
99. Grosimea pielii diferită în unele regiuni;
100. Prezenţa dinţilor.
101. CM.. Primul ajutor în tratamentul arsurilor constă în:
102. Deschiderea bulelor cu lichid;
103. Aplicarea pansamentelor;
104. Administrarea medicamentelor cu acţiune cardiovasculară;
105. Administrarea analgeticelor, antihistaminicelor şi medicamentelor pentru stimularea funcţiei cardiovasculare;
106. Toate acestea.
107. C.S. În care grad a arsurilor începe să se necrotizeze stratul bazal epidermic:
108. I;
109. II;
110. III-A;
111. III-B;
112. IV.
113. C.M. Boala arşilor este reprezentată de:
114. Şoc;
115. Toxemie;
116. Septicotoxemie;
117. Reconvalescenţă;
118. Nici una din afirmaţii nu este corectă.
119. C.S. Care grade ale arsurilor se consideră ca superficiale:
120. I;
121. I şi II;
122. I, II şi III-A;
123. II,III-A şi III-B;
124. II,III şi IV
125. C.S. Cele mai frecvente cauze ale traumatismelor dento-parodontale sunt:
126. Accidente de muncă;
127. Accidente de circulaţie;
128. Căderi pe stradă;
129. Accidente în sport;
130. Agresiunile.
131. C.M. Formele principale de traumatisme dento-parodontale sunt:
132. Contuzii dento-parodontale;
133. Fracturi coronare;
134. Fracturi radiculare;
135. Luxaţii incomplete;
136. Luxaţii complete.
137. C.M. Factorii favorizanţi în producerea unor fracturi coronare sunt:
138. Obturaţii masive;
139. Distrucţii corono-radiculare extinse;
140. Сarii de colet;
141. Parodontitele marginale cronice;
142. Defecte cuneiforme.
143. C.M. Unele manopere stomatologice pot duce la traume dento-parodontale:
144. Deraparea elevatoarelor;
145. Luxarea dinţilor vecini prin sprijinirea cu elevatorul în ei;
146. Trauma antogoniştilor cu cleştii la extracţie;
147. Traume cu deschizătoare de gură;
148. Fracturi dentare în timpul înlăturării protezelor.
149. C.S. Leziunile traumatice dento-parodontale sunt mai frecvente la:
150. Incisivii centrali inferiori;
151. Incisivii centrali superiori;
152. Caninii inferiori;
153. Caninii superiori;
154. Premolarii inferiori şi superiori.
155. C.S. Într-un traumatism dento-parodontal diagnosticul de fractură coronară penetrantă semnifică:
156. Asocierea cu o plagă transfixantă labială sau geniană;
157. Împingerea dintelui fracturat într-o cavitate naturală învecinată;
158. Împingerea dintelui fracturat într-o lojă învecinată;
159. Deschiderea camerei pulpare;
160. Asocierea cu o fractură deschisă a maxilarelor.
161. C.S. Precizaţi diagnosticul pentru fractura unghiului intern a coroanei dintelui 1.1, care interesează smalţul şi dentina.
162. Fractură coronară penetrantă;
163. Fractură coronar-radiculară penetrantă;
164. Fractură coronar-radiculară cominutivă;
165. Fractură radiculară în treimea cervicală;
166. Fractură coronară nepenetrantă.
167. C.M. Luxaţia dentară se produce prin:
168. Strivirea parţială a ligamentelor dento-alveolare;
169. Ruperea în totalitate a ligamentelor dento-alveolare;
170. Fractura procesului alveolar;
171. Fractura maxilarului sau a mandibulei, când linia de fractură este în raport cu dintele vecin;
172. Toate acestea.
173. C.M.Precizaţi care dintre următoarele investigaţii sunt necesare pentru stabilirea diagnosticului de traumă dento-parodontală:
174. Radiografia retrodentară;
175. Inspecţia;
176. Palparea;
177. Percuţia;
178. Testarea vitalităţii pulpare.
179. C.S. Care din simptome nu se întâlneşte în fracturile coronare penetrante a unui dinte frontal:
180. Modificări evidenţiate ale raporturilor de ocluzie;
181. Dureri mari la orice atingere;
182. Sângerarea pulpei;
183. Lipsa de substanţă a coroanei;
184. Prezenţa unui bont pulpar.
185. C.S. În luxaţiile dentare parţiale se recomandă:
186. Repoziţionarea manuală a dintelui luxat, imobilizarea acestuia timp de 4 săptămâni şi controlul periodic al vitalităţii pulpare;
187. Depulparea de urgenţă a dintelui luxat pentru evitarea necrozei pulpare;
188. Imobilizarea elastică intermaxilară timp de 4-6 săptămâni;
189. Extracţia dintelui, urmată de alveoloplastie;
190. Evitarea unor noi traumatisme care pot agrava situaţia.
191. C.S. Precizaţi în care din aceste situaţii este de regulă necesară extracţia dintelui:
192. Luxaţia dentară parţială;
193. Fractura coronară penetrantă;
194. Fractura corono-radiculară;
195. Fractura coronară nepenetrantă;
196. Contuzie parodontală.
197. C.S. În leziunile traumatice dento-parodontale cea mai importantă măsură terapeutică este:
198. Extirparea pulpară şi obturaţia corectă de canal;
199. Extracţia imediată a dintelui lezat;
200. Extracţia tardivă a dintelui lezat;
201. Evitarea oricărui tratament până la vindecare;
202. Imobilizarea dinţilor.
203. C.S. În luxaţiile dentare totale la pacienţii tineri se recomandă:
204. Sutura plăgii alveolare şi aplicarea unui menţinător de spaţiu;
205. Replantarea dintelui luxat imediat după vindecarea plăgii alveolare;
206. Urmărirea vitalităţii dinţilor vecini;
207. Replantarea imediată a dintelui luxat;
208. Aplicarea unui implant subperiostal.
209. C.M. Precizaţi care dintre următorii factori condiţionează atitudinea terapeutică în cazul luxaţiei totale a incisivului central superior la un adolescent:
210. Starea generală de sănătate a pacientului;
211. Prezenţa dentiţiei mixte;
212. Timpul care s-a scurs de la trauma pana la adresare
213. Hemoragia din alveolă.
214. Prezenţa dentiţiei permanente;
215. C.S. Care este metoda de tratament indicată în mod obişnuit în cazul luxaţiei totale a incisivului central superior la un adolescent:
216. Chiuretajul alveolei şi sutura;
217. Sutura plăgii alveolare şi aplicarea precoce a unui aparat ortodontic pentru închiderea spaţiului;
218. Sutura plăgii alveolare şi aplicarea precoce a unui menţinător de spaţiu;
219. Replantarea imediată;
220. Menţinerea dintelui în soluţie antibiotică timp de 48-72 ore şi apoi replantarea.
221. C.S. Evoluţia tardivă după tratamentul conservativ în cazul luxaţiei totale a incisivului central superior la un adolescent poate fi:
222. Menţinerea vitalităţii periodonţiului;
223. Realizarea unei anchiloze dento-alveolare;
224. Resorbţia radiculară periferică;
225. Resorbţia internă a peretelui camerei pulpare;
226. De la caz la caz toate aceste evoluţii sunt posibile.
227. C.M.Precizaţi care dintre următoarele investigaţii sunt absolut necesare pentru stabilirea diagnosticuluiîn cazul unui traumatism dento-parodontal:
228. Radiografia retrodentară;
229. Inspecţia;
230. Palparea;
231. Percuţia;
232. Testarea vitalităţii.
233. C.S. Precizaţi pentru care dintre dinţi *nu este* posibil tratamentul conservativ:
234. Fractură coronară penetrată 11;
235. Fractură corono-radiculară longitudinală 21;
236. Luxaţie totală 12;
237. Fractură cominutivă 22;
238. Luxaţia parţială.
239. C.S. În care dintre următoarele condiţii nu este posibilă replantarea dintelui luxat:
240. Pacientul prezintă molari de minte incluşi;
241. Dinţii vecini celui luxat prezintă obturaţie de canal;
242. Pacientul a purtat timp de mai mulţi ani un aparat ortodontic;
243. Peretele vestibular al alveolei este fracturat;
244. Se asociază cu plagă labială.
245. C.S. Într-o luxaţie dentară parţială efectuaţi:
246. Reducerea şi imobilizarea dintelui;
247. Extirparea pulpei;
248. Restaurarea protetică;
249. Transfixaţia dentară;
250. Lăsăm dintele în repaus fără să-i facem nimic.
251. C.S. Ce tratament efectuaţi într-o fractură longitudinală a unui dinte asociat cu luxaţia:
252. Reconstituire;
253. Transfixaţie;
254. Extracţie;
255. Devitalizare şi imobilizare;
256. Transfixaţie şi restaurare cu coroana.
257. C.M. În cazul unei luxaţii complete a unui incisiv central superior, posibilităţile de tratament sunt:
258. Extracţia şi sutura îngrijită a alveolei;
259. Replantarea dintelui asociată cu imobilizarea sa;
260. Amputare vitală a pulpei coronare şi obturarea canalului radicular;
261. Folosirea transfixaţiei pentru îmbunătăţirea stabilităţii;
262. Rezecţie apicală şi obturarea canalului radicular.
263. C.M. O fractură oblică corono-radiculară în funcţie de situaţie se poate trata prin:
264. Extracţie;
265. Devitalizare dentară şi restaurare protetică;
266. Replantare;
267. Transfixare;
268. Nici una din acestea.
269. C.M. Îngrijirea bolnavilor cu traumatisme OMF conţine un şir întreg de momente, dar care sunt cele mai importante măsuri:
270. Menţinerea curăţeniei şi aerului proaspăt în salon;
271. Igiena specială a cavităţii bucale;
272. Schimbarea frecventă a lengeriei;
273. Folosirea elixirelor, parfumurilor;
274. Schimbarea frecventă a bandajelor şi prelucrarea plăgilor.
275. C.M. La bolnavii cu traumatisme OMF este redusă funcţia muşchilor motori, de aceea este necesară folosirea următoarelor:
276. Mecanoterapia la aparate;
277. Masaj;
278. Miogimnastica;
279. Electromiomasaj;
280. Fizioterapie.
281. C.M. În unele cazuri, bolnavilor cu traumatisme OMF li se aplică pungi cu gheaţă şi anume în ce situaţii:
282. La tratamentul contuziei;
283. În caz de hematoame;
284. La plăgile părţilor moi ale feţei;
285. La fracturile maxilarelor;
286. La toate traumele.
287. C.M. Pentru irigarea cavităţii orale a bolnavilor cu traumatisme OMF pot fi folosite următoarele substanţe antiseptice:
288. Apă oxigenată;
289. Soluţie slabă de permanganat de potasiu;
290. Cloramină;
291. Clorhexidină;
292. Soluţie de carbonat de sodiu;
293. C.M. Din ce cauză, la răniţii cu plăgi maxilo-faciale, septicitatea gurii este mărită:
294. Eliminarea secreţiilor din plagă în gură;
295. Limitarea funcţiei masticatorii;
296. Retenţia rămăşiţelor de alimentare în spaţiile interdentare, atelele;
297. Imposibilitatea de a-şi curăţi dinţii cu periuţa;
298. Nici unul din factorii numiţi nu influenţează igiena CO.
299. C.M. Din cauza pierderii capacităţii de a se alimenta normal, bolnavii cu traumatisme OMF sunt afectaţi de:
300. Dereglarea secreţiei gastrice;
301. Dereglarea funcţiei esofagului;
302. Dereglarea deglutiţiei;
303. Dereglarea funcţiei intestinale;
304. Nici un răspuns nu este corect.
305. C.M. De ce dieta pentru bolnavii cu traume OMF trebuie să conţină mai mult legume şi fructe proaspete:
306. Curăţă bine dinţii;
307. Stimulează secreţia salivei;
308. Stimulează secreţia sucului gastric;
309. Conţin vitamine, microelemente, săruri minerale etc.;
310. Mai repede se asimilează în organism.
311. C.M. Cînd bolnavii OMF se alimentează singuri:
312. În caz de luxaţie dentară;
313. Fractura apofizei alveolare;
314. Plăgi izolate nepenetrante în cavitatea bucală;
315. Fractura arcadei temporo-zigomatice;

E. Nici un răspuns nu este corect.

1. C.M. Bolnavii cu traumatisme OMF simt o scădere considerabilă a poftei de mâncare, preponderent din cauza:
2. Dereglării secreţiei gastrice;
3. Dereglării procesului de alimentaţie;
4. Dereglărilor psihice;
5. Dereglării actului deglutiţiei;
6. Toate acestea împreună.
7. C.M. Alegerea metodei de alimentaţie şi componenţei alimentelor la bolnavii cu traumatisme OMF, depinde de:
8. Caracterul şi fazele evoluţiei plăgii;
9. Localizarea plăgii;
10. Starea generală a bolnavului;
11. Datele clinice şi de laborator;
12. Nici un răspuns nu este corect.
13. C.M. Care dintre următoarele puncte de retenţie pentru resturile alimentare, secreţiile din plăgi etc. sunt cel mai frecvent întâlnite la bolnavii cu traumatisme OMF:
14. Buzunarele plăgilor;
15. Aparatele de imobilizare;
16. Spaţiile interdentare;
17. Şanţurile perimaxilare;
18. Nici un răspuns nu este corect.
19. C.S. De ce cantitate de lichid are nevoie zilnic un bolnav adult cu greutatea de 70 kg, care a suportat un traumatism OMF:
20. 1500-2000ml;
21. 2000-2500 ml;
22. 3000-3100ml;
23. 2800-3000 ml;
24. 3500- 4000ml.
25. C.M. Cu ce poate fi alimentat un rănit căruia i s-au aplicat atele intermaxilare:
26. Cu un tub elastic;
27. Cu o pâlnie;
28. Cu seringa tip Janet sau Guiyon;
29. Cu lingura;
30. Cu dulciuri
31. C.M. Care forme ale metabolismelor sunt dereglate la bolnavii cu traumatisme OMF:
32. Metabolismul proteic;
33. Metabolismul hidro-electrolitic;
34. Metabolismul glucidic;
35. Metabolismul lipidic;
36. Nici un răspuns nu este corect.
37. C.M. Alimentaţia pacienţilor cu blocaj intermaxilar se administrează sub forma:
38. Semilichidă;
39. Lichidă;
40. Obişnuită, ca şi la cei sănătoşi;
41. Fărâmiţată;
42. Păstoasă.
43. .C.M. Drenarea plăgilor cu tuburi de polietilenă, lame de cauciuc etc. este indicată la:
44. Plăgile zdrobite;
45. Plăgile penetrante;
46. Plăgile buzei, limbii, planşeului bucal;
47. Plăgile asociate cu fracturi de mandibulă;
48. Drenajul este contraindicat.
49. C.M. Din ce cauză uneori bolnavii cu traumatisme BMF suferă de dereglări psihice?:
50. După comoţiile cerebrale;
51. Apar în raport cu gravitatea desfigurării;
52. Sunt declanşate de aspectul impresionant şi caracterul mutilant al plăgilor feţei;
53. Dereglării procesului de alimentaţie;
54. Scăderii capacităţii de muncă, tulburărilor funcţionale.
55. C.S. Pentru reglarea proceselor de regenerare a plăgilor şi fracturilor de maxilare în perioada postoperatorie este necesar a folosi:
56. Masaj, fizioterapie;
57. Vitaminoterapie (A,B,C,P);
58. Antibiotice, sulfamide;
59. Stimulatori biogeni;
60. Toate, însă după indicaţii.
61. C.S. Care este regimul de alimentare a bolnavilor cu traumatisme OMF:
62. De 3 ori pe zi;
63. De 3-4 ori pe zi;
64. De 5 ori pe zi;
65. De 6 ori pe zi;
66. După dorinţa bolnavului.
67. C.M. În ce cazuri alimentaţia prin tub continuă timp îndelungat:
68. Incontinenţă a cavităţii bucale;
69. În caz de distrugere a planşeului bucal;
70. Fracturi multiple ale maxilarelor;
71. Traume asociate;
72. La maxilarele edentate.
73. C.M. Asfixia posttraumatică poate apărea după:
74. Fractura cominutivă a arcului mentonier;
75. Aspirarea corpilor straini
76. Edem laringian;
77. Dislocarea vălului în fracturile maxilarului superior;
78. Nici una din acestea.
79. C.S. Cum procedaţi în asfixia prin căderea limbii:
80. Intubaţi bolnavul;
81. Tracţionaţi limba cu un fir tractor;
82. Imobilizaţi mandibula cu frondă mentonieră;
83. Efectuaţi o traheostomie;
84. Toate acestea.
85. C.M. Transportul rănitului cu tulburări de asfixie, se face în:
86. Poziţie şezând cu capul întors într-o parte;
87. Decubit dorsal;
88. Decubit lateral;
89. Decubit ventral;
90. Nu are importanţă poziţia.
91. C.S. În timpul unei traume asociate cu fractura mandibulei bilaterală a regiunilor mentoniere şi zdrobirea planşeului bucal poate apărea asfixia:
92. Prin aspirare;
93. Prin dislocare;
94. Prin obstrucţie;
95. De supapă (valvulă);
96. Prin stenoză.
97. C.S. În ce cazuri de asfixie limba este fixată cu ligatura:
98. Prin stenoză;
99. Prin dislocare;
100. Prin aspirare;
101. Prin obstrucţie;
102. De supapă.
103. C.S. Aplicarea ligaturii pe limbă în caz de asfixie prin dislocare se efectueaza:
104. Vertical;
105. Orizontal;
106. În treimea anterioară;
107. Pe vărful limbii;
108. La mijlocul limbii.
109. C.S. Pentru profilaxia asfixiilor se recomandă:
110. Evacuarea de urgenţă;
111. Administrarea analgeticelor şi antibioticelor;
112. Pansamente compresive;
113. Administrarea medicamentelor pentru stimularea respiraţiei;
114. Aşezarea răniţilor în decubit lateral sau cu faţa în jos.
115. C.M. Care sunt complicaţiile cele mai frecvente ale leziunilor glandelor salivare:
116. Chisturi posttraumatice;
117. Îngustarea ductului glandelor salivare;
118. Cicatrizarea completă a ductului ;
119. Fistule salivare;
120. Procese inflamatorii ale glandelor traumate.
121. C.M. În cazul cărei hemoragii se recurge la aplicarea ligaturilor pe artera carotidă externă:
122. Când este lezată a. facială;
123. Când este lezată a. temporală;
124. Când este lezată a. linguală;
125. Când sunt lezate mai multe vase ce nu pot fi legate la distanţă;
126. Hemoragii abundente hemifaciale ce pun în pericol viaţa pacientului.
127. C.M. Care dintre complicaţiile precoce pot fi întâlnite în traumatismele OMF:
128. Hemoragii;
129. Comoţii cerebrale;
130. Asfixii;
131. Şocul traumatic;
132. Complicaţii infecţioase.
133. C.M. Hemostaza de urgenţă poate fi efectuată prin:
134. Tamponament compresiv;
135. Pensarea vaselor lezate;
136. Aplicarea ligaturilor marginilor plăgii;
137. Ligatura vaselor la distanţă;
138. Compresiunea arterelor cu degetul pe os.
139. C.S. Care este complicaţia secundară specifică posibilă pentru fractura de corp a mandibulei cu deplasare:
140. Anchiloza temporo-mandibulară;
141. Scurtarea ramului ascendent mandibular;
142. Osteomielita posttraumatică;
143. Tulburări de erupţie ale molarului de minte inferior de partea afectată;
144. Toate acestea.
145. C.M. În caz de hemoragii abundente, de urgenţă, în dependenţă de caz se efectuează următoarele:
146. Se aplică suturi în masă;
147. Se aplică o pensă hemostatică;
148. Se aplică un tamponament compresiv;
149. Se aplică un garou
150. Se compresează manual.
151. C.M. În urma zdrobirii glandelor parotide, deseori este zdrobit nervul facial şi atunci apar:
152. Pareze trecătoare;
153. Pierdere de sensibilitate;
154. Trismusul;
155. Paralizie constantă totală;
156. Paralizie constantă parţială.
157. C.M. În urma muşcăturii de caine poate apărea:
158. Tetanosul;
159. Erizipelul;
160. Gangrena gazoasă a părţilor moi;
161. Rabie;
162. Complicaţii septice.
163. C.M. Care dintre complicaţiile tardive ale traumatismelor oro-maxilo-faciale se întălnesc rar:
164. Cicatrizările vicioase ale plăgilor părţilor moi;
165. Defecte de părţi moi şi ale maxilarelor;
166. Tulburări neurologice;
167. Constricţii de mandibulă;
168. Nevralgii.
169. C.S. Osteomielita traumatică cel mai frecvent apare la fracturile:
170. De mandibulă în limita arcadei dentare;
171. De maxilar superior;
172. Piramidei nazale;
173. Osul malar şi arcadei zigomatice;
174. De mandibulă în limita ramului ascendent.
175. C.M. La fracturile de maxilar superior adeseori apar următoarele complicaţii primare:
176. Osteomielita traumatică;
177. Comunicările oro-sinuzale;
178. Sinusita;
179. Supuraţii ale ţesuturilor perimaxilare;
180. Deformaţii osoase
181. C.S. Tulburările oculare importante ca diplopie, exoftalmie sunt prezente în:
182. Fractura Guerrin;
183. Fractura Le Fort II;
184. Fractura de creastă alveolară;
185. Fractura Le Fort III;
186. Toate acestea.
187. C.M. Complicaţiile precoce ale unei fracturi de mandibulă cu deplasare pot fi:
188. Hemoragii;
189. Leziuni ale n. alveolar inferior;
190. Tulburări de ocluzie;
191. Osteomielita posttraumatică;
192. Consolidări vicioase.
193. C.M. Complicaţiile tardive ale unei fracturi de mandibulă pot fi:
194. Leziuni nervoase;
195. Anchiloza temporo-mandibulară;
196. Consolidări vicioase;
197. Constricţia mandibulei;
198. Tulburări de ocluzie.
199. C.S. Cea mai frecventă complicaţie secundară în fracturile de mandibulă este:
200. Şocul;
201. Infecţia;
202. Pseudartroza;
203. Anchiloza temporo-mandibulară;
204. Consolidarea vicioasă.
205. C.M. Complicaţiile tardive ale fracturilor etajului mijlociu sunt:
206. Hemoragie;
207. Tulburări de masticaţie şi fonaţie;
208. Consolidarea vicioasă;
209. Supuraţiile sinusale sau ale obrazului;
210. Comunicări oro-sinusale.
211. C.M. Semnele clinice locale în flegmonul post-traumatic de lojă submandibulară sunt:
212. Tumefacţie în regiunea submandibulară;
213. Tegumentele congestiv-lucioase, netede cu ştergerea reliefului;
214. La palpare durere, fluctuenţă;
215. Endobucal edemul mucoasei, hiperemie în unele cazuri fluctuenţă;
216. Trismusul.
217. C.M. Gravitatea leziunilor părţilor moi BMF este direct proporţională cu:
218. Localizarea leziunii;
219. Întinderea zonei afectate;
220. Lezarea vaselor mari şi nervilor;
221. Lezarea muşchilor mimici ce răsfrâng marginile rănii dându-i un aspect înspăimântător;
222. Toate cele sus numite.
223. C.M. Traumatismele oro-maxilo-faciale ocupă un loc aparte în cadrul traumatologiei contemporane, deoarece:
224. Este înregistrată frecvenţă crescută;
225. Îmbracă aspecte extrem de variate şi complicate;
226. Traficul rutier din ce în ce mai intens cu multiple forme de accidente ce înregistrează regiunea OMF;
227. Nerespectarea regulilor de protecţie a muncii în industrie şi agricultură;
228. Diverse forme de agresiune umană, în rezultatul cărora este destul de frecvent (50-80%) afectată regiunea OMF.
229. C.M. Particularităţile traumatismelor oro-maxilo-faciale sunt determinate de aspectele morfo-funcţionale specifice ale acestei regiuni:
230. Structura anatomică a feţei (piele fină, muşchi pieloşi, schelet arcuit încurbat, dinţii);
231. Situarea regiunii OMF în imediata vecinătate a neurocraniului;
232. Situarea răspântiei aerodigestive de care sunt legate funcţiile vitale (respiraţia, masticaţia, deglutiţia, fonaţia etc.);
233. Inervaţia senzitivă, simpatică, parasimpatică;
234. Vascularizaţia foarte bogată.
235. C.M. În traumatismele oro-maxilo-faciale este afectat relieful şi suferă fizionomia cu consecinţe psihoemoţionale grave pentru pacient, deoarece:
236. Regiunea OMF are un rol determinant în aspectul fizionomic individual;
237. Muşchii mimici afectaţi duc la schimbări importante ale fizionomiei;
238. Deformările oricât de mici ale orificiilor naturale (gura, nas, pleoape etc.) sunt ca motiv de retrăiri psihoemoţionale;
239. Şanţurile funcţionale fiind defectate produc modificări destul de impresionante ale fizionomiei;
240. Pentru pacient toate acestea nu joacă nici un rol.
241. C.M. Din cele peste 200 oase ale corpului uman ce constituie circa 12 kg sau 18% din greutatea corpului în regiunea OMF avem numai 10 şi care din ele sunt pare:
242. Maxilarul superior;
243. Maxilarul inferior;
244. Malarul;
245. Frontalul;
246. Nazale.
247. C.M. Unele oase ce formează scheletul facial sunt impare:
248. Palatinale;
249. Nazale;
250. Maxilarul superior;
251. Vomerul;
252. Maxilarul inferior.
253. C.M. În scheletul uman deosebim mai multe tipuri de oase:
254. Os tubular;
255. Os plat;
256. Os de formă şi structură mixtă;
257. Os spongios;
258. Os deperiostat.
259. C.M. Agenţii traumatici ce produc traumele OMF sunt:
260. Agresiuni umane;
261. Accidente de circulaţie;
262. Sportul;
263. Accidente de muncă;
264. Căderi accidentale (pe stradă, la domiciliu etc.).
265. C.S. Cauza cea mai frecventă a producerii plăgilor OMF o constituie:
266. Accidente de circulaţie;
267. Căderi accidentale;
268. Accidente de muncă;
269. Accidente sportive;
270. Agresiunile umane.
271. C.M. Regiunea maxilo-facială se împarte în trei etaje principale:
272. Superior;
273. Mediu;
274. Inferior;
275. Lateral;
276. Posterior.
277. C.M. Care dintre următoarele regiuni ale feţei sunt pare:
278. Orbitară, suborbitară;
279. Zigomatică, geniană;
280. Nazală, labială (orală), mentonieră;
281. Parotido-maseterină;
282. Submentonieră, frontală.
283. C.M. Oasele ce formează scheletul facial sunt:
284. Maxila;
285. Mandibula;
286. Malarul;
287. Nazale;
288. Frontal.
289. C.M. Maxila are următoarele apofize:
290. Alveolară;
291. Frontală;
292. Malară;
293. Palatinală;
294. Temporală.
295. C.M. Osul maxilar participă la formarea următoarelor cavităţi:
296. Orbitei;
297. Nazală;
298. Orală;
299. Pterigo-maxilară;
300. Sinusul maxilar.
301. C.M. S-au determinat următoarele forme de sinus maxilar:
302. Pneumatic;
303. Sclerotic;
304. Multicameral;
305. Un sinus mare şi câteva mici;
306. Toate împreună.
307. C.M. Funcţiile de bază ale sinusului:
308. Rezonatoare;
309. Olfactorie;
310. Respiratorie (umectează, încălzeşte, curăţă aerul);
311. Protecţie;
312. Uşurează scheletul.
313. C.S. Pereţii sinusului sunt acoperiţi cu:
314. Epiteliu multistratulat cilindric cu cili;
315. Epiteliu cubic;
316. Epiteliu plat;
317. Epiteliu prismatic;
318. Epiteliu folicular.
319. C.S. Sinusul maxilar comunică cu:
320. Cavitatea nazală;
321. Cavitatea bucală;
322. Orbita;
323. Glota;
324. Fosa subtemporală.
325. C.S. Volumul cavităţii sinusului (în cm3) este de:
326. 14-25 cm3;
327. 15-40 cm3;
328. 10-20 cm3;
329. 7-15 cm3;
330. 20-50 cm3.
331. C.S. Sinusul comunică cu cavitatea nazală printr-un orificiu oval care se deschide în:
332. Meatul nazal superior;
333. Meatul nazal mediu;
334. Meatul nazal inferior;
335. Prin celulele etmoidale;
336. Nici una din acestea.
337. C.M. Stâlpii de rezistenţă ai maxilarului superior sunt:
338. Stâlpul fronto-nazal sau incisiv;
339. Stâlpul zigomatic;
340. Stâlpul pterigopalatin;
341. Stâlpul (platforma) palatin;
342. Nici unul din cei numiţi.
343. C.S. Mandibula are o formă de:
344. Pătrat;
345. Semiovală;
346. Potcoavă;
347. Triunghiulară;
348. În funcţie de vârstă, trece de la o formă la alta.
349. C.M. Mandibula are următoarele apofize:
350. Alveolară;
351. Coronoidă;
352. Condilară;
353. Bazală;
354. Unghiulară.
355. C.S. Incisura semilunară este situată între:
356. Apofizele alveolară şi coronoidă;
357. Apofizele alveolară şi condilară;
358. Apofizele condilară şi coronoidă;
359. Apofizele coronoidă şi baza mandibulei;
360. Toate răspunsurile sunt corecte.
361. C.S. Prin corpul mandibulei trece canalul:
362. Suborbital;
363. Nazopalatin;
364. Palatinal anterior;
365. Mandibular;
366. Toate.
367. C.M. Pe suprafaţa mandibulei sunt situate următoarele orificii:
368. Mentoniere;
369. Mandibulare;
370. Suborbitare;
371. Incisivale;
372. Palatinale.
373. C.M.Pe suprafaţa mandibulei observăm mai multe neregularităţi:
374. Tuberozitatea maseterină;
375. Tuberozitatea pterigoidă;
376. Tuberozitatea mentonieră;
377. Tuberozitatea maxilară;
378. Toate.
379. C.M. La mandibulă deosebim următoarele linii (travee) de forţă (după Sicher):
380. Marginală;
381. Bazilare;
382. Transversale;
383. Anterioare şi posterioare;
384. Radiale şi capulans.
385. C.M. Cele mai vulnerabile (fragile) locuri, unde mai frecvent se fracturează mandibula sunt:
386. Mediană (simfizală);
387. Mentonieră;
388. Colul condilului;
389. Unghiul mandibulei;
390. Ramul ascendent.
391. C.M. Diagnosticul unei fracturi a oaselor splanhnocraniului se stabileşte după:
392. Semnele clinice;
393. Examenul radiologic;
394. Examenul microbiologic;
395. Biopsia;
396. Hemoleucograma.
397. C.M. Clasificarea fracturilor oaselor splanhnocraniului se face după:
398. Gradul deplasării oaselor afectate;
399. Agentul vulnerant;
400. Sediul fracturii;
401. Segmentul osos afectat;
402. Asociere cu alte fracturi ale oaselor corpului;
403. C.S. Disjuncţia cranio-facială este:
404. Fractura crestei alveolare;
405. Fractura de maxilă Le Fort II;
406. Fractura maxilei cu oasele nazale, malarul şi arcada zigomatică (Le Fort III);
407. Fractura maxilei şi mandibulei;
408. Toate acestea.
409. C.S. Blocajul de mandibulă are loc în:
410. Fracturile mandibulei;
411. Fracturile arcului zigomatic;
412. Fracturi de maxilă;
413. Fracturile oaselor nazale;
414. Toate acestea.
415. C.S.Cel mai frecvent şi primul simptom în degerăturile ţesuturilor faciale este:
416. Paliditatea tegumentelor şi pierderea sensibilităţii;
417. Dureri pronunţate;
418. Edem;
419. Hiperemie;
420. Necroza tegumentelor.
421. C.M Primul ajutor în degerăturile ţesuturilor faciale sunt:
422. Masajul uşor cu mâna caldă sau flanea;
423. Aplicarea pungilor calde;
424. Comprese cu alcool;
425. Comprese cu unguente;
426. Frecţii cu zăpadă.
427. C.M. Muşchii ridicători ai mandibulei sunt:
428. M. temporal;
429. M. maseter;
430. M. digastric;
431. M. pterigoidian intern;
432. M. geniohidian.
433. C.S. Cea mai mare parte din fracturile mandibulei se datoreaza:
434. Căderilor pe stradă;
435. Accidentelor de circulaţie;
436. Accidentelor sportive;
437. Accidentelor de muncă;
438. Agresiunillor.
439. C.M. Fracturile spontane ale mandibulei (în os patologic) au loc când rezistenţa este scăzută în caz de:
440. Afecţiuni generale ca osteodistrofiile;
441. Osteoradionecroze;
442. Osteomielite;
443. Chisturi;
444. Tumori maligne;
445. C.M. Mandibula se poate fractura în timpul unor intervenţii chirurgicale ca:
446. Extracţia dinţilor incluşi;
447. Extracţii traumatice ale molarilor de minte inferiori;
448. Extirpări de tumori;
449. Operaţii ortognatice;
450. Nici una din acestea.
451. C.M. Din ce motive mandibula este expusă atât de frecvent fracturilor:
452. Este un os proeminent;
453. Forma dublu incurbată;
454. Prezenţa dinţilor incluşi;
455. Periostul extrem de aderent,
456. Prezenţa unor zone de rezistenţă scăzută.
457. C.M. Fracturile de mandibulă pot fi:
458. Unitare;
459. Duble;
460. Triple;
461. Cominutive;
462. Directe şi indirecte.
463. C.M. Din ce cauze fracturile de mandibulă sunt cele mai frecvente (70-80%) din toate oasele regiunii buco-maxilo-faciale:
464. Mandibula este un os mobil;
465. Este situată în partea inferioară, proeminentă;
466. Prezenţa unor zone puţin rezistente la agresiuni;
467. Prezenţa frecventă a dinţilor incluşi;
468. Prezenţa unor procese patologice (tumori, osteomielite etc.)
469. C.M.Fracturile mandibulei se produc prin următoarele mecanisme:
470. În locurile cu rezistenţa scăzută;
471. Flexiune;
472. Presiune;
473. Smulgere;
474. În os patologic.
475. C.S. Mecanismul cel mai frecvent de producere a unei fracturi de mandibulă este:

A. Tasare;

1. Flexiune;
2. Presiune;
3. Smulgere;
4. În lemn verde.
5. C.S. Zona cu cea mai scăzută rezistenţă la traumatismele mandibulare:
6. Unghiul mandibulei;
7. La nivelul caninului;
8. Între rădăcinile premolarilor;
9. Simfiza mentonieră;
10. Colul condilar.
11. C.M. Între factorii ce influenţează gradul de deplasare a fragmentelor în fracturile de mandibulă se înscriu:
12. Forţa traumatismului;
13. Contracţia muşchilor ce se inseră pe aceasta;
14. Mecanismul de producere a fracturii;
15. Direcţia liniei de fractură;
16. Unele stări patologice concomitente (osteoporoză).
17. C.M. Semnele comune tuturor fracturilor de mandibulă sunt:
18. Durerea;
19. Tulburările de fonaţie;
20. Mobilitatea anormală;
21. Tulburările de ocluzie;
22. Tulburările de sensibilitate în teritoriul nervului mandibular.
23. C.S. În ce tip de fractură de mandibulă este prezent edemul precoce, echimozele apărând după 24 ore:
24. Fractura de condil;
25. Fractura de corp mandibular;
26. Fractura ramului ascendent;
27. Fractura mediosimfizară;
28. Fractura de proces alveolar.
29. C.M. Care din următoarele tipuri de fracturi mandibulare sunt considerate de Rowe ca fracturi simple:
30. Fractura ramului orizontal;
31. Fractura de condil;
32. Fractura crestei alveolare;
33. Fractura de apofiză coronoidă;
34. Fractura de ram ascendent.
35. C.S. Hipoestezia în teritoriul de inervaţie a nervului alveolar inferior se întâlneşte în:
36. Fractura mediană a mandibulei;
37. Fractura paramediană a mandibulei;
38. Fractura în regiunea corpului mandibulei cu deplasare;
39. Fractura apofizei condiliene a mandibulei;
40. În toate aceste fracturi.
41. C.S. Cea mai frecventă complicaţie secundară a fracturilor de mandibulă este:
42. Şocul;
43. Asfixia;
44. Comoţia cerebrală;
45. Infecţia;
46. Hemoragia.
47. C.S. Fracturile de mandibulă în “lemn verde” sunt caracterizate pentru:
48. Mandibula edentată total;
49. Mandibula edentată parţial;
50. Bătrâni;
51. Adulţi;
52. Copii.
53. C.M. Mecanismele prin care se pot produce fracturile de mandibulă sunt:
54. Flexiune;
55. Contuzia;
56. Presiunea;
57. Înţeparea;
58. Smulgerea.
59. C.M. Factorii care influenţează deplasarea fragmentelor într-o fractură de mandibulă sunt:
60. Forţa traumatismului;
61. Contracţia muşchilor inseraţi pe mandibulă;
62. Locul şi direcţia liniei de fractură;
63. Prezenţa dinţilor pe fragmentele fracturate sau pe arcada antagonistă;
64. Tipul de imobilizare.
65. C.M. Formele clinice ale fracturilor apofizei condiliene a mandibulei sunt:
66. Fractura intramedulara.
67. Fractura intracapsulară;
68. Fractura Parma;
69. Fractura subcondiliană înaltă;
70. Fractura subcondiliană joasă.
71. C.M. Precizaţi care sunt în mod obişnuit deplasările secundare ale fragmentelor într-o fractură de corp a mandibulei:
72. Fragmentul mare tras în jos şi înapoi;
73. Fragmentul mic nu este deplasat;
74. Fragmentul mic tras în sus şi înainte;
75. Fragmentul mic tras în jos şi înapoi;
76. Fragmentul intermediar rotat.
77. C.M. Ce radiografie solicitaţi în caz de fractură bilaterală de mandibulă: unghi stâng şi condil drept:
78. ortopantomogramă;
79. radiografie de unghi mandibular;
80. Radiografie de condil în incidenţă Parma;
81. teleradiografie de faţă;
82. nici o incidenţă din cele propuse.
83. C.M. În fractura mediană a mandibulei:
84. Tracţiunile musculare care se exercită fiind în echilibru, deplasarea secundară este absentă;
85. La mobilizarea mandibulei se observă ocluzia în armonică;
86. Bolnavul prezintă echimoze în fundul de sac vestibular sau sublingual;
87. Bolnavul prezintă hipoestezie în teritoriul nervului dentar inferior;
88. Este frecvent întâlnită otoragia.
89. C.S. Fracturile parţiale de mandibulă au loc:
90. Cînd e interesat un fragment limitat de os;
91. Când forţa de acţiune este mică;
92. Cînd în momentul traumei gura este deschisă;
93. Cînd în momentul traumei gura este închisă;
94. Toate acestea.
95. C.M. După caracter fracturile mandibulei pot fi:
96. Închise;
97. Unice;
98. Deschise;
99. Duble;
100. Multiple.
101. C.M. Care este rolul imobilizării de urgenţă:
102. Să reducă fragmentele în poziţie anatomică;
103. Să reducă durerea;
104. Să împiedice suprainfectarea;
105. Să scadă riscul de asfixie;
106. Să reducă hemoragia.
107. C.S. Fronda mentonieră nu este indicată în următoarele tipuri de fracturi mandibulare:
108. Mediosimfizară;
109. De corp mandibular cu fragmentul mic lingualizat (edentaţi neprotezaţi);
110. De ram ascendent;
111. Bicondiliene;
112. În nici unul din situaţiile menţionate.
113. C.M. Ligatura hipocratică este indicată în imobilizarea:
114. Fracturilor crestei alveolare;
115. Fracturi mediosimfizare cu deplasare pe plan vertical;
116. Dinţilor luxaţi;
117. Fractura paramediană fără deplasare;
118. În nici unul din cazurile menţionate.
119. C.S. Care este tratamentul cel mai potrivit într-o fractură de corp a mandibulei cu deplasare:
120. Imobilizarea elastică intermaxilară;
121. Osteosinteza cu fir metalic după reducere manuală;
122. Reducere manuală şi contenţie cu gutieră acrilică confecţionată pe model redus;
123. Osteosinteza cu plăcuţe şi şuruburi;
124. În fracturile mandibulare în general nu este necesar nici un tratament.
125. C.M. Care este tratamentul ce poate fi recomandat pentru o fractură de corp a mandibulei fără deplasare în cazul unui edentat total, purtător de proteză mobilizabilă:
126. Imobilizarea cu ajutorul protezelor şi tracţiune mento-cefalică;
127. Atelă metalică vestibulară monomaxilară;
128. Osteosinteză cu fir sau placă metalică;
129. Imobilizarea elastică intermaxilară;
130. La această vârstă tratamentul nu este necesar.
131. C.S. În cât timp este posibilă consolidarea fracturii corect imobilizate dacă nu survin complicaţii:
132. 1-2 săptămâni;
133. 2-4 săptămâni;
134. 4-6 săptămâni;
135. 6-8 săptămâni;
136. 1-3 luni.
137. C.S. Care este prima fază în formarea calusului osos în fractură:
138. Faza osificării provizorii;
139. Faza osificării definitive;
140. Faza fibro-condroidă;
141. Faza hemoragico-exudativă;
142. Faza de necroză osoasă.
143. C.M. Ce tratament adoptaţi în caz de fractură bilaterală de mandibulă: unghi stâng şi condil drept cu deplasare
144. Imobilizare intermaxilară cu atele şi tracţiune elastică;
145. Imobilizare cu atele, înâlţarea ocluziei la nivelul lui 48 şi tracţiune elastică intermaxilară;
146. Imobilizare cu atele şi tracţiune elastică, deschiderea chirurgicală a fracturii subcondiliene, reducerea fragmentelor şi imobilizarea prin osteosinteză;
147. Osteosinteza ambelor focare de fractură;
148. Numai osteosinteza fracturii de unghi.
149. C.S. Pentru osteosinteza focarului de fractură condiliana se preferă:
150. osteosinteza cu fir metalic;
151. osteosinteza cu placă metalică şi şuruburi;
152. osteosinteza cu broşă trecută de la unghi la condil;
153. reducerea şi contenţia cu broşă după metoda în lift;
154. osteosinteza cu şurub, fractura fiind bizotată.
155. C.M. Ce complicaţii primare pot surveni din cauza dintelui 3.8 în focarul de fractură:
156. o reducere incorectă, dacă molarul s-a deplasat de la locul lui de incluzie, nepermiţând apropierea fragmentelor osoase;
157. supuraţie în focarul de fractură;
158. întârziere în consolidarea fracturii;
159. pseudartroză;
160. osteomielita mandibulei.
161. C.M. În cazul de fractură bilaterală de mandibulă: unghi condil cu deplasare, dacă aţi efectuat osteosinteza ambelor focare de fractură cu cîte o miniplacă cu şuruburi, practicaţi şi o imobilizare suplimentară, cu atele şi tracţiune:
162. nu este obligatoriu;
163. da;
164. nu;
165. numai dacă s-a efectuat osteosinteza la unghiul mandibulei;
166. se practică timp de 8-10 zile.
167. C.M. Când poate surveni o anchiloză temporo-mandibulară după o fractură condiliană:
168. când în cavitatea articulară apare un hematom;
169. când se organizează un calus ce uneşte condilul cu cavitatea glenoidă;
170. numai când fractura este intracapsulară;
171. când se practică o imobilizare a mandibulei, cu înălţare pe ultimul molar ce depăşeşte 10-12 zile;
172. în imobilizări prelungite.
173. C.M. Cât timp menţineţi placa de osteosinteză la nivelul unghiului mandibular:
174. rămâne permanent, chiar şi după consolidare;
175. se îndepărtează după formarea calusului osos;
176. se îndepărtează numai dacă apare o supuraţie în focarul de fractură;
177. depinde de la caz la caz, în funcţie de toleranţa bolnavului;
178. nu este obligatorie îndepărtarea plăcii de osteosinteză dacă nu apar complicaţii.
179. C.S. Pseudartroza se instalează în cazurile în care lipsa de consolidare depăşeşte:
180. 8-10 săptămâni;
181. 1-2 luni;
182. 6 luni;
183. 1 an;
184. 8-10 luni.
185. C.M. Aplicarea gutierelor de acrilat autopolimerizabil este indicată în următoarele cazuri:
186. bolnavi cu dinţii mici, cu diasteme şi treme, care favorizează alunecarea firelor de ligatură;
187. când numărul de dinţi este insuficient;
188. când forma dinţilor nu asigură o bună retentivitate pentru ligaturi;
189. când nu există puncte de contact;
190. nici una din aceste indicaţii.
191. C.S. Care dintre următoarele metode de osteosinteză se utilizează cel mai frecvent în practica modernă?
192. Dispozitive metalice fixate în os cu şuruburi;
193. Ligaturi transosoase cu fir metalic;
194. tijele Kirchner;
195. broşe metalice trecute transfocal prin fragmentele mandibulare;
196. ligaturile de catgut.
197. C.M. Metoda chirurgical-ortopedică sau serclajul perimandibular (Black-Ivy) sunt recomandate la:
198. Fracturi de mandibulă edentată;
199. Fracturi de mandibulă edentată în regiunea mentonieră;
200. Fracturi de mandibulă cu linii oblice;
201. La copii în timpul cînd se schimbă dinţii;
202. Nici în unul din aceste cazuri.
203. C.M. Care sunt regulile de bază la aplicarea ligaturilor pentru fixarea atelelor pe arcada dentară?
204. Atela se fixează cu fir metalic pe fiecare dinte sau peste un dinte;
205. Ligatura este situată la coletul dentar;
206. Ligatura nu trebuie să traumeze papilele gingivale;
207. Capetele ligaturii au lungimea 5-7 mm şi se îndoaie spre centru şi linia ocluzală;
208. Ligatura se îndoaie îndărăt şi spre marginea gingivală.
209. C.M. Aplicarea atelei netede monomaxilare este indicată la:
210. Fractura unghiului;
211. Fracturi laterale;
212. Fractura extracapsulară a apofizei condiliare;
213. Fractura mediană fără deplasare;
214. Fractura segmentară a apofizei alveolare.
215. C.S. La o fractură de mandibulă cu plăgi ale pielii şi mucoasei obrazului tratamentul se începe cu:
216. Aplicarea atelelor;
217. Aplicarea gutierelor de acrilat;
218. Reducerea fragmentelor;
219. Sutura mucoasei;
220. Sutura pielii.
221. C.S. Blocajul rigid intermaxilar pe atele se realizează:
222. Imediat după ce s-au aplicat atelele;
223. La 4-5 zile de la aplicarea atelelor;
224. După 10 zile de la aplicarea atelelor;
225. După ce fragmentele fracturate s-au redus cu tracţiune elastică;
226. De la caz la caz, în funcţie de tipul fracturii.
227. C.M. Tabloul clinic al fracturilor Le Fort I este:
228. Mobilitatea fragmentului în sens transversal;
229. Echimoze labio-geniene;
230. Dureri la presiune;
231. Tulburări de ocluzie;
232. Hemoragii în masă.
233. C.S. Disjuncţiile intermaxilare se produc prin:
234. Lovituri antero-posterioare;
235. Lovituri laterale;
236. Lovituri pe menton de jos în sus;
237. Lovituri pe rădăcina nasului;
238. Orice lovitură asupra maxilarului.
239. C.S. Datorită structurii spongioase şi unei vascularizaţii bogate, în fracturile maxilarului superior, calusul fibros se formează în:
240. 10-18 zile;
241. 8-10 zile;
242. 6-8 zile;
243. 18-25 zile;
244. peste 30 zile.
245. C.M. Care din următoarele tipuri de fracturi sunt localizate la maxilarul superior:
246. Fractura Walther;
247. Fractura Le Fort II;
248. Fractura apofizei coronoide;
249. Fractura Guerin;
250. Fractura arcadei temporo-zigomatice.
251. C.S. O fractură de maxilar de tip Walther este:
252. O fractură orizontală;
253. O fractură verticală;
254. O fractură asociată;
255. O fractură cominutivă;
256. Nici una din acestea.
257. C.S. Tulburările oculare importante ca diplopie, exoftalmie sunt prezente în:
258. Fractura Le Fort II;
259. Fractura tip Richet;
260. Fractura Le Fort III;
261. Fractura Guerin;
262. Fractura Walther.
263. C.M. Care dintre următoarele tipuri de fracturi prezintă şi o componentă dento-alveolară:
264. Fractura Walther.
265. Fractura tip Richet;
266. Fractura Le Fort I;
267. Fractura parţială laterală (Hurt);
268. Fractura Le Fort II;
269. C.S. Disjuncţiile intermaxilare sunt fracturi:
270. Orizontale;
271. Verticale;
272. Oblice;
273. Asociate;
274. Cominutive.
275. C.M. Care din următoarele afirmaţii sunt corecte pentru o fractură de maxilar superior:
276. Este dată de lovituri directe, frontale sau laterale;
277. Apar tulburări de ocluzie;
278. Determină dureri la deschiderea gurii;
279. Apar echimoze în fundul de sac vestibular superior;
280. Se complică frecvent cu pseudoartroze.
281. C.M. Linia de fractură tip Le Fort II trece:
282. Prin oasele nazale;
283. Traversează rebordul orbitar;
284. Prin condilul mandibular
285. Prin punctul nasion;
286. Pe sub arcada zigomatica spre tuberozitate.
287. C.M. Dintre fracturile etajului mijlociu, cel mai frecvent întâlnite sunt:
288. Fracturi de creastă alveolară;
289. Fracturi orizontale inferioare (Le Fort I);
290. Fracturi orizontale mijlocii (Le Fort II);
291. Fracturi orizontale înalte (Le Fort III);
292. Fracturi verticale (disjuncţii intermaxilare).
293. C.M. Fractura de tip Le Fort II favorizează deplasarea maxilarului:
294. Anterior;
295. Posterior;
296. Lateral;
297. Inferior;
298. Oricare din aceste deplasări în funcţie de fractură.
299. C.S. Care este frecvenţa fracturilor maxilei:
300. 11-30%;
301. 20-25%;
302. 15%;
303. 3,3%;
304. 8%.
305. C.M. Diagnosticul fracturilor de etaj mijlociu (a maxilarului superior) se bazează pe:
306. Examenul radiologic;
307. Semnele clinice comune tuturor fracturilor (dureri, echimoze, crepitaţii, hematoame, deplasări de fragmente etc.);
308. Semne clinice specifice;
309. Rinoscopie şi diafanoscopie;
310. Nici unul din cele enumerate.
311. C.M. Complicaţiile tardive ale fracturilor etajului mijlociu(a maxilarului superior) sunt:
312. Asimetrii faciale;
313. Tulburări de masticaţie şi fonaţie;
314. Consolidare vicioasă;
315. Supuraţii sinuzale sau ale obrazului;
316. Comunicări oro-sinusale.
317. C.M. Factorii etiologici a fracturilor de etaj mijlociu cel mai frecvent întâlnite sunt:
318. Accidente de sport;
319. Agresiuni;
320. Căderi accidentale;
321. Accidente de muncă;
322. Accidente de circulaţie.
323. C.M. Care din simptomele enumărate mai jos sunt generale tuturor fracturilor maxilarului superior cu deplasare:
324. Mobilitatea anormală a fragmentelor fracturate;
325. Dureri;
326. Tulburări de ocluzie;
327. Înfundarea etajului mijlociu;
328. Diplopia, Tulburări de sensibilitate, epistaxis.
329. C.M. Criteriile corectitudinii tratamentului în fracturile maxilarului superior sunt:
330. Dispariţia diplopiei şi dereglările nervului;
331. Lipsa scăriţelor pe liniile fracturilor;
332. Formarea normală a configuraţiei feţei;
333. Obţinerea unei ocluzii interdentare normală;
334. Reducerea corectă şi contenţa fragmentelor până la consolidare.
335. C.M. Dintre fracturile etajului mijlociu cel mai frecvent întâlnite sunt:
336. Fracturi de creastă alveolară;
337. Fracturi orizontale inferioare (Le Fort I);
338. Fracturi orizontale mijlocii (Le Fort II);
339. Fracturi orizontale înalte “piramidele subzigomatice” (Le Fort III);
340. Fracturi verticale, disjuncţii intermaxilare.
341. C.M. Tabloul clinic al fracturilor Le Fort II este:
342. Tumefacţia accentuată a feţei;
343. Tulburări de sensibilitate;
344. Ocluzia fără schimbări;
345. Echimoze palpebrale;
346. Faţa turtită antero-posterior.
347. C.M. Tulburările respiratorii la fracturile maxilarului superior pot avea loc din cauza:
348. Dereglării reflexului laringian;
349. Obstrucţia căilor respiratorii;
350. Deplasării maxilei împreună cu palatul dur şi moale;
351. Aspirării sângelui, maselor vomitive;
352. Dereglării centrilor respiratori bulbări.
353. C.S. Care simptom nu se întâlneşte la fracturile maxilarului superior:
354. Deformaţia feţei;
355. Deplasări osoase cu tulburări de ocluzie;
356. Mobilitatea fragmentelor;
357. Blocaj mandibular;
358. Epistaxis, tulburări oculare, tulburări de sensibilitate.
359. C.M. Cele mai grave complicaţii precoce ale fracturilor maxilarului superior sunt:
360. Hemoragii în masă;
361. Comoţia cerebrală;
362. Tulburări de ocluzie;
363. Şocul traumatic;
364. Flegmoane, osteomielită acută, sinusită.
365. C.S. Tulburări de sensibilitate (parestezii, hipo- sau anestezii) în fracturile maxilarului superior au loc din cauza:
366. Compresiei sau elongării nervului infraorbital;
367. Dislocării fragmentelor;
368. Lezării nervului în timpul loviturii;
369. Fracturii podelei orbitare;
370. Înfundării osului maxilar şi malar.
371. C.S. Fracturile orizontale mijlocii (Le Fort II) au o linie de fractură compusă ce trece:
372. Deasupra proceselor alveolare, prin fosa nazală, fosa canină, tuberozitatea maxilară, vomer şi septul nazal;
373. Pe sutura fronto-nazală, oasele lacrimale, peretele inferior al orbitei, baza apofizei pterigoide, arcada temporo-zigomatică, etmoidul şi vomerul;
374. Despică pe linia mediană arcada alveolo-dentară, podeaua nazală, bolta palatină şi corpul maxilei;
375. Prin sutura fronto-nazală, osul lacrimal, pe gaura infraorbitală, pe sub osul zigomatic spre tuberozitate;
376. Nici una dintre acestea.
377. C.M. Complicaţiile secundare ale fracturilor maxilarului superior sunt:
378. Supuraţii sinusale sau ale obrazului;
379. Osteomielita;
380. Hemoragii secundare;
381. Tulburări respiratorii;
382. Dereglări de sensibilitate.
383. C.M. În cazul clasificării Rowe şi Killey sunt incluse în fracturile cu componenţă dentoalveolară:
384. Fracturi suprazigomatice;
385. Fractura tuberozităţii;
386. Fractura Le Fort II;
387. Fractura Le Fort III;
388. Fractura Guerin;
389. C.M. În fractura Guer in linia de fractură trece prin:
390. Oasele nazale;
391. Oasele lacrimale;
392. Fosa canină;
393. Treimea medie a apofizelor pterigoide;
394. Peretele extern al foselor nazale.
395. C.M. Între tulburările de ocluzie ce apar în fracturile orizontale inferioare tip Le Fort II se poate menţiona:
396. Contact molar prematur bilateral;
397. Inocluzie frontală;
398. Ocluzie încrucişată,
399. Retrognatism;
400. Ocluzie în doi timpi;
401. C.S. În fracturile tip Wassmund ale etajului mijlociu linia de fractură nu intersectează:

A. Oasele lacrimale;

B. Oasele nazale;

C. Apofiza ascendentă a maxilarului;

1. Vomerul;
2. Treimea mijlocie a apofizelor pterigoide.
3. C.M. Care din următoarele semne clinice apar în cazul unei fracturi tip Le Fort II:
4. Echimoză în monoclu;
5. Echimoze palpebrale bilateral;
6. Epifora şi epistaxis bilateral;
7. Ocluzie inversă;
8. Hipoestezie în teritoriul nervului palatin anterior.
9. C.M. Linia de fractură în disjuncţiile cranio-faciale înalte trece prin:
10. Lama perpendiculară a etmoidului;
11. Peretele extern al foselor nazale;
12. Peretele extern al orbitei;
13. Baza apofizei pterigoide;
14. Tuberozitatea maxilarului.
15. C.M. Între semnele clinice ce apar într-o fractură Le Fort III se pot menţiona:
16. Exoftalmie;
17. Echimoze palpebrale inferioare;
18. Pseodoprognatism;
19. Emfizem subcutanat;
20. Hipoestezie în teritoriul nervului infraorbitar.
21. C.S. Emfizem subcutanat se întâlneşte în:
22. Fractura maxilei;
23. Fractura mandibulei unilaterale;
24. Fractura mandibulei bilaterale;
25. Fractura mandibulei triple;
26. Fractura mandibulei eschiloase.
27. C.S. Epifora se întâlneşte în:
28. Fractura osului frontal;
29. Fractura maxilei Le Fort II;
30. Fractura arcadei zigomatice;

D. Fractura mandibulei unilaterale;

E. Fractura mandibulei bilaterale.

1. C.M. Contactul prematur a molarilor se întâlneşte în:
2. Fractura maxilei Le Fort I;
3. Fractura maxilei Le Fort II;
4. Fractura maxilei Le Fort III;
5. Luxaţia articulaţiei mandibulare bilaterale;
6. Fractura mandibulei unilaterale.
7. C.M. Contactul prematur pe molari se întâlneşte în:
8. Fractura maxilei Le Fort I;
9. Fractura maxilei Le Fort II;
10. Fractura maxilei Le Fort III;
11. Fractura procesului articular;
12. Fractura os zigomatic.
13. C.M. Dintre fracturile etajului mijlociu (a maxilarului superior) cel mai frecvent întâlnite sunt:
14. Fracturi de creastă alveolară;
15. Fracturi orizontale inferioare (Le Fort I);
16. Fracturi orizontale mijlocii (Le Fort II);
17. Fracturi orizontale înalte “piramidale subzigomatice” (Le Fort III);
18. Fracturi verticale, disjuncţii intermaxilare.
19. C.M. O fractură de maxilar parţială cu deplasare verticală o reduceţi şi o imobilizaţi cu:
20. Tracţiune pe atele de partea fracturată;
21. Tracţiune pe atele de partea sănătoasă;
22. Tracţiune pe atele întrerupte la nivelul focarului de fractură;
23. Tractiuni dozate pe arcada zigomatica;
24. Toate aceste metode.
25. C.M. Tratamentul chirurgical al fracturilor maxilarului este indicat în:
26. Fracturile maxilarului edentat;
27. Fracturi multiple;
28. În caz de leziuni ale calotei craniene;
29. Fracturile etajului mijlociu înalte (Le Fort II);
30. Fracturi verticale sau oblice.
31. C.M. Tratamentul de urgenţă al fracturilor maxilarului urmăreşte o fixare provizorie a masivului facial, pentru:
32. A permite o respiraţie normală;
33. A transporta bolnavul;
34. Normalizarea ocluziei;
35. Hemostaza definitivă;
36. Combaterea durerii.
37. C.M. Reducerea fragmentelor maxilarului superior poate fi efectuată manual prin următoarele metode:
38. Tracţiunea manuală directă prin prinderea arcadei dentare cu degetele;
39. Tracţiunea prin intermediul unui fir metalic;
40. Tracţiunea prin folosirea unui tub elastic ce se introduce prin fosele nazale şi orofaringe şi scoase prin gură;
41. Tracţiunea prin instrumente speciale;
42. Tracţiunea lentă cu ajutorul atelelor şi tracţiei elastice.
43. C.M. Tratamentul chirurgical al fracturilor maxilarului superior este indicat la:
44. Fracturile maxilei edentate;
45. Fracturi multiple;
46. În caz de leziuni ale calotei craniene;
47. Fracturile etajului mijlociu înalte (Le Fort III);
48. Fracturile verticale sau oblice.
49. C.M. Tratamentul de urgenţă a fracturilor de etaj mijlociu (a maxilarului superior) constă în:
50. Ligaturi intermaxilare;
51. Fronde mentoniere;
52. Gutiere metalice “cu mustăţi”;
53. Bandaje mento-cefalice de tifon;
54. Atele monomaxilare.
55. C.S. Care din simptomele enumerate mai jos nu se întâlneşte la fracturile etajului mijlociu (piramidale-subzigomatice Le Fort II)?
56. Tumefacţia accentuată cu echimoze palpebrale şi nazogeniene;
57. Epistaxis pe ambele narine;
58. Echimoze în fundul de sac vestibular;
59. Modificări de ocluzie (ocluzie deschisă frontal);
60. Blocajul mişcărilor mandibulei.
61. C.S. Din ce cauză apare diplopia în fracturile maxilarului superior:
62. Prin coborârea planşeului orbitei;
63. Contuzia muşchilor oculomotori:
64. Hematomul retrobulbar;
65. Lezarea nervului oculomotor;
66. Înfundarea oaselor maxilare.
67. C.S. Sinusotomia este indicată în:
68. Fractura de os zigomatic fără deplasare;
69. Fractura de os zigomatic cu deplasare;
70. Fractura de os zigomatic eschiloasă;
71. Fractura arcadei zigomatice fără deplasare;
72. Fractura arcadei zigomatice cu deplasare.
73. C.M. Cel mai frecvent întâlnite sunt următoarele forme de traumatisme a piramidei nazale:
74. Traumatismele scheletului cartilaginos;
75. Disjuncţia cranio-facială mijlocie (Le Fort II);
76. Disjuncţia cranio-facială înaltă (Le Fort III);
77. Fracturile scheletului osos a piramidei nazale (deschise);
78. Fracturile scheletului osos a piramidei nazale (închise).
79. C.S. Frecvenţa fracturilor oaselor piramidei nazale este mare din cauza poziţiei şi proeminenţei sale şi prezintă:
80. 5%;
81. 8%;
82. 15%;
83. 3%;
84. 20%.
85. C.S. La fractura piramidei nazale nu întâlnim unele din simptomele de mai jos:
86. Tumefacţii şi echimoze;
87. Dureri spontane;
88. Mobilitatea anormală a piramidei nazale;
89. Obstrucţie nazală, anosmie;
90. Deformaţii evidenţiate a feţii.
91. C.M. La fracturile piramidei nazale obiectiv se constată:
92. Mobilitatea anormală,
93. Crepitaţii osoase;
94. La rinoscopie în fosele nazale se constată cheaguri de sânge;
95. Echimoze;
96. Deplasarea sau înfundarea septului.
97. C.S. Reducerea fragmentelor piramidei nazale se efectuiază cel mai frecvent:
98. Cu ajutorul degetelor (manual);
99. Cu ajutorul pensei în cioc de raţă Joseph;
100. Cu o pensă hemostatică pe care se îmbracă un tub elastic;
101. Cu un elevator Volcov;
102. Cu ajutorul pensei hemostatice endonazal şi exonazal cu ajutorul degetelor.
103. C.M. Imobilizarea fragmentelor nazale după reducere este necesară şi constă în:
104. Tamponamentul foselor nazale;
105. Fixarea jgheabului de tablă extern;
106. Introducerea balonaşelor de gumă în fosele nazale;
107. Aplicarea pansamentului de figura nasului;
108. Tamponamentul foselor nazale şi cu o contrapresiune externă cu un jgheab confecţionat din tifon cu gips.
109. C.S. Dacă tratamentul fracturilor piramidei nazale nu s-a efectuat la timp (în primele 15 zile) atunci se recomandă:
110. Refractura imediată şi reducerea fragmentelor;
111. Aplicarea unor aparate de distracţie şi compresie;
112. Osteosinteză;
113. Corectarea plastică peste 4-6 luni;
114. Nu se recomandă nimic.
115. C.M. Uneori tratamentele piramidei nazale sunt însoţite de emfizem, când?
116. Când este deschis sinusul maxilar;
117. Când este interesată zona etmoidoorbitală;
118. La fracturile cu deplasări mari;
119. Când fracturile nazale sunt însoţite de fracturile bazei craniului;
120. Nici unul din aceste cazuri.
121. C.M. Traumatismele scheletului cartilaginos sunt însoţite de următoarele simptome clinice:
122. Deformaţie cu înfundare;
123. Anosmie;
124. Epistaxis;
125. Rinolalie închisă;
126. Obstrucţia foselor nazale prin angularea sau încălecarea fragmentelor.
127. C.M. Care sunt metodele de bază în diagnosticul fracturilor piramidei nazale:
128. Examenul radiologic;
129. Rinoscopia anterioară;
130. Examenul direct al semnelor clinice;
131. Diagnosticul ultrasonor;
132. Toate acestea.
133. C.M. Complicaţiile tardive ale fracturilor piramidei nazale sunt:
134. Deformaţii nazale;
135. Devierea septului nazal;
136. Obstrucţii nazale;
137. Obturaţia canalului nazo-lacrimal;
138. Afectarea respiraţiei.
139. C.M. În traumatismele grave ale piramidei nazale pot apare complicaţii locale:
140. Supuratii;
141. Condrite;
142. Pericondrite;
143. Perforaţia septului;
144. Sinusite.
145. C.M. În traumatismele piramidei nazale complicate pot apărea unele complicaţii de vecinătate:
146. Sinusite;
147. Manifestări oculare;
148. Osteomielite de maxilă;
149. Etmoidite,
150. Frontite.
151. C.S. Una din complicaţii secundare ale fracturii piramidei nazale pun în pericol viaţa pacientului:
152. Septicemia;
153. Modificări de respiraţie;
154. Sinuzita;
155. Condritele,
156. Etmoidita.
157. C.M. Hemostaza în caz de hemoragii nazale se efectuiază prin:
158. Tamponament anterior cu meşe de tifon;
159. Tamponament posterior;
160. Întroducerea unor balonaşe de gumă ce se umflă;
161. Aplicarea suturilor pe vasele efectate;
162. Toate acestea.
163. C.M. Unele fracturi nazale se pot vindeca spontan fără sechele şi anume:
164. Fracturi fără deplasări;
165. Fracturi ale oaselor cu deplasări;
166. Fracturi ale cartilagelor;
167. Fracturi în totalitate;
168. Toate fracturile piramidei nazale.
169. C.M. Care sunt principalele elemente anatomice ale articulaţiei temporo-mandibulare:
170. Condilul;
171. Fosa glenoidă;
172. Tuberculul articular;
173. Oasele temporal şi mandibular;
174. Discul articular.
175. C.S. Articulaţia temporo-mandibulară este:
176. Diartroză;
177. Monoartroză;
178. Triartroză;
179. Cea mai evaluată articulaţie;
180. Toate sunt corecte.
181. C.M. Elementele anatomice ale articulaţiei temporo-mandibulare sunt:
182. Condilul articular;
183. Cavitatea glenoidă;
184. Meniscul;
185. Tuberculul articular;
186. Capsula articulară şi ligamentele.
187. C.M. Articulaţia TM contribuie la îndeplinirea funcţiilor de:
188. Masticaţie;
189. Deglutiţie;
190. Fonaţie;
191. Amortizare;
192. Respiraţie.
193. C.M. Cavitatea glenoidă este delimitată de:
194. Anterior de muchia anterioară a tuberculului anterior (articular);
195. Posterior de către osul timpanului ce formează peretele conductului auditiv extern;
196. Intern se află spina Sfenoidului;
197. Extern rădăcina longitudinală a zigomei;
198. Nici un răspuns nu este corect.
199. C.S. Condilul mandibular are un diametru de 20-25 mm şi o formă:
200. Ovală;
201. Rotundă;
202. Elipsoidă;
203. Triunghiulară;
204. Pătrată.
205. C.S. Condilul articular este acoperit cu un strat cartilaginos de o structură:
206. Fibroasă;
207. Hialină;
208. Celulară;
209. Peticulată;
210. Conjunctivă.
211. C.S. Meniscul articular are o formă caracteristică de:
212. Lentilă biconcavă;
213. Lentilă concavă;
214. Lentilă plată;
215. Lentilă convexă;
216. Lentilă biconvexă.
217. C.M. Meniscul are două suprafeţe principale:
218. Superioară;
219. Inferioară;
220. Anterioară;
221. Posterioară;
222. Laterală.
223. C.M. Ligamentele intracapsulare sunt:
224. Ligamentul pterigo-mandibular;
225. Ligamentul sfeno-mandibular;
226. Ligamentul intern;
227. Ligamentul extern;
228. Ligamentul stilo-mandibular.
229. C.M. Vascularizaţia ATM este asigurată de:
230. A. maxilară internă;
231. A. maxilară externă;
232. A. temporală superficială;
233. A. mandibulară;
234. A. facială.
235. C.S. Inervaţia ATM este asigurată de:
236. N. maxilar;
237. N. sfenopalatin;
238. N. auriculotemporal;
239. N. maseterin;
240. N. pterigoidian lateral.
241. C.M. După producerea unei luxaţii temporo-mandibulare anterioare apar o serie de elemente anatomopatologice ce se opun revenirii condilului mandibular în cavitatea glenoidă. Care din elementele de mai jos îndeplinesc acest rol:
242. Retragerea meniscului în cavitatea glenoidă;
243. Contracţia reflexă a muşchilor ridicători ai mandibulei;
244. Plicaturarea meniscului între condilul luxat şi versantul anterior al condilului temporal;
245. Versantul anterior al condilului temporal cu panta abruptă;
246. Fixarea unei apofize coronoide mai voluminoase în marginea postero-inferioară a malarului.
247. C.M. Semnele clinice ale unei luxaţii anterioare temporo-mandibulare bilaterale:
248. Incontinenţa salivară;
249. Menton coborât şi împins înapoi;
250. Unghiul mandibulei aflat în contact cu marginea anterioară a sternocleidomastoidianului;
251. Mişcările condililor în conductul auditiv extern se percep înfundat;
252. Relaxarea musculaturii ridicătoare a mandibulei.
253. C.M. Semne clinice ale unei luxaţii temporo-mandibulare anterioare unilaterală:
254. Menton coborât şi deviat în partea bolnavă;
255. Turtirea reliefului facial în partea bolnavă;
256. Linia interincisivă deviată în partea sănătoasă;
257. Perceperea înfundată a mişcărilor condilului luxat în conductul auditiv extern;
258. Incluzie laterală de partea opusă luxaţiei.
259. C.M. Diagnosticul diferenţial al unei luxaţii temporo-mandibulare se face cu:
260. Artrita temporo-mandibulară;
261. Contractura spastică a muşchilor masticatori;
262. Fractura colului condilului mandibular;
263. Anchiloza temporo-mandibulară;
264. Parodontita agresivă
265. C.M. Semnele clinice ale unei luxaţii temporo-mandibulare posterioare sunt:
266. Otoragie;
267. Incluzie frontală;
268. Menton deviat anterior şi inferior;
269. Gura întredeschisă;
270. Prezenţa unei bombări preauriculare ca efect al ieşirii condilului din articulaţie.
271. C.S. Care din formele anatomo-clinice de luxaţie a articulaţiei temporo-mandibulare se însoţeşte obligatoriu de fracturi la nivelul condilului:
272. Luxaţii anterioare;
273. Luxaţii posterioare;
274. Luxaţii laterale;
275. Luxaţii menisco-temporale;
276. Luxaţii condilo-meniscale.
277. C.S. Care din următoarele forme anatomoclinice de luxaţii temporo-mandibulare prezintă ocluzie încrucişată:
278. Luxaţii anterioare;
279. Luxaţii menisco-temporale;
280. Luxaţii condilo-meniscale;
281. Luxaţii posterioare;
282. Luxaţii laterale.
283. C.M. Între cauzele ce conduc la modificări morfo-funcţionale ale articulaţiei temporo-mandibulare, cu producerea ulterioară de luxaţii recidivante se înscriu:
284. Tulburări mioclonice postencefalitice;
285. Reumatism poliarticular;
286. Atrofia maseterilor după poliomielită;
287. Fracturi condiliene intracapsulare în antecedente;
288. Dezechilibrul ocluzo-articular.
289. C.M. Luxaţiile temporo-mandibulare anterioare sunt favorizate de:
290. Configuraţia elementelor osoase ale articulaţiei;
291. Dizarmonia dento-alveolară;
292. Laxitatea musculo-ligamentară;
293. Trismusul;
294. Anchiloza temporo-mandibulară netratată.
295. C.S. În luxaţia anterioară temporo-mandibulară:
296. Gura nu poate fi închisă;
297. Gura nu poate fi deschisă;
298. Închiderea gurii este dureroasă;
299. Deschiderea gurii este dureroasă;
300. Mişcările mandibulei sunt permanent limitate.
301. C.S. În luxaţia anterioară temporo-mandibulară, la palparea în conductul auditiv extern:
302. Mişcările condilului sunt de amplitudine exagerată;
303. Nu se percep mişcările condilului;
304. Se percep cracmente;
305. Se percepe mişcarea sacadată a condilului;
306. Mişcările condilului sunt deviate.
307. C.S. În luxaţia anterioară temporo-mandibulară unilaterală, mentonul:
308. Este deviat spre partea bolnavă;
309. Se menţine pe linia mediană;
310. Este deviat spre partea sănătoasă;
311. Este retrudat;
312. De la caz la caz, toate aceste afirmaţii sunt adevărate.
313. C.S. Printre simptomele luxaţiei posterioare temporo-mandibulare figurează:
314. Scurtarea ramului ascendent mandibular;
315. Alungirea ramului ascendent mandibular;
316. Proeminenţa condilului anterior de tragus;
317. Otoragie;
318. Toate acestea.
319. C.M. Luxaţia unilaterală anterioară produsă în articulaţia temporo-mandibulară, este însoţită de:
320. Devierea mentonului de partea afectată;
321. Devierea mentonului de partea sănătoasă;
322. Turtirea obrazului de partea afectată;
323. Proeminenţă subzigomatică de partea sănătoasă;
324. Imposibilitatea închiderii arcadelor dentare.
325. C.M. Formele anatomo-clinice ale luxaţiilor recidivante sunt:
326. Luxaţiile laterale;
327. Luxaţiile condilo-meniscale;
328. Luxaţiile antero-laterale;
329. Luxaţiile menisco-temporale;
330. Luxaţiile condilo-temporale.
331. C.M. Care dintre următoarele afirmaţii sunt adevărate în cazul luxaţiilor posterioare unilaterale mandibulare:
332. Gura întredeschisă, cu distanţa între incisivii superiori şi inferiori, de aproximativ 10-20 mm;
333. Gura larg deschisă;
334. Bolnavii prezintă otoragie;
335. Mentonul deviat de partea sănătoasă;
336. Linia interincisivă deviată spre partea afectată.
337. C.S. Ce complicaţie tardivă poate aparea după o luxaţie posterioară de ATM?
338. Anchiloză temporo-mandibulară;
339. Constricţie de mandibulă;
340. Redoare articulară;
341. Trismus persistent;
342. Tulburări auditive.
343. C.M. Factorii favorizanţi ai luxaţiilor temporo-mandibulare pot fi:
344. Sarcina;
345. Tubercul temporal cu pantă abruptă;
346. Scăderea tonicităţii muşchilor temporali, maseteri;
347. Tubercul temporal cu panta plată;
348. Nici una dintre acestea.
349. C.S. Care din următoarele simptome nu sunt prezente la luxaţiile posterioare ATM:
350. Gura închisă;
351. Ocluzie distalizată;
352. Mentonul este deplasat distal;
353. Mentonul este deplasat în jos şi înainte;
354. Condilul mandibulei se palpează sub conductul auditiv extern.
355. C.M. La luxaţiile anterioare recidivante sunt prezente toate simptomele numite mai jos sau numai unele din ele:
356. Luxaţia apare deseori şi cu uşurinţă;
357. Gura larg deschisă;
358. Bărbia deplasată în jos şi înainte;
359. Ocluzia nemodificată;
360. Obrajii apar turtiţi.
361. C.S. Luxaţia temporo-mandibulară:
362. Este o manifestare articulară de agenţii microbieni specifici;
363. Este limitarea permanentă a muşchilor motori datorită organizării unui ţesut osos;
364. Este o schimbare a proceselor de relaxare a muşchilor mandibulei;
365. Este o pierdere a raporturilor normale între suprafeţele articulare cu ieşirea condilului din cavitatea glenoidă;
366. Nici una din aceste definiţii nu este corectă.
367. C.S. Care este condiţia favorizantă principală pentru ca să se producă luxaţia:
368. Deschiderea forţată a gurii;
369. Poziţia meniscului;
370. Laxitatea capsulei ligamentare;
371. Hipotonia muşchilor temporal şi maseterin;
372. Deplasarea condilului mandibular înapoi.
373. C.S. La ce fel de luxaţii bolnavii ştiu să-şi repoziţioneze singuri mandibula:
374. Luxaţii posterioare;
375. Luxaţii unilaterale;
376. Luxaţii anterioare;
377. Luxaţii recidivante;
378. Luxaţii superioare.
379. C.S. Care-i metoda de bază de examinare a pacientului cu luxaţie a articulaţiilor temporo-mandibulare:
380. Radiografia;
381. Anamneza;
382. Electromiografia;
383. Examenul clinic;
384. Masticaţiografia.
385. C.S. Care din următoarele forme de luxaţie temporo-mandibulare se întâlnesc cel mai frecvent:
386. Luxaţii anterioare;
387. Luxaţii posterioare;
388. Luxaţii externe;
389. Luxaţii interne;
390. Luxaţii superioare.
391. C.S. Care este cea mai veche şi mai simplă metodă de reducere a luxaţiilor articulaţiei temporo-mandibulare?
392. Metoda lui V.Popescu;
393. Metodele chirurgicale;
394. Metoda Hypocrate;
395. Metoda Blehman-Gerşuni;
396. Metoda Hypocrate-Hodorovici.
397. C.S. Unul din următoarele simptome lipseşte la luxaţiile unilaterale:
398. Asimetria feţei;
399. Deplasarea bărbiei înainte şi în partea opusă;
400. Bombarea regiunii subzigomatice;
401. Gura deschisă larg;
402. Relaxarea părţilor moi din partea sănătoasă.
403. C.M. În luxaţiile temporo-mandibulare cauzele favorizante sunt:
404. Laxitatea capsulei ligamentare;
405. Hipotonia muşchilor motori;
406. Deschiderea forţată şi exagerată a gurii;
407. Procese patologice în articulaţie;
408. Micşorarea pantei tuberculului temporal anterior.
409. C.M. Când se recurge la metoda chirurgicală de tratament a luxaţiilor temporo-mandibulare:
410. Luxaţii anterioare uni- şi bilaterale;
411. Luxaţii posterioare;
412. Luxaţii cu fractura apofizei condilare;
413. Luxaţii recidivante compuse;
414. Luxaţii vechi ireductibile.
415. C.S. Folosim anestezia după Berchet-Dubov în cazul unei:
416. Luxaţii unilaterale;
417. Luxaţii anterioare;
418. Luxaţii vechi;
419. Luxaţii bilaterale proaspete;
420. La toate aceste forme.
421. C.S. Care simptom lipseşte în luxaţiile bilaterale anterioare:
422. Gura larg deschisă;
423. Deplasarea bărbiei în jos şi înainte;
424. Obrajii turtiţi;
425. Modificări de ocluzie;
426. Deplasarea condilului mandibular înapoi.
427. C.S. După reducerea luxaţiei este necesară imobilizarea mandibulei prin aplicarea unei fronde mentoniere pe câteva zile:
428. Pe 8-10 zile;
429. Pe 21 zile;
430. Pe 25 zile;
431. Pe 10-12 zile;
432. Pe 20-30 zile
433. C.S. Ce fel de anestezie vom folosi la reducerea luxaţiilor mandibulei în caz de necesitate:
434. Anestezia Berchet-Dubov;
435. Anestezia prin infiltraţie a muşchilor;
436. Anestezia tronculară periferică;
437. Tronculară bazală;
438. Anestezia generală.
439. C.S. Despre ce ne vorbeşte durerea violentă, cu iradiaţii în ureche şi cracment în articulaţie şi însoţită de luxaţii în timpul meselor:
440. Parotidită acută;
441. Abcesul şi flegmonul lojii infratemporale;
442. Artrită acută temporo-mandibulară;
443. Litiază submandibulară;
444. Luxaţii recidivante asociate cu artrită.
445. C.S. Care este manopera principală la reducerea luxaţiilor temporo-mandibulare prin metoda clasică (Hypocrate):
446. Aşezarea bolnavului pe scaun cu capul bine fixat,
447. Anestezia;
448. Fixarea mandibulei cu amândouă mânile;
449. Aplicarea degetelor pe molari;
450. Presiunea pe molari şi împingerea mandibulei îndărăt.
451. C.M. Care sunt complicaţiile imediate ale luxaţiilor articulaţiei temporo-mandibulare:
452. Inflamaţii ale tubului auditiv;
453. Modificări de ocluzie;
454. Dureri nevralgiforme;
455. Apare o organizare fibro-conjuctivală, ce fixează condilul;
456. Hiposalivaţia.
457. C.S. În care forme de luxaţie se produc modificări cicatriceale ale ţesuturilor periarticulare ale meniscului;
458. Luxaţii superioare;
459. Luxaţii laterale;
460. Luxaţii vechi fixate;
461. Luxaţii recidivante;
462. Luxaţii bilaterale anterioare.
463. C.S. Ce tratament preconizaţi într-o luxaţie temporo-mandibulară anterioară?
464. Infiltraţii cu xilină şi hidrocortizon intraarticular;
465. Reducerea manuală;
466. Mecanoterapia pasivă;
467. Mecanoterapia activă;
468. Blocajul intermaxilar.
469. C.S. Mecanismul etiopatogenic cel mai frecvent întâlnit în artrita cronică temporo-mandibulară sunt:
470. Plăgile articulaţiei;
471. Infectarea articulaţiei;
472. Fractura mandibulei;
473. Traumatismul direct;
474. Microtraumatismele articulare prin dezechilibru ocluzo-articulare.
475. C.M. Simptomele artritei cronice temporo-mandibulare sunt:
476. Durerea;
477. Cracmentul;
478. Tulburările în dinamica articulară;
479. Otoragia;
480. Tumefacţia retromandibulară.
481. C.M. Semnele clinice ale unei artrite temporo-mandibulare nespecifice pot fi:
482. Dureri pulsatile cu iradiere optică, temporală şi geniană;
483. Menton deviat de partea sănătoasă;
484. Mişcări reduse în articulaţie;
485. Tumefacţie preauriculară;
486. Prezenţa cracmentului articular.
487. C.S. Care este cel mai frecvent factor incriminat în producerea artritelor cronice temporo-mandibulare:
488. Infecţii acute tratate necorespunzător;
489. Dezechilibru ocluzo-articular;
490. Traumatisme frecvente la nivelul mentonului;
491. Infecţii cu germeni specifici;
492. Nici unul din elementele menţionate.
493. C.M. Printre mecanismele patogenice ale constricţiei de mandibulă pot fi incluse:
494. Organizarea unui ţesut osos la nivelul articulaţiei temporo-mandibulare;
495. Transformarea sclerocicatricială a capsulei articulaţiei şi ligamentelor periarticulare;
496. Modificări ale reperelor osoase (panta condilului temporal);
497. Scleroza sau hipertonia muşchilor coborâtori ai mandibulei;
498. Apariţia unei cicatrici retractile pe tegumentele regiunii maseterine sau pe mucoasa jugală.
499. C.M. Argumentele în favoarea diagnosticului de constricţie de mandibulă pot fi:
500. Limitarea doar a muşcărilor de deschidere şi mai puţin ale celor de lateralitate şi propulsie;
501. Decelarea în antecedentele patologice a unor afecţiuni ce putea să genereze sechele priarticulare şi cutaneomucoase;
502. Lipsa modificărilor radiologice la nivelul articulaţiei temporo-mandibulare;
503. Posibilitatea lărgirii gurii prin metode mecanice;
504. Nici unul din aceste argumente.
505. C.S. Care este cea mai gravă complicaţie posibilă a artritei temporo-mandibulare:
506. Fistulizarea la tegument;
507. Extinderea supuraţiei la mastoidă;
508. Septicemia;
509. Constricţia de mandibulă;
510. Anchiloza temporo-mandibulară.
511. C.S. Care dintre artritele specifice nu prezintă ca complicaţie, anchiloza temporo-mandibulară:
512. Gonococice;
513. Tuberculoase;
514. Actinomicotice;
515. Luetice;
516. Streptococice.
517. C.M. Modificările anatomo-patologice în artrita actinomicotică interesează în special:
518. Ligamentele periarticulare;
519. Canalul mandibular;
520. Capsula articulară;
521. Cavitatea glenoidă;
522. Meniscul.
523. C.M. Care dintre următoarele semne clinice se întâlnesc în constricţia de mandibulă:
524. Debut brusc posttraumatic;
525. Limitarea mişcărilor mandibulare mai ales cele de lateralitate, de propulsie;
526. Mandibula are tendinţă la deviere laterală în partea leziunii;
527. Mişcările condililor au amplitudine redusă;
528. Mişcarea de deschidere a gurii este dedublată.
529. C.M. Care sunt simptomele unei artrite acute nespecifice:
530. Devierea mentonului;
531. Dureri spontane, pulsatile, iradiante din zona afectată;
532. Tumefacţia şi congestia preauriculară;
533. Mişcări mandibulare reduse, uneori imposibile;
534. Toate acestea.
535. C.M. Diagnosticul diferenţial al artritelor acute nespecifice se face cu:
536. Furunculul pretragian;
537. Otomastoidita;
538. Limfadenită pretragiană;
539. Constricţia de mandibulă;
540. Adenită subangulomandibulară.
541. C.M. Ce elemente anatomice sunt interesate în faza de artrită temporo-mandibulară subacută:
542. Capsula artriculară;
543. Ligamentele articulare;
544. Meniscul articular;
545. Condilul mandibular;
546. Cavitatea glenoidă.
547. C.M. În artrita actinomicotică, modificările patologice interesează în special:
548. Cartilajul articular;
549. Meniscul;
550. Ligamentele;
551. Capsula articulară;
552. Osul.
553. C.S. În etiopatogenia artritelor cronice sunt incriminaţi următorii factori:
554. Luxaţiile recidivante;
555. Traumatismele deschise ale ATM;
556. Pătrunderea de germeni patogeni în cavitatea articulară;
557. Microtraumatisme repetate prin dezechilibrul ocluzo-articular;
558. Fracturi intraarticulare de condil.
559. C.M. Triada simptomatică a artritelor cronice cuprinde:
560. Durerea;
561. Cracmente;
562. Tulburări mecanice articulare;
563. Limitarea mişcărilor mandibulare;
564. Semne de inflamaţie acută.
565. C.M. Diagnosticul diferenţial al unei artrite cronice îl faceţi cu:
566. Artrite din cursul reumatismului poliarticular acut;
567. Artrite cronice gonococice;
568. Supuraţii ale lojii parotidiene;
569. Luxaţia unilaterală anterioară;
570. Nici una dintre acestea.
571. C.S. Care este cea mai frecventă cauză a constricţiei de mandibulă:
572. Supuraţii periosoase;
573. Cauze articulare şi periarticulare;
574. Cicatrici cutaneomucoase;
575. Tumori ale regiunii faciale;
576. Cicatrici în masa muşchilor mobilizatori ai mandibulei.
577. C.M. Constricţia de mandibulă de cauză musculară, poate aparea după:
578. Hipertonia muşchilor ridicători;
579. Supuraţii periarticulare;
580. Scleroza muşchilor ridicători;
581. Traumatisme articulare;
582. Fistulizarea abcesului genian.
583. C.M. În artrita cronică temporo-mandibulară:
584. Apar stadii avansate, necroze ale capetelor osoase cu reacţii de resorbţie şi proliferare în cioc de clarinet, vizibile radiologic;
585. Mişcările mandibulei sunt complet imposibile;
586. Mişcările mandibulei sunt însoţite de cracmente;
587. Condilul mandibular perforează peretele anterior al conductului auditiv extern;
588. Se înregistrează otoragia nocturnă.
589. C.S. Anchiloza temporo-mandibulară este posibilă la următoarele forme de luxaţii:
590. Luxaţie posterioară cu fractură;
591. Luxaţie anterioară bilaterală;
592. Luxaţie recidivantă;
593. Luxaţie anterioară unilaterală;
594. În toate aceste cazuri.

1. C.S. Care sunt cele mai frecvente cauze ale anchilozei temporo-mandibulare:
2. Supuraţii oto-mastoidiene;
3. Fracturile intraarticulare ale condilului;
4. Parotiditele acute supurate;
5. Fracturi ale ramului, vicios consolidate;
6. Luxaţii anterioare ale ATM.
7. C.M. Leziunile traumatice care pot duce la anchiloză temporo-mandibulară sunt:
8. Fracturile apofizei coronoide;
9. Fracturile cavităţii glenoide;
10. Fracturile intraarticulare ale condilului;
11. Leziuni osoase şi leziuni ale meniscului prin traumatism obstretical.
12. Fracturi ale osului temporal.
13. C.M. Din punct de vedere al localizării, anchilozele temporo-mandibulare parţiale pot fi:
14. Anterioare;
15. Laterale;
16. Mediale;
17. Compacte;
18. Posterioare.
19. C.S. Depărtătorul de tip Heister se foloseşte pentru mecanoterapie în următoarele situaţii:
20. Anchiloza temporo-mandibulară;
21. Constricţie de mandibulă;
22. După consolidarea fracturilor de arc mentonier;
23. În toate aceste cazuri;
24. Nu se foloseşte pentru mecanoterapie.
25. C.S. Ce tratament efectuaţi în contuziile ATM:
26. Mecanoterapie activă;
27. Gutiere de înălţare a ocluziei;
28. Blocaj rigid intermaxilar;
29. Antibioterapie;
30. Infiltraţii periarticulare cu corticosteroizi.
31. C.M. Care credeţi că sunt cauzele care au stat la baza producerii constricţiei unilaterale a mandibulei:
32. Fractura ramului vertical, vicios consolidată;
33. Hipertonia musculaturii ridicătoare a mandibulei;
34. Traumatism periarticular;
35. Corpi străini intramusculari;
36. Bride scleroase, retractile, maseterine, posttraumatice.
37. C.M. Ce soluţii terapeutice consideraţi necesare în cazul constricţiei de mandibulă cauzată de o cicatrice retractilă, în regiunea pretragiană dreaptă şi una în regiunea maseterină:
38. Mecanoterapie şi enzimoterapie;
39. Condilectomia;
40. Secţiunea bridelor şi acoperirea suprafeţelor sângerânde cu grefe libere;
41. Meniscotomia;
42. Secţionarea inserţiei muşchiului temporal de pe apofiza coronoidă.
43. C.M. Printre cauzele anchilozei temporo-mandibulare sunt:
44. Fracturile intraarticulare ale condilului;
45. Dezechilibrul ocluzo-articular;
46. Plăgile articulaţiei temporo-mandibulare;
47. Loviturile pe menton;
48. Traumatismul obstetrical.
49. C.M. Printre cauzele anchilozei temporo-mandibulare sunt:
50. Chistul sebaceu supurat;
51. Otomastoidita supurată;
52. Periconarita supurată;
53. Scarlatina;
54. Artrita gonococică.
55. C.M. Printre formele clinice ale anchilozei temporo-mandibulare sunt:
56. Anchiloza intermediară;
57. Anchiloza anterioară;
58. Anchiloza posterioară;
59. Anchiloza totală;
60. Anchiloza retroariculară.
61. C.M. Printre simptomele anchilozei temporo-mandibulare bilaterale figurează:
62. Relieful mentonier şters;
63. Cracmentele articulare;
64. Absenţele mişcării mandibulei;
65. Perforarea conductului auditiv extern;
66. Adenopatia loco-regională;
67. C.S. Printre cauzele constricţiei de mandibulă figurează:
68. Fractura ramului ascendent mandibular;
69. Infecţiile acute mandibulare;
70. Intoxicaţiile cu stricnină;
71. Scleroza muşchilor ridicători ai mandibulei;
72. Laxitatea articulară temporo-mandibulară.
73. C.S.Pentru tratamentul constricţiei de mandibulă se utilizează:
74. Artrotomia;
75. Injecţii sclerozante intraarticulare;
76. Mecanoterapia;
77. Enzimoterapia;
78. Osteotomia.
79. C.M. Constricţia de mandibulă:
80. Reprezintă pierderea raporturilor normale între suprafeţele articulare, cu ieşirea condilului din cavitatea glenoidă;
81. În stadii avansate apar necroze ale capetelor osoase, cu reacţii de resorbţie şi de proliferare în cioc de clarinet, leziuni vizibile şi radiologic;
82. Este limitarea permanentă, totală sau parţială a mişcărilor mandibulei;
83. Dintre simptoamele clinice face parte şi cracmentul;
84. Metodele nesângerânde, conservatoare de tratament urmăresc asuplizarea ţesuturilor cicatriceale şi mobilizarea mandibulei.
85. C.S. Consolidarea fracturilor complexului zigomatico-maxilar fără deplasare sau corect reduse se produc în:
86. 5-12 zile;
87. 15-20 zile;
88. 25-30 zile;
89. 30-35 zile;
90. 8-10 zile.
91. C.S. Anestezia regiunii zigomatice apare în:
92. Fracturi ale podelei orbitei;
93. Fracturi ale peretelui anterior al sinusului maxilar;
94. Fracturi ale arcadei temporo-zigomatice;
95. Fracturi de tip blowout;
96. Fracturi fronto-zigomatice.
97. C.M. Simptomele fracturilor complexului orbito-zigomatic pot fi:
98. Consolidări vicioase;
99. Diplopie;
100. Asimetrii faciale;
101. Blocajele mandibulei;
102. Tulburări de sensibilitate.
103. C.M. Diagnosticul unei fracturi orbito-zigomatice se stabileşte pe:
104. Semnele clinice;
105. Examenul radiologic;
106. Tulburări funcţionale;
107. Prezenţa şi a altor leziuni osoase;
108. Toate acestea.
109. C.S. Care din simptomele enumerate mai jos nu se întâlneşte la fracturile de tip posterior (arcada zigomatică):
110. Deformaţia feţei;
111. Dureri;
112. Blocajul mandibulei;
113. Modificări de ocluzie;
114. La palpare se percepe o prăbuşire în formă de treaptă sau unghi ascuţit.
115. C.M. Pentru ce este necesar şi examenul radiologic în fracturile osului malar şi arcadei zigomatice:
116. Pentru determinarea prezenţei fracturii;
117. Pentru precizarea diagnosticului;
118. Localizarea fracturii;
119. Dislocaţia fragmentului;
120. Nici una dintre acestea.
121. C.S. Fracturile anterioare ale complexului zigomatico-maxilar interesează următoarele elemente anatomice:
122. Osul maxilar;
123. Peretele infero-extern al orbitei;
124. Peretele sinusului maxilar;
125. Osul malar;
126. Osul frontal.
127. C.S. Care sunt simptomele caracteristice pentru fracturile posterioare temporo-zigomatice:
128. Epistaxis;
129. Blocarea mişcărilor mandibulare;
130. Diplopia;
131. Înfundarea osului malar;
132. Hemoragii nazale.
133. C.M. Fracturile anterioare pot fi:
134. Simple fisuri;
135. Fracturi multiple cu fragmente mici;
136. Fracturi cu deplasări “în treaptă”;
137. Fracturi multiple ale arcadei;
138. Fractura osului malar şi a maxilei.
139. C.M. Placa osului malar poate să se deplaseze:
140. Înapoi şi înăuntru;
141. Rotindu-se în jurul axei sale;
142. Poate fi basculată înăuntru şi lateral;
143. În afară şi în sus;
144. Se poate roti.
145. C.S. Fractura tip “V” a arcadei temporo-zigomatice se caracterizează prin:
146. O linie de fractură;
147. Două linii de fractură;
148. Trei linii de fractură;
149. Este o fractură cominutivă;
150. Nici una din acestea.
151. C.M. Ce factori răspund la fracturile arcadei zigomatice şi osului malar:
152. Poziţia şi proeminenţa lor;
153. Forma arcuită;
154. Rezistenţa redusă a osului şi arcadei zigomatice;
155. Stratul de ţesut adipos foarte redus sau chiar absent;
156. Nici un enunţ nu este corect.
157. C.M. Diagnosticul unei fracturi orbito-zigomatice se pune pe:
158. Semnele clinice;
159. Examenul radiologic;
160. Tulburările funcţionale;
161. Prezenţa şi a altor leziuni osoase;
162. Toate acestea.
163. C.M. Fracturile complexului zigomatico-maxilar pot interesa:
164. Osul zigomatic;
165. Peretele intern al orbitei;
166. Peretele anterolateral al sinusului maxilar;
167. Apofiza ascendenta a maxilarului;
168. Podeaua orbitei.
169. C.S. În fracturile tip “blowout” leziunile osoase apar la nivelul:
170. Peretelui extern orbitar;
171. Peretelui intern orbitar;
172. Podeaua orbitei;
173. Oase nazale;
174. Arcadei temporo-zigomatice.
175. C.M. În disjuncţia maxilo-malară linia de fractură trece prin:
176. Sutura zigomatico-maxilară;
177. Peretele intern al orbitei;
178. Sutura zigomatico-temporală;
179. Sutura fronto-zigomatică;
180. Peretele posterior al sinusului maxilar.
181. C.M. Exoftalmia apare în următoarele tipuri de fracturi:
182. Le Fort II;
183. Orbito-sinusale;
184. Disjuncţiile intermaxilare;
185. Le Fort III;
186. În nici una dintre acestea.
187. C.M. În fracturile orbito-sinusale cu deplasarea plăcii malare înapoi şi înafară se pot întâlni următoarele semne clinice:
188. Tulburări de sensibilitate în teritoriul nervului infraorbital;
189. Blocajul mişcărilor mandibulare;
190. Echimoza în monoclu;
191. Asimetrie facială prin proeminenţa reliefului zigomatic;
192. Epistaxis bilateral.
193. C.S. În fracturile posterioare ale complexului zigomatico-maxilar este interesată:
194. Podeaua orbitei;
195. Apofiza pterigoidă;
196. Apofiza frontală a malarului;
197. Arcada temporo-zigomatică;
198. Peretele posterior al sinusului maxilar.
199. C.M. Care dintre următoarele simptome se pot întâlni în fracturile anterioare ale complexului zigomato-maxilar:
200. Diplopia;
201. Hipoestezia infraorbitală;
202. Inocluzia frontală;
203. Epistaxis;
204. Devierea uşoară a liniei mediane.
205. C.M. Linia de fractură care interesează oasele nazale, apofiza ascendentă a maxilarului, osul lacrimal, rebordul orbital, peretele anterolateral al sinusului maxilar, tuberozitatea, apofiza pterigoidă, peretele extern al fosei nazale, vomerul şi septul cartilaginos, se întâlneşte în:
206. Fractura orizontală inferioară a maxilarului superior;
207. Fractura orizontală mijlocie a maxilarului superior;
208. Fractura orizontală înaltă a maxilarului superior;
209. Disjuncţiile intermaxilare;
210. Nici una din aceste forme.
211. C.M. Precizaţi care sunt celelalte semnele care susţin clinic diagnosticul de fractură orbito-sinuzală:
212. Otoragia;
213. Hipoestezia infraorbitară;
214. Modificarea rapoartelor de ocluzie;
215. Diplopia;
216. Epistaxis.
217. C.M. Fracturile complexului zigomatico-maxilar pot interesa:
218. Osul zigomatic;
219. Peretele intern al orbitei;
220. Peretele anterolateral al sinusului maxilar;
221. Apofiza ascendentă a maxilarului;
222. Podeaua orbitei.
223. C.M. Reducerea fragmentelor la fracturile temporo-zigomatice pe cale exobucală poate fi realizată:
224. Cu cârligul Limberg;
225. Cu cârligul Strohmezer;
226. Cu elevatorul după D. Teodorescu;
227. Cu degetul;
228. Cu o spatulă.
229. C.M. Calea transinusală de reducere a osului malar se utilizează în următoarele cazuri:
230. La fracturi ale osului malar;
231. În cazul prăbuşirii în bloc a malarului;
232. La orice fractură anterioară;
233. La fracturile combinate *(osul malar şi arcadei zigomatice);*
234. Nici în unul din aceste cazuri.
235. C.M. Când e destul de dificilă diagnosticarea fracturilor temporo-zigomatice:
236. Adresarea întârziată a pacientului;
237. Fracturi fără deplasări;
238. Forme asociate cu plăgi ale părţilor moi şi altor oase;
239. O tumefiere evidenţiată;
240. Nici unul din aceste cazuri.
241. C.M. Complicaţiile tardive ale fracturilor arcadei temporo-zigomatice sunt:
242. Tulburări de sensibilitate;
243. Diplopia;
244. Deformaţia feţei;
245. Blocajul mandibular de lungă durată;
246. Toate împreună.
247. C.M. Căile de reducere ale unei fracturi orbito-sinusale sunt:
248. Suborbitală;
249. Temporală;
250. Transjugală;
251. Sinusală;
252. Endobucală.
253. C.M. Calea sinusală de tratament a fracturilor orbito-sinusale este indicată în:
254. Fracturi cominutive ale plăcii malare;
255. Fracturi cu hematoame intrasinusale;
256. Fracturi tip “blowout”;
257. Fracturi cu dislocări mari;
258. Fracturi ale plăcii malare în care acesta are tendinţa de a se înfunda.
259. C.M. Între sechelele ce pot aparea după fracturi ale complexului zigomatico-maxilar se înscriu:
260. Blocajul mandibulei;
261. Tulburări fizionomice;
262. Cicatrici retractile;
263. Diplopie;
264. Pseudoartroză balantă.
265. C.S. Indicaţi definiţia cea mai corectă a traumei asociate:
266. Leziunile părţilor moi şi ale oaselor regiunii buco-maxilo-faciale;
267. Plăgi ale părţilor moi însoţite de fracturi simple ale maxilarelor;
268. Plăgi ale părţilor moi însoţite de fracturi multiple cu zdrobiri întinse şi pierderi de substanţă;
269. Leziuni ale regiunilor O.M.F. şi ale regiunilor învecinate sau regiunilor îndepărtate ce au fost produse de unul şi acelaşi agent;
270. Trauma produsă de mai mulţi agenţi (mecanici, termici, chimici etc.).
271. C.M. Traumatismele asociate oro-maxilo-faciale pot fi însoţite de :
272. Comoţii cerebrale;
273. Fracturile bazei craniene;
274. Lezarea organelor interne;
275. Trauma coloanei vertebrale;
276. Fracturile membrelor.
277. C.M. Tratamentul traumelor asociate se începe cu:
278. Aplicarea bandajelor pe răni şi imobilizarea fracturilor;
279. Tratamentul de urgenţă al şocului;
280. Hemostaza şi degajarea căilor aeriene;
281. Susţinerea centrelor vitale;
282. Nici una din cele enumerate.
283. C.M. Tratamentul de urgenţă al traumelor asociate include:
284. Examenul detaliat;
285. Hemostaza şi degajarea căilor aeriene superioare;
286. Tratamentul şocului traumatic;
287. Bandaje şi aplicarea şinelor la oasele fracturate;
288. Tratamentul cu antibiotice şi sulfamide.
289. C.M. Ce metode de anestezie utilizăm în cazul traumelor asociate la intervenţiile chirurgicale de staţionar:
290. Neuroleptanalgezia;
291. Anestezie loco-regională;
292. Anestezie generală de durată;
293. Anestezie loco-regională cu premedicaţie;
294. Anestezie generală inhalatorie prin intubare.
295. C.M. Timpul şi volumul intervenţiilor chirurgicale al traumelor buco-maxilo-faciale la pacienţii cu traume asociate depind de :
296. Starea generală a pacientului;
297. Gravitatea traumei faciale;
298. Gravitatea traumei asociate;
299. Evoluţia stării generale şi stării locale a traumelor asociate;
300. Nici una dintre acestea.

Teste noi:

CS

1. Definiția contuziei este următoarea:

A. Leziune primară elementară cutanată sau mucozală, constând dintr-o soluție de continuitate superficială interesând numai epidermul până la derm cu denudarea corionului.

B. Ruptură totală sau parțială a fibrelor musculare cuprinse între planul osos și corpul contondent

C. Întreruperea continuității țesuturilor, cu sau fără pierderi de substanță, determinate de o cauză externă, mecanică, fizică sau chimică ce acționează izolat sau asociat.

D. Traumatism care povoacă strivirea țesuturilor profunde, fără ruperea tegumentului, în urma lovirii cu un obiect dur. (X)

E. O acumulare de sânge extravazat ca rezultat al acțiunii unui traumatism care a provocat ruptura unor vase mai profunde și de calibru mai important.

1. Definiția excoriației este:

A. Leziune primară elementară cutanată sau mucozală, constând dintr-o soluție de continuitate superficială interesând numai epidermul până la derm cu denudarea corionului. (X)

B. Ruptură totală sau parțială a fibrelor musculare cuprinse între planul osos și corpul contondent

C. Întreruperea continuității țesuturilor, cu sau fără pierderi de substanță, determinate de o cauză externă, mecanică, fizică sau chimică ce acționează izolat sau asociat.

D. Traumatism care povoacă strivirea țesuturilor profunde, fără ruperea tegumentului, în urma lovirii cu un obiect dur.

E. O acumulare de sânge extravazat ca rezultat al acțiunii unui traumatism care a provocat ruptura unor vase mai profunde și de calibru mai important.

1. Definiția hematomului este:

A. Leziune primară elementară cutanată sau mucozală, constând dintr-o soluție de continuitate superficială interesând numai epidermul până la derm cu denudarea corionului.

B. Ruptura totală sau parțială a fibrelor musculare cuprinse între planul osos și corpul contondent

C. Întreruperea continuității țesuturilor, cu sau fără pierderi de substanță, determinate de o cauză externă, mecanică, fizică sau chimică ce acționează izolat sau asociat.

D. Traumatism care povoacă strivirea țesuturilor profunde, fără ruperea tegumentului, în urma lovirii cu un obiect dur.

E. O acumulare de sânge extravazat ca rezultat al acțiunii unui traumatism care a provocat ruptura unor vase mai profunde și de calibru mai important.(X)

1. Definiția echimozei este:

A. Leziune primară elementară cutanată sau mucozală, constând dintr-o soluție de continuitate superficială interesând numai epidermul până la derm cu denudarea corionului.

B. Ruptură totală sau parțială a fibrelor musculare cuprinse între planul osos și corpul contondent

C. Un revărsat sanguin într-un spașiu limitat de părțile moi sau într-o cavitate osoasă.

D. Leziune elementară care se manifestă printr-o pată congestivă a pielii sau mucoasei consecutivă extravazării sângelui în spațiile intercelulare. (X)

E. O acumulare de sânge extravazat ca rezultat al acțiunii unui traumatism care a provocat ruptura unor vase mai profunde și de calibru mai important.

1. Definiția plăgii este:

A. Leziune primară elementară cutanată sau mucozală, constând dintr-o soluție de continuitate superficială interesând numai epidermul până la derm cu denudarea corionului.

B. Ruptură totală sau parțială a fibrelor musculare cuprinse între planul osos și corpul contondent

C. Întreruperea continuității țesuturilor, cu sau fără pierderi de substanță, determinate de o cauză externă, mecanică, fizică sau chimică ce acționează izolat sau asociat.(X)

D. Traumatism care povoacă strivirea țesuturilor profunde, fără ruperea tegumentului, în urma lovirii cu un obiect dur.

E. O acumulare de sânge extravazat ca rezultat al acțiunii unui traumatism care a provocat ruptura unor vase mai profunde și de calibru mai important.

1. Definiția fracturii este:

A. Leziune primară elementară cutanată sau mucozală, constând dintr-o soluție de continuitate superficială interesând numai epidermul până la derm cu denudarea corionului.

B. Ruptură totală sau parțială a fibrelor musculare cuprinse între planul osos și corpul contondent

C. Un revărsat sanguin într-un spașiu limitat de părțile moi sau într-o cavitate osoasă.

D. Ruptură a unui os sau a unui cartilagiu tare, insotia de o durere acută, o imposibilitate de a realiza unele miscari. (X)

E. O acumulare de sânge extravazat ca rezultat al acțiunii unui traumatism care a provocat ruptura unor vase mai profunde și de calibru mai important.

1. Scurgerea abundentă de sânge, internă sau externă, în urma ruperii sau tăierii peretelui unui vas sangvin este:

A. Echimoză

B. Plagă tăiată

C. Hemoragie (X)

D. Excoriație

E. Fractură deschisă

1. O leziune traumatică tisulară însoțită de reacții sistemice nervoase, vasculare, metabolice și umorale, produsă de agenți termici, chimici, sau micști reprezintă :

A. Contuzie

B. Plagă

C. Hemoragie

D. Excoriație

E. Arsură (X)

1. Absenta completa a consolidării unei [fracturi](http://www.sfatulmedicului.ro/dictionar-medical/fractura_979) peste cîteva luni de la producerea ei se numește:

A. Fractură deschisă

B. Fractură închisă

C. Pseudoartroză (X)

D. Luxație

E. Anchiloză

1. Complicația fracturilor de mandibulă care se manifestă prin imposibilitatea de a respira se numește:

A. Comoția cerebrală

B. Asfixie (X)

C. Hemoragie

D. Șoc

E. Leziune nervoasă

1. Luxația dentară este:

A. Fractura coroanei dinților fără complicații

B. Fractura coroanei dinților cu complicații

C. Fisura smalțului

D. Deplasare anormala a [dintelui](http://www.sfatulmedicului.ro/Profilaxia-in-stomatologie/spalarea-corecta-a-dintilor-si-folosirea-corecta-a-atei-dentare_400) in alveolă. (X)

E. Fractura radiculară a dinților

1. Proeminența accentuată a globilor oculari înafara orbitei reprezintă:

A. Diplopie

B. Exoftalmie (X)

C. Strabism divergent

D. Strabism convergent

E. Contuzie

1. Otoragia reprezintă scurgerea unei cantități de sânge din:

A. Faringe

B. Cavitatea nazală

C. Ureche (X)

D. Sinus

E. Laringe

1. Otoreea reprezintă:

A. Simptom caraterizat prin scurgerea de sânge din cavitatea nazală

B. Simptom caraterizat prin scurgerea de puroi din ureche (X)

C. Simptom caraterizat prin scurgerea de sânge din ureche

D. Simptom caraterizat prin scurgerea de puroi din cavitatea nazală

E. Simptom caracterizat prin scurgerea de sânge în orbită

1. Paralizia reprezintă:

A. Diminuare a sensibilității cutanate, întâlnită în unele boli nervoase.

B. Stare de insensibilitate la durere, de amorțire (generală sau parțială) cauzată de un agent chimic sau fizic

C. Pierderea sau afectarea funcţiei musculare, a forţei musculare, a mişcării voluntare, într-o anumită parte a corpului (X)

D. Creștere a diferitelor tipuri de sensibilitate, însoțită de o scădere a pragului sensibilității corespunzătoare.

E. Pierderea sau scăderea sensibilității doar la temperatură.

1. Hipoestezia reprezintă:

A. Diminuare a sensibilității cutanate, întâlnită în unele boli nervoase.(X)

B. Stare de insensibilitate la durere, de amorțire (generală sau parțială) cauzată de un agent chimic sau fizic

C. Pierderea sau afectarea funcţiei musculare, a forţei musculare, a mişcării voluntare, într-o anumită parte a corpului

D. Creștere a diferitelor tipuri de sensibilitate, însoțită de o scădere a pragului sensibilității corespunzătoare.

E. Pierderea sau scăderea sensibilității doar la temperatură.

1. Anestezia reprezintă:

A. Diminuare a sensibilității cutanate, întâlnită în unele boli nervoase.

B. Stare de insensibilitate la durere, de amorțire (generală sau parțială) cauzată de un agent chimic sau fizic (X)

C. Pierderea sau afectarea funcţiei musculare, a forţei musculare, a mişcării voluntare, într-o anumită parte a corpului

D. Creștere a diferitelor tipuri de sensibilitate, însoțită de o scădere a pragului sensibilității corespunzătoare.

E. Pierderea sau scăderea sensibilității doar la temperatură.

1. Etiologia excoriațiilor pot fi următoarele CU EXCEPȚIA:

A. Acțiunea obiectelor ascuțite

B. Acțiunea unghiilor sau a ghearelor de animale

C. În urma unei fracturi închise (X)

D. Târârea pe nisip, pietriș, asfalt.

E. Acțiunea abrazivă a instrumentelor abrazive rotative utilizate in practica stomatologică

1. Excoriațiile, de regulă sunt însoțite de:

A. Contuzie și fractură

B. Hematom și hipoestezie

C. Hemoragii arteriale

D. Edem și echimoză (X)

E. Contuzie și paralizie

1. Pentru excoriații sunt caracteristice:

A. Crusta hematică (X)

B. Hemoragii masive

C. Lipsa totală a durerii

D. Șocul hemoragic

E. Tulburări funcționale

CM

1. Tabloul clinic al pacienților cu hemoragie reprezintă:

A. Presiune arterială scăzută (X)

B. Presiune arterială crescută

C. Pulsul nu se modifică

D. Puls diminuat(X)

E. Dereglări în valorile hematocritului (X)

1. Clinic și anatomo-patologic, hematomul se poate manifesta:

A. Intracelular

B. Pulsatil (X)

C. Circumscris (X)

D. Asimptomatic

E. Difuz (X)

1. Excoriațiile sunt însoțite adesea de:

A. Edem (X)

B. Echimoză (X)

C. Sângerare (X)

D. Fracturi eschiloase

E. Durere (X)

1. Tulburări funcționale în fracturile complexului zigomatico-orbital reprezintă:

A. Denivelarea osului malar

B. Hipoestezia nervului infraorbital (X)

C. Diplopie (X)

D. Epistaxis unilateral

E. Limitarea deschiderii gurii (X)

1. În procesul de vindecare a plăgilor sunt prezente următoarele etape:

A. Proliferație și reparație (X)

B. Hemostază (X)

C. Aplicarea suturii

D. Maturație (X)

E. Inflamație (X)

1. Hemoragia secundară, care apare la câteva zile după traumatism, poate fi cauzată de:

A. Fragmente osoase sau dentare care rup peretele vascular prin marginile lor ascuțite (X)

B. Dezlegarea unui nod (X)

C. Vasodilatația și mobilizarea trombusului endoluminal (X)

D. Inflamația acută sau cronică care erodează peretele vascular (X)

E. Corpi străini care rup peretele vascular prin marginile lor ascuțite (X)

1. Plăgile mușcate sunt împărțite în:

A. Contuze (X)

B. Fără pierderea substanței (X)

C. Înțepate (X)

D. Sfâșiate (X)

E. Cu pierderea substanței (X)

1. Clinic fracturile mediane mandibulare prezintă:

A. Endooral mucoasa este lezată (X)

B. Exooral nu prezintă schimbări vizibile

C. Este prezentă o plagă gingivală la nivelul dinților incisivi centrali (X)

D. Este prezent hematomul planșeului oral în zona papilelor Wharthon (X)

E. Edem masiv în regiunea geniană

395. C.M. Precizați care exemple de diagnostic sunt corecte:

A. Excoriatia tesuturilor moi a fetei în regiunea jugală pe dreapta.

B. Hematom frontal pe stinga

C. Contuzia tesuturilor moi a fetei pe stinga.

D. Fractura unghiului mandibulei pe stinga fara deplasarea fragmentelor.

E. Plaga contuza lacerata in regiunea buzei superioare pe dreapta.

396. C.M. Precizați care exemple de diagnostic sunt corecte:

A. Plagă tăiată în regiunea mentonieră

B. Plaga muscata în regiunea infraorbitală pe stinga.

C. Fractura oaselor nazale cu deplasarea fragmentelor.

D. Fractura bilaterala a mandibulei in regiunea mentoniera pe dreapta si a condilului articular pe stinga cu deplasarea fragmentelor.

E. Plagă cronică în acutizare în regiunea jugală

397. C.M. Precizați care exemple de diagnostic sunt corecte:

A. Fractura complexului zigomatico-orbital pe dreapta cu deplasare.

B. Fractura arcadei zigomatice pe stinga cu deplasare

C. Plagă în lemn verde a corpului mandibulei pe stinga

D.Fractură liniară mandibulo-maxilară provocată de factori fizici

E. Fractura procesului alveolar la maxila la nivelul dintilor 1.2 - 2.3

398. C.M. Precizați care exemple de diagnostic sunt corecte:

A. Fractura planseului orbitei fara deplasare

B. Fractura coronara penetranta a dintelui 1.3

C. Fractura radiculara in treimea medie a dintelui 1.1

D. Fractura mandibulei pe dreapta cu potențial de infectare

E. Avulsia d.2.2. si luxația subtotala a d 2.3.

399. C.M. Precizați care din următoarele afirmații sunt corecte:

1. După suturarea plăgilor profunde se aplică dren
2. Cel mai frecvent plăgile se sutureaza cu fir continuu intrerupt
3. Cea mai recomandata marime a firului de sutură este 0/6.
4. Cel mai recomandat material pentru sutura este polipropilenul
5. Cel mai recomandat ac pentru tegumente este cel tăietor.

400. C.M. Care pot fi semnele clinice si radiologice la pacientii cu fracturi a complexului zigomatico orbital:

1. Opacitatea radiologica unilaterală a sinusului maxilar pe partea afectată
2. Întreruperea continuitatii procesului zigomatico-alveolar
3. întreruperea continuitatii rebordului infraorbital
4. Intreruperea continuitatii peretelui lateral al orbitei
5. Intreruperea continuitatii arcadei zigomatice

401. C.M. Care pot fi semnele clinice la pacientii cu fracturi a complexului zigomatico orbital:

1. Limitarea deschiderii gurii
2. Hipoestezie sau anestezia nervului infraorbital
3. Epistaxis pe partea afectata
4. Asimetrie faciala cauzata de infundarea complexului zigomatico orbital
5. Emfizem subcutan.

402. C.M. Ce elemente luam in considerație pentru a descrie o plagă:

1. Profunzimea și localizarea plagii
2. Marginile plagii
3. Factorul etiologic
4. Prezenta hemoragiei
5. Prezenta procesului inflamator