144. Denumirea de "gingivita iritativă" sau de "iritație" cuprinde următoarele: (pg. 221) AB

a. este necorespunzătoare, termenul nu este definitoriu și specific pentru cauza microbiană a bolii

b. sugerează o acțiune mecanică

c. tartrul subgingival este absent în formele tartru localizate

d. definește o inflamație cronică de cauză microbiană a papilei

e. definește inflamația gingivală vizibilă clinic ce se instalează la persoanele care întrerup igiena bucală prin periaj după 7 până la 10 zile

145. Denumirea de "gingivita iritativă" sau de "iritație" cuprinde următoarele: (pg. 221) BC

a. inflamația gingivală vizibilă clinic ce se instalează la persoanele care întrerup igiena bucală, în cazuri mai rare, după 14 zile de lipsă a folosirii periuței și pastei de dinți

b. nu produce o distrucție parodontală evolutivă în absența bacteriilor, la fel ca și gingivita "de origine tartrică "

c. sugerează o acțiune mecanică (pe care placa bacteriană nu o poate exercita)

d. definește o inflamație cronică de cauză microbiană a marginii gingivale libere, mai rar a gingiei fixe

e. termenul este definitoriu și specific pentru cauza microbiană a bolii

146. \*Tartrul: (pg. 221) E

a. este suportul plăcii bacteriene

b. poate exercita o actiune mecanică iritativă prin creștere în volum

c. poate determina dislocarea gingiei

d. nu este cauza inflamației septice

e. toate afirmațiile sunt adevărate

147. Formele clinice ale gingivitelor induse de placa bacteriană specifică sunt: (pg. 221) AB

a. gingivita cronică(simplă, necomplicată)

b. gingivită hiperplazică

c. gingivita de pubertate

d. gingivita hindantoinică

e. gingivita de menopauză

148. Despre gingivita cronică putem afirma următoarele: (pg. 221) ABCE

a. reprezintă o inflamație cronică de cauză microbiană a papilei (papilita) și a marginii gingivale libere, mai rar și a gingiei fixe

b. are un caracter ubicuitar

c. în stările de sănătate gingivală aparentă clinic, în corionul gingival există un infiltrate limfoplasmocitar și de polimorfonucleare

d. tartrul, cu o componentă polimorfă este întotdeauna prezent și reprezintă factorul determinant al îmbolnăvirii

e. inflamația gingivală vizibilă clinic se instalează la persoanele care întrerup igiena bucală prin periaj dupa 7 până la 10 zile

149. Leziunea inițială din gingivita cronică este caracterizată prin: (pg. 222) ABC

a. hiperemie activă și flux de sânge crescut în teritoriul capilar și venular

b. marginație leucocitară și începutul primelor faze de migrare prin diapedeză

c. din punct de vedere clinic, acest stadiu corespunde unei gingivite subclinice

d. apar microulcerații în epiteliul și în zonele epiteliale de hiperkeratoză și parakeratoză

e. este caracterizată prin creșterea numărului de plasmocite, care devin preponderente în profunzimea corionului

150. Marginația leucocitară și începutul primelor faze de migrare prin diapedeză în leziunea înițială apar în cazul polimorfonucluclearelor: (pg. 222) ABC

a. în corion

b. la nivelul epiteliului joncțional

c. în șanțul gingival

d. perivascular

e. toate afirmațiile sunt adevărate

151. În șanțul gingival, în cadrul leziunii inițiale pot apărea în număr foarte redus: (pg. 222) ABC

a. macrofage

b. Iimfocite

c. plasmocite

d. polimorfonuclucleare

e. leucocite

152. Histopatologic, după primele două zile de acumulare a plăcii bacteriene se instaIează Ieziunea inițială, caracterizată prin: (pg. 222) ABD

a. hiperemia activă se accentuează și apar fenomene de fragilitate capilară (meiopragie)

b. în funcție de mecanismele de apărare ale gingiei, evoluția leziunii inițiale poate fi oprită cu revenire la normal

c. în epiteliu, numărul de celule LANGERHANS este crescut

d. din punct de vedere clinic, acest stadiu corespunde unei gingivite subclinice

e. lamina bazală este fragmentată, duplicată și întreruptă

153. În funcție de mecanismele de apărare ale gingiei, evoluția leziunii inițiale poate fi: (pg. 222) ACD

a. oprită cu revenire la normal

b. caracterizată prin creșterea numărul limfocilelor B, care par a semnala transformarea gingivitei în parodontită

c. caracterizată prin creșterea infiltratului limfocitar și de macrofage în corion

d. continuă să progreseze intr-o săptamană de la debut spre stadiul de leziune precoce

e. caracterizată printr-un răspuns imun specific tisular prin intermediul Iimfocitelor T

154. Histopatologic, după leziunea inițială netratată, se instaIează Ieziunea precoce, caracterizată prin: (pg. 222) AB

a. caracterizată prin creșterea infiltratului limfocitar și de macrofage în corion

b. progresia procesului inflamator în circa o săptamană de la debut

c. în corion, numărul de celule LANGERHANS este crescut

d. hiperemie activă și flux de sânge crescut în teritoriul capilar și venular

e. creșterea numărul limfocilelor B, care par a semnala transformarea gingivitei în parodontită

155. \*Infiltratul leucocitar din leziunea precoce este: (pg. 222) E

a. bogat din corion, în apropierea epiteliului joncțional

b. produs printr-un proces activ

c. accentuat de diapedeză

d. alcătuit din numeroase limfocite

e. toate afirmațiile sunt adevărate

156. \*Infiltratul leucocitar din leziunea precoce este alcătuit din, cu excepția: (pg. 222) C

a. numeroase limfocite, în special limfocite T

b. mastocite

c. celule LANGERHANS

d. plasmocite

e. macrofage

157. Infiltratul leucocitar din leziunea precoce este alcătuit din: (pg. 222) ABCD

a. numeroase limfocite, în special limfocite T

b. mastocite

c. neutrofile

d. plasmocite

e. polimorfonucleare

158. În epiteliu, numărul de celule LANGERHANS este crescut în cadrul leziunii precoce, fiind stimulate, cu excepția: (pg. 222) CDE

a. capacitatea lor de preluare a informației antigenice de la bacteriile patogene

b. inițierea pe această cale a răspunsului imun specific tisular prin intermediul Iimfocitelor T

c. traversarea laminei bazale

d. dispunerea sub forma unui strat între placa microbiană și epiteliile sulcular și joncțional

e. capacitatea lor de a produce inflamația moderată

159. Histopatologic, Ieziunea precoce este caracterizată prin: (pg. 222-223) BCD

a. marginație leucocitară și începutul primelor faze de migrare prin diapedeză

b. accentuarea hiperemiei active și apariția fenomenelor de fragilitate capilară (meiopragie) care duc la congestie și sângerare la atingerea cu sonda

c. polimorfonuclearele traversează lamina bazală și pot fi decelale în epiteliu

d. bacteriile în aceasta fază nu pot să penetreze epiteliul datorită neutrofilelor

e. inflamația poate fi moderată și caracterizează gingivita cronică propriu-zisă

160. Polimorfonuclearele în cadrul leziunii precoce: (pg. 223) ACD

a. traversează lamina bazală

b. se dispun sub forma unui strat între placa microbiană și epiteliile sulcular și joncțional

c. pot fi decelale în epiteliu și în lichidul șantului gingival

d. pot fi și în pungilor false, unde participă la fagocitoza bacteriilor.

e. apar și în leziunea inițială

161. Neutrofilele în cadrul leziunii precoce: (pg. 223) AD

a. se dispun sub forma unui strat între placa microbiană și epiteliile sulcular și joncțional

b. pot fi decelale în epiteliu și în lichidul șantului gingival

c. pot fi și în pungilor false, unde participă la fagocitoza bacteriilor

d. determină ca bacteriile în aceasta fază să nu poată să penetreze epiteliul.

e. traversează lamina bazală

162. Histopatologic, stadiul de Ieziune ”stabilă”, poate fi caracterizată prin: (pg. 223) AD

a. inflamația poate fi moderată și caracterizează gingivita cronică propriu-zisă

b. evoluația spre parodontita marginală cronică superficială, când devine "Ieziune avansată"

c. din punct de vedere histochimic, cresc nivelul și activitatea unor enzime

d. intensitatea mai redusă a semnelor ce caracterizează "gingivita cronică propriu-zisă"

e. apar microulcerații în epiteliul și în zonele epiteliale de hiperkeratoză și parakeratoză

163. \*Agravarea și accentuarea semnelor din stadiul de Ieziune ”stabilă” cuprinde: (pg. 223) E

a. staza

b. plasmocite în corion

c. imunoglobuline în corion

d. leziunile histolitice multiple

e. toate afirmațiile sunt adevărate

164. \*Agravarea și accentuarea semnelor din stadiul de Ieziune ”stabilă” indică: (pg. 223) E

a. tranziția spre forma avansată de gingivită cronică

b. demineralizare asupra osului alveolar

c. diferențieclinic parodontita marginală cronică superficială (PMCS)

d. leziunile histolitice multiple

e. toate afirmațiile sunt adevărate

165. Histopatologic, stadiul de Ieziune ”avansată”, se manifestă prin, cu excepția: (pg. 223) BD

a. Apariția de microulcerații în epiteliul și în zonele epiteliale de hiperkeratoză și parakeratoză

b. Inflamație moderată, caracterizând gingivita cronică propriu-zisă

c. creșterea numărului de plasmocite, care devin preponderente în profunzimea corionului, perivascular și în vecinătatea epiteliului joncțional

d. accentuarea hiperemiei active și apariția fenomenelor de fragilitate capilară (meiopragie)

e. fenomene de lărgire a spațiilor intercelulare la nivelul epiteliului joncțional și pătrunderea în aceste spații a unor resturi celulare provenite din neutrofile, limfocite și monocite distruse

166. Histopatologic, stadiul de Ieziune ”avansată”, se manifestă prin: (pg. 223) ABC

a. lamina bazală este fragmentată, duplicată și întreruptă în lamina bazala multiple locuri; uneori fragmente din lamina bazală pot apărea în corionul subiacent

b. creșterea numărul limfocilelor B, care par a semnala transformarea gingivitei în parodontită

c. creșterea nivelului și activității unor enzime din punct de vedere histochimic

d. intensitatea mai redusă a semnelor caracterizează "gingivita cronică propriu-zisă"

e. apar microulcerații în epiteliul și în zonele epiteliale de hiperkeratoză și parakeratoză

167. Stadiul de Ieziune ”avansată” se manifestă din punct de vedere histochimic prin creșterea nivelului și activității unor enzime: (pg. 223) ACDE

a. colagenaza

b. amilaza

c. betaglucuronidaza

d. esteraze

e. elastaza

168. Stadiul de Ieziune ”avansată” se manifestă din punct de vedere histochimic prin creșterea nivelului și activității unor enzime: (pg. 223) ADE

a. Citocromoxidaza

b. Papaina

c. Lactaza

d. Lacticdehidrogenaza

e. Aminopeptidaze

169. Stadiul de Ieziune ”avansată” se manifestă din punct de vedere histochimic prin creșterea nivelului și activității unor enzime: (pg. 223) ABE

a. Arylsulfataza

b. Fosfataza alcalină și acidă

c. Glucoamilaza

d. Celuloza

e. Citocromoxidaza

170. După localizare și întindere, gingivita cronică poate fi: (pg. 224) BCE

a. gingivita acută de cauza microbiană, cu evoluție rapidă și inflamație manifestă

b. papilita, inflamația papilei interdentare, semnul precoce al gingivitei cronice

c. gingivita marginală, care afectează extremitatea liberă a marginii gingivale și mai puțin sau deloc gingia fixă

d. gingivita cronică propriu-zisă, cu evoluție nedureroasă și uneori cu exacerbări periodice de tip acut sau subacute

e. gingivita difuză cuprinde papila interdentară, marginea gingivală liberă și gingia fixă

171. După localizare și întindere, gingivita cronică poate fi: (pg. 224) AC

a. gingivita localizată la unul sau un număr mic de dinți

b. gingivita subacută, cu manifestări clinice mai reduse

c. gingivita generalizată cuprinde gingia din întreaga cavitate bucală

d. gingivita difuză cuprinde papila interdentară, marginea gingivală liberă, fără gingia fixă

e. gingivita marginală, care afectează extremitatea liberă a marginii gingivale și mai puțin sau deloc papila interdentară

172. După etiologie și evoluție, gingivita cronică poate fi, cu excepția: (pg. 224) ABE

a. gingivita marginală, care afectează extremitatea liberă a marginii gingivale și mai puțin sau deloc gingia fixă

b. gingivita acută, cu evoluție rapidă și inflamație manifestă

c. gingivita localizată la unul sau un număr mic de dinți

d. gingivita cronică propriu-zisă, cu evoluție nedureroasă

e. gingivita generalizată cuprinde gingia din întreaga cavitate bucală

173. \*După etiologie și evoluție, gingivita cronică poate fi gingivita acută de cauză: (pg. 224) E

a. microbiană

b. toxică

c. traumatică

d. termică

e. toate răspunsurile sunt adevărate

174. După etiologie și evoluție, gingivita cronică propriu-zisă poate fi: (pg. 224) ACD

a. cu manifestări clinice suportate de majoritatea pacienților

b. localizată la unul sau un număr mic de dinți

c. cu evoluție nedureroasă

d. cu exacerbări periodice de tip acut sau subacut

e. cu evoluție rapidă și inflamație manifestă

175. După etiologie și evoluție, gingivita cronică poate fi: (pg. 224) ACD

a. gingivita subacută, cu manifestări clinice mai reduse, dar care îl determină pe pacient să solicite, asistență stomatologică

b. gingivita marginală, care afectează extremitatea liberă a marginii gingivale

c. gingivita cronică propriu-zisă, cu manifestări clinice suportate de majoritatea pacienților

d. gingivita acută de cauza microbiană, toxică, traumatică, termică

e. gingivita localizată la unul sau un număr mic de dinți

176. Semnele clinice subiective pe care le semnalează pacienții în gingivita cronică sunt: (pg. 224) ABC

a. reduse ca intensitate

b. intermitente ca evoluție

c. tolerate de majoritatea pacienților, care Ie suportă fără a solicita, o consultație de specialitate

d. microulcerații de la nivelul epiteliului gingival

e. pungile false produse prin edem inflamator

177. \*Semnele clinice subiective pe care le semnalează pacienții într-o gingivită cronică sunt, cu excepția: (pg. 224) C

a. ușor prurit gingival

b. discrete dureri, suportabile, la periaj și în timpul masticației unor alimente dure, cu gust acru pronunțat sau prea fierbinți

c. sângerări gingivale provocate la atingerea și presiunea exercitată de alimente în cursul masticației

d. senzație de usturime

e. sângerări gingivale la periaj și masticație

178. Semnele clinice obiective pe care le semnalează pacienții într-o gingivită cronică sunt: (pg. 224-225) ACD

a. sângerarea gingivală pe seama microulcerațiilor de la nivelul epiteliului gingival și al meiopragiei (fragilității) capilarelor din corion

b. discrete dureri, suportabile, la periaj

c. sângerări gingivale provocate la atingerea și presiunea exercitată de alimente în cursul masticației

d. sângerări gingivale provocate la periajul dentar sau folosirea de scobitori

e. ușor prurit gingival

179. \*Principalul semn clinic obiectiv într-o gingivită cronică este: (pg. 224-225) A

a. sângerarea gingivală pe seama microulcerațiilor de la nivelul epiteliului gingival și al meiopragiei (fragilității) capilarelor din corion

b. culoarea roșie deschisă a gingiei, expresie a hiperemiei active a vaselor din corion

c. tumefacție, mărirea de volum a papilelor gingivale și a marginii gingivale Iibere

d. modificări ale aspectului suprafeței gingivale

e. toate afirmațiile sunt adevărate

180. Unul dintre semnele clinice obiective într-o gingivită cronică este sângerarea gingivală provocată, despre care se poate afirma că: (pg. 224-225) ABCE

a. este unul din semnele precoce ale inflamației gingivale

b. precede chiar și modificările de culoare ale gingiei

c. poate fi în urma explorării cu sonda

d. poate fi în urma masticației unor alimente dure, cu gust acru pronunțat sau prea fierbinți

e. este în urma succiunii voluntare sau involuntară a papilelor gingivale și a marginii gingivale Iibere

181. \*Sângerarea gingivală într-o gingivită cronică poate fi provocată: (pg. 224-225) E

a. De succiune voluntară sau involuntară a papilelor gingivale și a marginii gingivale libere

b. În afara masticației

c. Prin mișcările buzelor, obrajilor și ale Iimbii, făcute în scop de autocurățire sau în mod reflex;

d. Explorarea cu sonda

e. toate afirmațiile sunt adevărate

182. Semnele clinice obiective într-o gingivită cronică sunt: (pg. 224-225) BDE

a. semnul clinic obiectiv secundar este sângerarea gingivală

b. culoarea roșie deschisă a gingiei, expresie a hiperemiei active a vaselor din corion

c. pungile adevărate au dimensiuni variabile și pot acoperi suprafețele coronare

d. tumefacție, mărirea de volum a papilelor gingivale și a marginii gingivale Iibere

e. epiteliul joncțional nu este desprins de suprafața dintelui

183. Semnele clinice obiective pe care le semnalează pacienții într-o gingivită cronică sunt: (pg. 224-225) ABC

a. apariția de pungi false, produse prin edem inflamator reversibil prin tratament antimicrobian

b. modificări ale aspectului suprafeței gingivale

c. suprafața gingiei își pierde aspectul de "gravura punctată" sau de "coajă de portocală", este netedă și lucioasă

d. culoarea gingiei se modifică rar în primele faze

e. epiteliul joncțional este desprins de suprafața dintelui

184. Pungile false într-o gingivită cronică au următoarele caracteristici: (pg. 225) ABE

a. au dimensiuni variabile

b. pot acoperi suprafețele coronare laterale până aproape de marginea incizală sau suprafața ocluzală

c. apar rar, fiind mai dese pungile adevărate

d. epiteliul joncțional este desprins de suprafața dintelui

e. pot acoperi suprafețele coronare laterale mai frecvent în gingivitele hiperplazice

185. Pungile false într-o gingivită cronică au următoarele caracteristici: (pg. 225) ABE

a. au dimensiuni variabile

b. pot acoperi suprafețele coronare laterale până aproape de marginea incizală sau suprafața ocluzală

c. apar rar, fiind mai dese pungile adevărate

d. epiteliul joncțional este desprins de suprafața dintelui

e. pot acoperi suprafețele coronare laterale în formele de trecere de la gingivita cronică propriu-zisă la PMC superficială cu fenomene hiperplazice

186. \*Semnul clinic obiectiv principal pe care îl semnalează pacienții într-o gingivită cronică este: (pg. 225) B

a. consistența gingiei este variabilă: redusă, moale, ușor depresibilă în formele inflamatorii exsudative și mai fermă, în formele cu tendințe proliferative

b. sângerarea gingivală pe seama microulcerațiilor de la nivelul epiteliului gingival și al meiopragiei (fragilității) capilarelor din corion

c. suprafața gingiei își pierde aspectul de "gravura punctată" sau de "coajă de portocală", este netedă și lucioasă.

d. culoarea roșie deschisă a gingiei, expresie a hiperemiei active a vaselor din corion.

e. ușor prurit gingival

187. Semnele clinice obiective într-o gingivită cronică sunt: (pg. 224-225) CD

a. consistența gingiei este mai redusă, moale, ușor depresibilă în formele cu tendințe proliferative

b. consistența gingiei este mai fermă, în formele inflamatorii exsudative

c. suprafața gingiei își pierde aspectul de "gravura punctată" sau de "coajă de portocală", este netedă și lucioasă

d. din punct de vedere radiologic, nu sunt semne de interesare a osului alveolar

e. culoarea roșie închisă a gingiei, expresie a hiperemiei active a vaselor din epiteliul joncțional

188. Gingivita cronică de cauza microbiană poate deveni hiperplazică în condițiile unor factori favorizanți: (pg. 225-226) AE

a. cavități carioase aproximale sau de colet vestibular sau oral

b. hiperplazia gingivală se remarcă în principal prin creșterea numărului, de celule (flbroblaști)

c. obturații în minus, fără contact cu sau în imediata apropiere a gingiei

d. obturații cu suprafața netedă, neretentivă în vecinatatea gingiei

e. contact traumatic și retentiv între corpul de punte și gingia dinților stâlpi

189. Gingivita cronică de cauza microbiană poate deveni hiperplazică în condițiile unor factori favorizanți: (pg. 225-226) ABC

a. obturații în exces în contact cu sau în imediata apropiere a gingiei

b. obturații cu suprafața rugoasă, retentivă în vecinatatea gingiei

c. carii secundare retentive pentru detritusuri alimentare și placa bacteriană, situate în apropierea gingiei

d. contact atraumatic și neretentiv între corpul de punte și gingia dinților stâlpi

e. contacte atraumatice între croșete sau marginile bazei protezelor acrilice și gingiei

190. Gingivita cronică de cauza microbiană poate deveni hiperplazică în condițiile unor factori favorizanți: (pg. 225-226) ACD

a. contacte traumatice între croșete sau marginile bazei protezelor acrilice și gingiei

b. gingia mărită de volum, cu burjoane pediculate sau sesile, de culoare roșie-violacee

c. impact alimentar direct asupra papilei dentare, în special în urma unor obturații aproximale, microproteze sau punți care nu restabilesc punctul de contact interdentar

d. contactul traumatic și retentiv în raport cu gingia al unor aparate ortodontice sau chirurgicale, de contenție, după fracturi ale oaselor maxilare

e. suprafața gingiei își pierde aspectul de "gravura punctată" sau de "coajă de portocală", este netedă și lucioasă

191. În gingivita hiperplazică prin placa bacteriană, din punct de vedere histopatologic se pot afirma următoarele: (pg. 226) BDE

a. gingia cu suprafața netedă, uneori cu microulcerații sângerânde la atingere

b. hiperplazia gingivală se remarcă prin creșterea și fibrelor de colagen și mai puțin prin edem intra- și intercelular

c. hiperplazia gingivală simplă de cauza microbiană se formează la nivelul unor papile interdentare sau a marginii gingivale libere

d. apar capilare de neoformație și un infiltrat inflamator mai bogat în corion

e. edemul intra- și intercelular caracterizază starea de hipertrofie, de obicei reversibilă prin tratament antimicrobian

192. În gingivita hiperplazică prin placa bacteriană, din punct de vedere al simptomatologiei se pot afirma următoarele: (pg. 226) BDE

a. hiperplazia gingivală se remarcă mai puțin prin edem intra- și intercelular

b. aspectul tumefacției hiperplazice este de umflătură de formă hemisferică ușor alungită sau mult alungită, până la acoperirea unei părți din coroana dintelui

c. apare impactul alimentar direct asupra papilei dentare, în special în urma unor obturații aproximale, care nu restabilesc punctul de contact interdentar

d. gingia mărită de volum, cu consistența moale sau mai fermă când lipsesc suprainfectările

e. hiperplazia papilei interdentare poale îmbrăca uneori aspectul alungit, fuziform, până aproape de marginea incizală sau suprafața ocluzală

193. \*În gingivita hiperplazică prin inflamație microbiană (prin placa bacteriană), gingia are următoarele aspecte: (pg. 226) E

a. mărită de volum

b. cu burjoane pediculate sau sessile

c. culoare roșie-violacee

d. suprafața netedă

e. toate afirmațiile sunt adevărate

194. \*În gingivita hiperplazică prin inflamație microbiană, gingia are următoarele aspecte: (pg. 226) E

a. cu burjoane pediculate sau sesile

b. culoare roșie-violacee

c. uneori cu microulcerații sângerânde la atingere

d. consistența moale sau mai fermă când lipsesc suprainfectările

e. toate afirmațiile sunt adevărate

195. \*În gingivita hiperplazică prin inflamație microbiană, din punct de vedere al simptomatologiei se pot afirma următoarele: (pg. 226) E

a. apare hiperplazie gingival, în special vestibulară, cu aspect bulbos al papilei interdentare

b. se remarcă hiperplazia gingivală în principal prin creșterea numărului de celule (flbroblaști)

c. apare edemul intra- și intercelular ce caracterizază starea de hipertrofie, reversibilă prin tratament antimicrobian

d. apar modificări ale aspectului suprafeței gingivale

e. se formează în anumile zone, parcelare, unde factorul favorizant acționează mai pronunțat, la nivelul unor papile interdentare sau a marginii gingivale libere

196. Despre gingivita de pubertate putem afirma: (pg. 227) BCD

a. pot apărea, uneori, manifestări de gingivită, puse pe seama unor modificări hormonale sau ca semn al unei disfuncții ovarienen

b. poate apărea atât la fete, cât și la băieți, în special în zonele bogate în placa bacteriană și tartru

c. au tost implicate mai frecvent în producerea acestei gingivite speciile Prevotella intermedia și Capnocytophaga

d. este mai frecventă între 11 și 14 ani, însă apariția sa nu este obligatorie

e. îmbracă un caracter acut sau subacut

197. Simptomatologia gingivitei de pubertate este: (pg. 227) BCD

a. este mai frecventă între 11 și 14 ani, însă apariția sa nu este obligatorie

b. hiperplazie gingivală, în special vestibulară, cu aspect bulbos al papilei interdentare

c. inflamația gingivală cu o culoare roșie-violacee, tumefacție prin edem cu caracter reversibil, sângerare la masticație, periaj, atingere cu sonda;

d. reducerea inflamației și tumefacției după pubertate, dar uneori este nevoie de gingivectomie pentru rezolvarea definitivă a hiperplaziei

e. se formează la nivelul unor papile interdentare sau a marginii gingivale libere

198. Despre gingivita din cursul ciclului menstrual putem afirma: (pg. 227-228) ABE

a. în cursul ciclului pot apărea manifestări de gingivită, puse pe seama unor modificări hormonale sau ca semn al unei disfuncții ovariene

b. înainte cu câteva zile de ciclu menstrual apare: ușoară creștere a mobilității dentare fiziologice

c. după câteva zile de ciclu menstrual apare: sângerare gingivală

d. înainte cu câteva luni de ciclu menstrual apare: senzație de tensiune și ușoară tumefacție gingivală

e. lichidul sanțului gingival crește în volum pe seama unui exsudat inflamator, mai bogat în cazul existenței unei gingivite preexistente

199. Înainte cu câteva zile de ciclu menstrual, într-o gngivită apar următoarele semne: (pg. 228) ABC

a. sângerare gingivală

b. senzație de tensiune

c. ușoară tumefacție gingivală

d. ușoară creștere a mobilității dentare patologice

e. creșterea în volum al lichidului gingival

200. Despre gingivita din sarcină putem afirma: (pg. 228) AB

a. apare în unele cazuri în timpul sarcinii și îmbracă un caracter acut sau subacut

b. sarcina nu produce gingivita, dar poate influența, prin modificări hormonale, reacția locală a țesuturilor față de placa bacteriană

c. în primele luni de sarcină apare : ușoară creștere a mobilității dentare fiziologice

d. prevalența gingivitei de sarcină variază între 50% și 80%

e. în lichidul șanțului gingival s-a remarcat o creștere importantă a speciilor anaerobe Prevotella intermedia și Capnocytophaga

201. \*Adevarata cauză a gingivitei din cursul sarcinii: (pg. 228) B

a. modificările hormonale ale sarcinii

b. placa bacteriană

c. tartrul dentar

d. reacția locală a țesuturilor

e. toate afirmațiile sunt false

202. Despre gingivita din sarcină se poate afirma: (pg. 228) ABC

a. în lichidul șanțului gingival s-a remarcat o creștere a speciilor anaerobe Prevotella intermedia și Porphyromonas gingivalis

b. hormonii steroizi (estrogenii și progesteronul) mult crescuți în lichidul șanțului gingival, acționează ca factori de proliferare față de bacterii

c. în sarcină s-a remarcat o scădere a chemotactismului neutrofilelor și o producție scazută de anticorpi

d. apare: senzație de tensiune și ușoară tumefacție gingivală

e. s-au evidențiat semne histopatologice specifice

203. În gingivita de sarcină, din punct de vedere histopatologic se poate afirma că: (pg. 228) BCD

a. gingia este tumefiată, mărită de volum, decolabilă de pe dinte

b. epiteliul gingival prezintă zone de hiperkeratoză, care alternează cu zone ulcerate

c. între celulele epiteliale sunt numeroase zone de segregație.

d. digitațiile epiteliale sunt numeroase, pătrund adânc printre papilele corionului, ceea ce conferă un aspect papilomatos interifeței epiteliu-corion.

e. hiperplazia de sarcină se dezvoltă pe seama papilelor interdentare, dar poate afecta și alte porțiuni ale gingiei

204. În gingivita de sarcină, gingia este: (pg. 228) ACD

a. Tumefiată

b. Micșorată de volum

c. Netedă sau boselată

d. Lucioasă

e. De consistență mai dură

205. În gingivita de sarcină, gingia este: (pg. 228) ABDE

a. Mărită de volum

b. Lucioasă

c. Atonă

d. De consistență moale

e. Decolabilă de pe dinte

206. În gingivita de sarcină, din punct de vedere histopatologic se pot afirma următoarele, cu excepția: (pg. 228) CE

a. între celulele epiteliale sunt numeroase zone de segregație

b. digitațiile epiteliale sunt numeroase, pătrund adânc printre papilele corionului, ceea ce conferă un aspect papilomatos interifeței epiteliu-corion

c. se constată o atrofie a epiteliului sulcular și oral, în special a straturilor bazal și spinos

d. în corion se observă un bogat infiltrat inflamator leucocitar și numeroase vase capilare de neoformație cu aspect teleangiectactic

e. îngroșarea membranei bazale dintre epiteliu și corion

207. În gingivita de sarcină, din punct de vedere al simptomatologiei, principalele semne de îmbolnăvire gingivală sunt: (pg. 228) AB

a. hiperplazia

b. sângerarea

c. gingia acoperită de depozite fibrinoase sau purulente

d. dureri gingivale

e. mobilitate patologică

208. În gingivita de sarcină, din punct de vedere al simptomatologiei, semnele de îmbolnăvire gingivală sunt: (pg. 228-229) ABC

a. gingia este tumefiată, mărită de volum, netedă sau boselată, lucioasă

b. gingia este de consistență moale, decolabilă de pe dinte

c. hiperplazia de sarcină se dezvoltă mai mult pe seama papilelor interdentare, dar poate afecta și alte porțiuni ale gingiei

d. culoarea variază de la roșu-violaceu, strălucitor, până Ia roșu-zmeuriu

e. frecvent, gingia esta acoperită de depozite sângerânde

209. În gingivita de sarcină, din punct de vedere al simptomatologiei, semnele de îmbolnăvire gingivală sunt, cu excepția: (pg. 228-229) ADE

a. gingia este de consistență dură, nedecolabilă de pe dinte

b. sângerarea se produce la cele mai mici atingeri prin hipervascularizație, meiopragie capilară și numeroase zone ulcerate

c. durerile gingivale apar numai în cursul unor suprainfectări cu caracter acut

d. hiperplazia de sarcină pe seama marginii gingivale libere și poate afecta și papilele interdentare

e. pot apărea pungi parodontale false

210. \*În gingivita de sarcină, din punct de vedere al simptomatologiei, semnele de îmbolnăvire gingivală sunt: (pg. 228-229) D

a. digitațiile epiteliale sunt numeroase, pătrund adânc printre papilele corionului, aînd aspect papilomatos la interfața epiteliu-corion

b. în corion se observă un bogat infiltrat inflamator leucocitar și numeroase vase capilare de neoformație cu aspect teleangiectactic

c. culoarea variază de la roz zmeuriu, strălucitor, până Ia roșu aprins.

d. mobilitatea patologică este frecvent de gradele 1 și 2, putând evolua, în cazuri grave de suprainfectare, până la avulsia dinților

e. durerile gingivale apar mereu și au caracter subacut

211. În gingivita de sarcină, din punct de vedere al simptomatologiei, semnele de îmbolnăvire gingivală sunt: (pg. 228-229) ADE

a. uneori, hiperplazia gingivală are aspect tumoral-"tumora de sarcină"

b. atrofia epiteliului sulcular și oral, în special a straturilor bazal și spinos și apariția ulcerațiilor ale mucoasei gingivale și orale

c. epiteliul gingival prezintă zone de hiperkeratoză, care alternează cu zone ulcerate

d. pot apărea pungi parodontale adevarate

e. culoarea variază de la roșu viu, strălucitor, uneori cu aspect zmeuriu, până Ia roșu-violaceu

212. Despre gingivita de sarcină, următoarele afirmații sunt adevărate: (pg. 229) ADE

a. Are loc accentuarea semnelor clinice din luna a II-a sau a III-a, fiind pronunțate în luna a VIlI-a

b. Are forma unei emisfere turtite, ca o ciupercă, și se formează din marginea gingivală sau mai frecvent din papila interdentară

c. Are culoarea variază de la roșu viu, strălucitor, uneori cu aspect zmeuriu, până Ia roșu-violaceu

d. Are loc descreșterea semnelor clinice în cursul lunii a IX-a

e. În cursul primului trimestru de sarcină, apare ca urmare a producției crescute de gonadotropi hipofizari și devine manifestă în ultimul trimestru

213. Tumora de sarcină: (pg. 229) ABD

a. Este un angiogranulom

b. Are incidența redusă: între 2 și 5% din cazuri

c. Apare după luna a 3-a de sarcină sau mai devreme

d. Uneori are caracter malign

e. Se formează din gingia fixă

214. Tumora de sarcină: (pg. 229) AB

a. Are forma unei emisfere turtite, ca o ciupercă

b. Este dureroasă la atingere prin interferența cu ocluzia și prin suprainfectare

c. Apare în ultimul trimestru ca urmare a producției crescute de gonadotropi hipofizari

d. Devine manifestă din primul trimestru de sarcină

e. Are bază îngustă de implantare

215. Tumora de sarcină: (pg. 229) CDE

a. Are baza largă de implantare

b. Este sesilă sau pediculată

c. Nu are caracter malign

d. Aspectul turtit este rezultatul presiunii exercitate de parțile moi învecinate

e. Suprafața este netedă, lucioasă, ulcerată

216. Despre gingivita și gingivostomatita de menopauză se pot afima următoarele: (pg. 230) ACDE

a. Denumită și "gingivita atrofică senilă"

b. Reprezintă o stare patologică obișnuită perioadei climacteriumului

c. Apare în unele situații de menopauză normală, fiziologică

d. Apare atrofia epiteliului sulcular și oral, a straturilor bazal și spinos

e. Poate fi însoțită de ulcerații ale mucoasei gingivale și orale

217. Gingivostomatita de menopauză apare: (pg. 230) BDE

a. În cursul primului trimestru de sarcină ca urmare a producției crescute de gonadotropi hipofizari

b. În unele situații de menopauză normală, fiziologică

c. În ultimul trimestru de sarcină când devine manifestă

d. După histerectomii, ovarectomii

e. După sterilizări prin iradierea unor tumori maligne

218. Despre gingivostomatita de menopauză se pot afima următoarele despre semnele subiective: (pg. 230) ACE

a. senzație de uscăciune și de arsură la nivelul mucoasei gingivale și orale

b. mucoasa gingivală și orală au aspect uscat, neted, de culoare palidă, uneori mai roșie când gingia sângerează ușor

c. senzații anormale de gust: acru, sărat

d. fisuri ale mucoasei gingivale

e. dificultatea de a purta proteze mobile din cauza unor senzații dureroase, hiperestezice ale mucoasei bucale

219. \*Semnele obiective din gingivostomatita de menopauză sunt: (pg. 230) A

a. mucoasa gingivală și orală au aspect uscat, neted, de culoare palidă, uneori mai roșie când gingia sângerează ușor

b. mereu fisuri ale mucoasei gingivale

c. dificultatea de a purta proteze mobile din cauza unor senzații dureroase, hiperestezice ale mucoasei bucale

d. senzații dureroase la contactul cu alimente sau băuturi reci sau fierbinți

e. senzații anormale de gust: acru, sărat

220. Despre gingivita din diabet se pot afima următoarele: (pg. 230) AB

a. diabetul în sine nu reprezintă cauza îmbolnăvirilor gingiei și a parodonțiului profund

b. diabetul poate favoriza un răspuns modificat de apărare din partea structurilor față de placa bacteriană.

c. în diabet, consumul de oxigen și oxidarea glucozei în gingie sunt crescute

d. histopatologic, pacienții pot exala un miros caracteristic de acetonă sau mere

e. simptomatologic, apar manifestări tisulare ce indică o nutriție deficitară a epiteliului gingival, prin osmoză și a corionului subiacent

221. \*În gingivite asociate cu diabet zaharat insulino-dependent, principalele microorganisme din șanțul gingival sunt: (pg. 230) E

a. specii de streptococ

b. specii de Actinomyces

c. veillonela parvula

d. fusobacterium

e. toate afirmațiile sunt adevărate

222. În gingivite asociate cu diabet zaharat insulino-dependent, principalele microorganisme din șanțul gingival sunt: (pg. 230) ADE

a. specii de streptococ

b. prevotella intermedia

c. capnocytophaga

d. fusobacterium

e. veillonela parvula

223. Despre gingivita din diabet se pot afima următoarele: (pg. 230) BD

a. diabetul în sine reprezintă cauza îmbolnăvirilor gingiei și a parodonțiului profund

b. în diabet, consumul de oxigen și oxidarea glucozei în gingie sunt crescute

c. histopatologic, apar manifestări tisulare indică o nutriție deficitară atât a epiteliului gingival, prin osmoză, cât și corionului subiacent

d. simptomatologic, pacienții pot exala un miros caracteristic de acetonă sau mere

e. prevotella intermedia este una dintre principalele microorganisme din șanțul gingival

224. \*În gingivita din diabet principalele microorganisme din șanțul gingival sunt, cu excepția: (pg. 230) C

a. Specii de streptococ

b. Specii de Actinomyces

c. Porphyromonas gingivalis

d. Veillonela parvula

e. Fusobacterium

225. În gingivita din diabet principalele mecanisme prin care diabetul acționează asupra gingiei sunt: (pg. 231) ADE

a. dereglarea metabolismului local și acumularea de compuși intermediari, cu acțiune toxică, prin acidoză tisulară

b. îngroșarea membranei bazale dintre epiteliu și corion

c. hiperplazie gingivala generalizată, de lip polipoidal

d. este creșterea trigliceridelor și a moleculelor lipoproteice de colesterol cu mare densitate (HDL)

e. hiperlipidemie, fiind posibil ca principala relație biochimică la bolnavii diabetici și parodontopați să fie dată de nivelul lipidelor serice

226. În gingivita din diabet principalele mecanisme prin care diabetul acționează asupra gingiei sunt: (pg. 231) BDE

a. dereglarea metabolismului general

b. acumularea de compuși intermediari, cu acțiune toxică prin acidoză tisulară

c. în serul bolnavilor cu gingivită se remarcă hiperlipidemie

d. modificări vasculare prin meiopragie (fragilitate) capilară și suferințe vasculare arteriale și venoase

e. nevrită diabetică

227. În gingivita din diabet principalele mecanisme prin care diabetul acționează asupra gingiei sunt: (pg. 231) AC

a. modificări vasculare și ale formațiunilor nervoase prin meiopragie (fragilitate) capilară

b. scăderea trigliceridelor și a moleculelor lipoproteice de colesterol cu mare densitate (HDL)

c. suferințe vasculare arteriale și venoase

d. polipi gingivali sesili sau pediculați cu baza mare de implantare

e. nevrită diabetică cu pungi false frecvent

228. În gingivita din diabet din punct de vedere histopatologic se remarcă, cu excepția: (pg. 231) BC

a. reducerea lumenului capilarelor și a arteriolelor

b. modificări vasculare și ale formațiunilor nervoase caracterizate prin meiopragie (fragilitate) capilară

c. polipi gingivali sesili, cu baza mare de implantare sau pediculați

d. îngroșarea membranei bazale dintre epiteliu și corion

e. nutriție deficitară a epiteliului gingival, prin osmoză și a corionului subiacent

229. Simptomatologia în gingivita din diabet este: (pg. 231) ABE

a. polipi gingivali sesili, cu baza mare de implantare sau pediculați

b. hiperplazie gingivala generalizată, de lip polipoidal

c. rar, ulcerații

d. sângerări abundente la atingere

e. frecvent pungi false

230. Simptomatologia în gingivita din diabet este: (pg. 231) BCE

a. nutriție deficitară a epiteliului gingival, prin osmoză și a corionului subiacent

b. culoare modificată de la roșu deschis la roșu-cărămiziu sau culoare roșu-violaceu, în faze avansate de stază

c. sângerări ușoare la atingere

d. frecvent pungi adevărate

e. ușoară mobilitate prin edem inflamator

231. Simptomatologia în gingivita din diabet este, cu excepția: (pg. 231) BDE

a. consistență redusă, moale a papilelor

b. culoarea variază de la roșu viu, strălucitor, uneori cu aspect zmeuriu, până Ia roșu violaceu

c. hiperplazie gingivala generalizată, de lip polipoidal

d. polipi gingivali sesili sau pediculați cu baza mică de implantare

e. nevrită diabetică

232. Gingivita din carența vitaminei C are următoarele caracteristici: (pg. 231) AB

a. este produsă de placa bacteriană când deficitul de vitamina C modifică starea țesuturilor gingivale prin edem, hiperplazie și sângerări gingivale

b. hiperplazie gingivală cu ulcerații și sângerări la cele mai mici atingeri

c. hiperplazie gingivală generalizată, de lip polipoidal

d. în parodonțiul superficial favorizează fenomenele de demineraIizare

e. epiteliul gingival are un aspect polimorf fiind subțiat și ulcerat sau îngroșat cu fenomene de edem intra și intercelular

233. Scorbutul apare: (pg. 232) ACD

a. la copii, în primul an de viață (boala MOELLER-BARLOW)

b. la adolescenții ce nu consumă citrice

c. la vârstnici cu deficiențe de nutriție;

d. în general, în condiții restrictive de hrană

e. la fumători, în alcoolism

234. Gingivita din carența vitaminei C are următoarele efecte: (pg. 232) BCE

a. scăderea patogenității plăcii bacteriene

b. creșterea permeabilității, mucoasei bucale, a epiteliului sulcular, care, își reduce funcția de barieră față de microbi și produșii acestora

c. scăderea integrității pereților vasculari, prin alterarea cementului intercelular endotelial

d. creșterea chemotactismului leucocitar și a migrației leucocitare

e. modificarea sintezei proteoglicanilor și glicoproteinelor

235. Gingivita din carența vitaminei C are următoarele efecte: (pg. 232) ADE

a. creșterea patogenității plăcii bacteriene

b. scăderea permeabilității, mucoasei bucale, a epiteliului sulcular, care, își reduce funcția de barieră față de microbi și produșii acestora

c. creșterea integrității pereților vasculari, prin refacerea cementului intercelular endotelial

d. scăderea chemotactismului leucocitar și a migrației leucocitare

e. scăderea sintezei de colagen

236. \* Gingivita din carența vitaminei C are următoarele efecte: (pg. 232) A

a. fenomenele de demineraIizare în parodontiul profund

b. creșterea sintezei de colagen

c. pungi adevărate

d. mobilitate prin edem

e. staza vasculară în corionul gingival

237. Histopatologic, gingivita din carența vitaminei C prezintă: (pg. 232) AD

a. edem

b. scăderea permeabilității capilare

c. pungi false

d. hemoragie prin meiopragie capilară

e. reactivitate crescută a elementelor contractile din pereții vaselor sanguine periferice

238. Histopatologic, gingivita din carența vitaminei C prezintă: (pg. 232) ABDE

a. staza vasculară în corionul gingival

b. creșterea permeabilității capilare

c. mobilitate prin edem

d. degenerescența fibrelor de colagen din corionul gingival

e. reactivitate scăzută a elementelor contractile din pereții vaselor sanguine periferice

239. Ca simptomatologie, gingivita din carența vitaminei C prezintă: (pg. 232) ACE

a. hiperplazie gingivală cu ulcerații și sângerări la cele mai mici atingeri

b. pacienții pot exala un miros caracteristic de acetonă sau mere

c. halenă

d. pungi adevărate

e. mobilitate prin edem

240. Gingivita din carența vitaminei C are următoarele caracteristici: (pg. 232) ABC

a. la pacienții cu igienă bucală bună, nu se manifestă clinic prin modificări distructive ale gingiei și parodonțiului

b. prezența plăcii bacteriene agravează tabloul simptomatic cu apariția de pungi parodontale adevărate și avulsie nedureroasă a dinților

c. este produsă de placa bacteriană

d. sub forma severă a deficienței vitaminice apare scorbutul la copii, în prima lună de viață (boala MOELLER-BARLOW)

e. cancerul este considerat factor predispozant al scorbutului

241. Despre bolile leucemice pot fi adevărate următoarele afirmații: (pg. 233) ABE

a. leucemiile sunt afecțiuni de tip neoplazic ale celulelelor stem

b. celulele stem sunt afectate prin oprirea diferențierii și maturației lor în organele leucopoietice sau o dată cu trecerea lor în sângele periferic

c. o forma principală acută este leucemia acută Iimfoblastică

d. o forma principală acută este leucemia acută mieloidă

e. forma de leucemie acută limfoblastică este mai frecventă la copii

242. \*Despre bolile leucemice pot fi adevărate următoarele afirmații: (pg. 233) A

a. forma de leucemie acută mieloidă este mai frecventă la adulți

b. etiopatogenia bolilor leucemice este cunoscută

c. celulele stem sunt afectate prin oprirea diferențierii și maturației lor în organele hematopoietice

d. forma secundară acută este leucemia acută Iimfoblastică

e. toate afirmațiile sunt adevărate

243. Gingivita hiperplazică este frecvent depistată de medicul stomatolog si se produce: (pg. 233) ABC

a. cel mai frecvent în leucemia acută

b. uneori în leucemia subacută

c. rar în leucemiile cronice

d. cel mai frecvent în leucemiile cronice

e. undeori în leucemia acută

244. Despre bolile leucemice pot fi adevărate următoarele afirmații: (pg. 233) BE

a. leucemiile sunt afecțiuni de tip neoplazic ale celulelelor stem care sunt afectate prin oprirea diferențierii și maturației lor o dată cu trecerea lor în sângele central

b. formele principale acute ale bolilor leucemice sunt leucemia acută Iimfoblastică și leucemia acută mieloidă

c. forma de leucemie acută limfoblastică este mai frecventă la adulți

d. forma de leucemie acută mieloidă este mai frecventă la copii

e. etiopatogenia bolilor leucemice este necunoscută

245. Despre etiopatogenia bolilor leucemice (necunoscută) pot fi incriminați o serie de factori: (pg. 233) BCD

a. factorii ereditari nu au fost dovediți

b. boli hematologice predispozante (metaplazia mieloidă, trombocitemia esențială, policilemia)

c. iradierile

d. substanțele chimice (benzenul, medicamente citotoxice)

e. virusurile oncogene (Ia animale și cel mai des la om a fost incriminat HTLV-1 în limfomul T leucemic)

246. Despre etiopatogenia bolilor leucemice pot fi incriminați o serie de factori: (pg. 233) ACDE

a. factori ereditari

b. boli leucemice predispozante (metaplazia mieloidă, trombocitemia esențială, policilemia)

c. geneIe oncogene în leucemia umană

d. substanțele chimice (alchilante: ciclofosfamida folosită în tratamentul unor boli de colagen)

e. virusurile leucogene (Ia animale și rar la om a fost incriminat HTLV-1 în limfomul T leucemic)

247. \*Leucemia acută mieloblastică prezintă următoarele caractere histopatologice: (pg. 233) A

a. epiteliul gingival are un aspect polimorf, poate fi subțiat și ulcerat

b. în corionul gingival este prezent un infiltrat dens, de leucocite aflate în faze terminale de dezvoltare

c. gingivoragiile precoce, din cauza trombocitopeniei leucemice

d. la nivelul mucoasei bucale sunt frecvente peteșiile și inflltratele

e. vasele de sânge sunt contractate și prezintă, în lumen numeroase celule leucemice care pot produce microinfarcte și rare hematii.

248. Leucemia acută mieloblastică prezintă următoarele caractere histopatologice: (pg. 233) ABDE

a. epiteliul gingival poate fi îngroșat cu fenomene de edem intra și intercelular

b. în corionul gingival este prezent un infiltrat dens, de leucocite aflate în faze inițiale de dezvoltare

c. pot apărea de "cloroame" infiltrate cu mieloblaste

d. pe alocuri pot fi observate celule în curs de formare, ceea ce indică o hematopoieză ectopică

e. vasele de sânge sunt dilatate și prezintă, în lumen numeroase celule leucemice care pot produce microinfarcte și rare hematii

249. Leucemia acută mieloblastică prezintă următoarele caractere din punct de vedere al simptomatologiei: (pg. 233-234) ABE

a. debutul bolii poate fi discret, depistarea acesteia fiind facută printr-o hemogramă de rutină pentru alte suferințe decât cele hematologice

b. debutul poate fi brusc și 'agresiv' printr-un sindrom hemoragipar manifest

c. vasele de sânge sunt dilatate și prezintă, în lumen numeroase celule leucemice și rare hematii

d. semnul patognomonic pe piele și mucoase este purpura

e. procesul leucemic poate produce și o serie de manifestări în sfera maxilo-facială și dentară

250. Sindromul hemoragipar manifest cuprinde: (pg. 233-234) ACD

a. epistaxis

b. purpura pe piele și mucoase

c. peteșii pe tegumente

d. bule hemoragice în cavitatea bucală care se sparg cu ușurință și într-un timp scurt lăsând ulcerații sângerânde și dureroase

e. tumefacții parotidiene

251. Procesul leucemic poate produce și o serie de manifestări în sfera maxilo-facială și dentară ca: (pg. 233-234) ADE

a. adenopatii loco-regionale

b. peteșii pe tegumente

c. bule hemoragice în cavitatea

d. tumefacții parotidiene

e. odontalgii prin infiltrate leucemice la nivelul pulpei dentare

252. În leucemia acută mieloblastică principalele semne clinice la nivelul țesuturilor moi ale cavității bucale sunt, cu excepția: (pg. 234) CE

a. gingivoragiile precoce, din cauza trombocitopeniei leucemice

b. gingia are culoare roșie-violacee, cianotică

c. epiteliul gingival are un aspect polimorf, ce poate fi îngroșat cu fenomene de edem intra și intercelular

d. la nivelul mucoasei bucale sunt frecvente peteșille și inflltratele leucemice

e. existența unui sindrom hemoragipar manifest

253. \*Inflltratele leucemice din leucemia acută mieloblastică: (pg. 234) E

a. apar subcutan

b. apar la nivelul mucoasei bucale

c. sunt sub forma unor mici noduli de culoare roșie-violacee

d. sunt nodulii răspandiți pe întreaga suprafață a corpului

e. toate afirmațiile sunt adevărate

254. În leucemia acută mieloblastică principalele semne clinice la nivelul țesuturilor moi ale cavității bucale sunt: (pg. 234) ADE

a. "cloroame"- infiltrate cu mieloblaste care își iau numele de la colorația verzuie a peroxidazelor din preparatele histopatologice

b. un infiltrat dens de leucocite aflate în faze inițiale de dezvoltare în corionul gingival

c. glosita HUNTER

d. ulcerațiile apar foarte rar pe gingie

e. ulcerațiile sunt, de regulă, suprainfectate din cauza granulocitopeniei și extrem de dureroase la atingere, masticație, deglutiție (disfagie)

255. În leucemia acută mieloblastică pot apărea "cloroame" ce prezintă următoarele caracteristici: (pg. 234) AB

a. sunt infiltrate cu mieloblaste

b. au numele de la colorația verzuie a peroxidazelor din preparatele histopatologice

c. sunt sub forma unor mici noduli de culoare roșie-violacee

d. nodulii pot răspandiți pe întreaga suprafață a corpului

e. apar subcutan

256. În leucemia acută mieloblastică pot apărea "cloroame" ce se dispun: (pg. 234) ACDE

a. în orbită

b. subcutan

c. sinusuri paranazale

d. în piele

e. la nivelul mucoasei bucale

257. În leucemia acută mieloblastică pot apărea "cloroame" ce se dispun: (pg. 234) ABCE

a. orbită

b. periorbicular

c. sinusuri paranazale

d. subcutan

e. la nivelul mucoasei bucale

258. \*În leucemia acută mieloblastică ulcerațiile apar astfel: (pg. 234) E

a. pe gingie

b. în zona mucoasei jugale din dreptul planului de ocluzie

c. la nivetul palatului

d. la nivelul marginea gingivale Iibere sunt zone de ulcerații și necroză, acoperite de false membrane

e. toate afirmațiile sunt adevărate

259. În leucemia acută mieloblastică principalele semne clinice la nivelul țesuturilor moi ale cavității bucale sunt: (pg. 234) AB

a. hiperplazia gingivală cu caracter extensiv până la generalizare îmbrăcă suprafețele dentare până la marginea incizală sau suprafața ocluzală

b. marginea gingivală Iiberă prezintă frecvente zone de ulcerații și necroză

c. vasele de sânge sunt dilatate și prezintă, în lumen numeroase celule leucemice care pot produce microinfarcte și rare hematii

d. la nivelul cavității bucale manifestările sunt mai reduse decât în forma acută

e. gingia are culoare roșu aprins

260. Ulcerațiile din leucemia acută mieloblastică au următoarele caracteristici: (pg. 234) AE

a. Sunt suprainfectate din cauza granulocitopeniei

b. Apar ca zone cu necroză și acoperite de false membrane la nivelul palatului

c. Sunt nedureroase

d. Pot acoperi coaroana dintelui

e. Apar frecvent pe gingie

261. \*Leucemia acută mieloblastică aduce modificări și la nivelul stării generale a organismului, cu excepția: (pg. 234-235) C

a. numărul de leucocite variază între 10.000 și 100.000/

b. anemia însoțește procesul leucemic din cauza aplaziei medulare grave a seriei eritrocitare

c. ca urmare a anemiei, se instalează un sindrom hemoragic cutaneo-mucos

d. starea generală este alterată

e. în leucemia acută limfoblastică mai pot apărea dureri abdominaIe, artralgii ale membrelor inferioare cu tulburări de deplasare

262. Leucemia acută mieloblastică aduce modificări și la nivelul stării generale a organismului, care este alterată prin: (pg. 234-235) ABD

a. astenie psihică

b. fatigabilitate

c. ulcerațiile frecvente pe gingie

d. paloarea tegumentelor

e. inflltratele, leucemice care apar și subcutan sub forma unor mici noduli de culoare roșie-violacee

263. Leucemia acută mieloblastică aduce modificări și la nivelul stării generale a organismului, care este alterată prin: (pg. 234-235) BCD

a. bule hemoragice în cavitatea bucală care se sparg cu ușurință

b. dispnee, pneumonii

c. meningită cu cefalee

d. dureri abdominaIe

e. pot apărea de "cloroame" infiltrate cu mieloblaste

264. Leucemia acută mieloblastică aduce modificări și la nivelul stării generale a organismului, care este alterată prin: (pg. 234-235) CD

a. astenie fizică

b. gingivoragii precoce

c. meningită cu cefalee

d. vărsături

e. mereu septicemii

265. Despre leucemiile cronice se poate afirma: (pg. 235) CDE

a. se asoociază cu sindromul Plummer-Vinson

b. gingia are un aspect palid și lucios

c. au un debut insidios și o evoluție mai lungă

d. semnele locale sunt: astenia, fatigabilitatea, pruritul generalizat

e. la nivelul cavității bucale manifestările sunt mai reduse decât în forma acută

266. Semnele generale din leucemiile cronice sunt: (pg. 235) BCDE

a. Inapetență

b. Fatigabilitatea

c. Pruritul generalizat

d. Peteșii

e. Echimoze

267. În leucemiile cronice semnele generale sunt: (pg. 235) ABCE

a. astenia

b. fatigabilitatea

c. pruritul generalizat

d. gingivoragii

e. echimoze

268. \*În leucemiile cronice semnele generale sunt: (pg. 235) E

a. astenia

b. fatigabilitatea

c. peteșii

d. echimoze

e. toate afirmațiile sunt adevărate

269. \*În leucemiile cronice la nivelul cavității bucale manifestările: (pg. 235) E

a. tendința de hiperplazie a gingiilor, care sunt mai ferme

b. peteșii

c. echimoze

d. gingivoragii mai discrete

e. toate afirmațiile sunt adevărate

270. \*În leucemiile cronice la nivelul cavității bucale manifestările sunt: (pg. 235) E

a. tendința de hiperplazie a gingiilor, care sunt mai ferme

b. peteșii

c. gingivoragii mai discrete

d. unele ulcerații ale mucoasei bucale și gingivale, mai puțin extinse sau suprainfectate

e. toate afirmațiile sunt adevărate

271. Semnele generale din leucemiile cronice sunt: (pg. 235) ACD

a. astenia

b. meningită cu cefalee

c. pruritul generalizat

d. peteșii

e. uneori septicemii

272. Semnele generale din leucemiile cronice sunt: (pg. 235) BCE

a. Astenia psihică

b. fatigabilitatea

c. pruritul generalizat

d. artralgii ale membrelor inferioare cu tulburări de deplasare

e. echimoze

273. Gingivitele din anemii pot fi în raport cu: (pg. 235) AD

a. Morfologia hematiilor

b. Cantitatea de fier din organism

c. Aspectul gingiei

d. Conținutul hematiilor în hemoglobină

e. Hematopoieza

274. Anemia Addison-Biermer are următoarele caracteristici: (pg. 235) ADE

a. este anemia hipercromă, macrocitară, pernicioasă

b. semnul patognomonic pe piele și mucoase este purpura

c. la nivelul cavității bucale, apar ulcerații orale și faringiene cu disfagie

d. apare glosita HUNTER

e. la nivelul cavității bucale, gingia are un aspect palid lucios

275. \*Glosita HUNTER se caracterizează printr-o mucoasa linguală: (pg. 235) E

a. netedă

b. cu atrofie papilară

c. lucioasă

d. de culoare roșu aprins

e. toate afirmațiile sunt adevărate

276. Anemia hipocromă are următoarele caracteristici: (pg. 235) BC

a. este anemie macrocitară, pernicioasă

b. la nivelul cavității bucale, gingia are o culoare roz-deschis, palid

c. apare sindromul PLUMMER-VINSON

d. hemoragiile gingivale sunt frecvente și se produc la cele mai mici atingeri, în cursul periajului sau masticației

e. apar semnele generale ca astenia, fatigabilitatea

277. Sindromul PLUMMER-VINSON constă în: (pg. 235) ADE

a. glosită

b. mucoasă linguală cu atrofie papilară

c. gingia cu aspect lucios

d. ulcerații orale

e. ulcerații faringiene cu disfagie

278. Anemia hipocromă are următoarele caracteristici: (pg. 235) ABD

a. Cuprinde sindromul PLUMMER-VINSON

b. Gingia are o culoare roz deschis, palid

c. Este anemia macrocitară, pernicioasă

d. Apare glosita

e. La nivelul oaselor maxilare apare osteoporoză

279. Anemia hipocromă are următoarele caracteristici: (pg. 235) AD

a. este anemia microcitară, feriprivă (prin deficit de fier)

b. cuprinde sindromul hemoragic cutaneo-mucos

c. la nivelul cavității bucale, gingia are un aspect palid lucios

d. la nivelul cavității bucale apar ulcerații orale și faringiene cu disfagie

e. la nivelul oaselor maxilare apare fenomenul de osteoporoză

280. Anemia drepanocitară are următoarele caracteristici: (pg. 235) ABDE

a. se numește și falciformă sau siclemia

b. are caracter ereditar

c. cuprinde cuprinde sindromul hemoragic cutaneo-mucos

d. mucoasa bucală și gingivală au un aspect palid, ușor gălbui

e. la nivelul oaselor maxilare apare fenomenul de osteoporoză

281. Anemia hemolitică are următoarele caracteristici, cu excepția: (pg. 235) CDE

a. este normocitară, normocromă, apărută ca rezultat al acțiunii toxice medicamentoase asupra hematopoiezei

b. mucoasa gingivală este palidă și poate prezenta ulcerații suprainfectate ca urmare a leucopeniei

c. are caracter ereditar

d. se asoociază cu sindromul Plummer-Vinson

e. gingia are un aspect palid și lucios

282. În gingivita din trombocitopenii, trombocitopenia poate fi: (pg. 236) AB

a. Idiopatică (boala Werlhof)

b. Secundară (în leucemii, tumori maligne, prin intoxicații cu benzen, arsen, aminofenazonă sau după iradieri masive)

c. Normocitară, ca rezultat al acțiunii toxice medicamentoase asupra hematopoiezei

d. Cu caracter ereditar

e. În urma unor infecții bacteriene sau virale

283. În gingivita din trombocitopenii, semnele sunt, cu excepția: (pg. 236) CD

a. hemoragiile gingivale se produc în cursul periajului sau masticației

b. semnul patognomonic pe piele și mucoase este purpura

c. apare sindromul PLUMMER-VINSON

d. este idiopatică și secundară când se numește boala Werlhof

e. gingiile sunt tumetiate, de consistență moale, friabilă

284. Semnul patognomonic pe piele și mucoase în gingivita din trombocitopenii este purpura, caracterizată prin: (pg. 236) AB

a. peteșii

b. vezicule hemoragice pe mucoasa jugală și palatinală

c. mucoasă lingual cu atrofie papilară

d. ulcerații orale

e. ulcerații faringiene cu disfagie

285. Agranulocitoză sau formeIe mai puțin severe de granulocitopenie (sau neutropenie) pot fi produse prin: (pg. 236) ABC

a. infecții bacteriene sau virale

b. hipersensibilitatea la medicamente

c. radiatii ionizante produse accidental sau utilizate terapeutic

d. caracter ereditar

e. trombocitopenie, unde se instalează un sindrom hemoragic cutaneo-mucos

286. \*Agranulocitoză sau formeIe mai puțin severe de granulocitopenie pot fi produse prin hipersensibilitatea la medicamente ca: (pg. 236) E

a. Sulfamide

b. Barbiturice

c. Cloramfenicol

d. Aminofenazonă

e. toate afirmațiile sunt adevărate

287. \*Agranulocitoză sau formeIe mai puțin severe de granulocitopenie pot fi produse prin hipersensibilitatea la medicamente ca: (pg. 236) E

a. fenilbutazonă

b. săruri de aur

c. agenți arsenicali

d. derivați benzenici cu acțiunee toxică medulară

e. toate afirmațiile sunt adevărate

288. \*Agranulocitoză sau formeIe mai puțin severe de neutropenie pot fi produse prin hipersensibilitatea la medicamente ca: (pg. 236) E

a. antagoniștii acidului folic cu acțiunea toxică medulară

b. săruri de aur

c. agenți arsenicali

d. sulfamide

e. toate afirmațiile sunt adevărate

289. \*Despre gingivitele din agranulocitoză, următoarele afirmații sunt adevărate, cu excepția: (pg. 236) E

a. încadrarea în grupul tulburărilor imunodeficitare se datorează imunității înnăscute prin fagocitoza care este deficitară

b. poate debuta brusc

c. poate debuta după o fază eritematoasă urmată de ulcerații situate inițial la nivelul istmului faringian ce se extind rapid

d. ulcerațiile au caracter hemoragic și mai ales necrotic

e. este o boala rară, caracterizată prin leziuni necrotice și granulomatoase acute ale tractului respirator și renale

290. Ulcerații situate inițial la nivelul istmului faringian din Agranulocitoză se extind pe mucoasa: (pg. 236) ABD

a. Jugală

b. Gingivală

c. Palatinală

d. Labială

e. Vestibulară

291. Despre gingivitele din agranulocitoză, următoarele afirmații sunt adevărate, cu excepția: (pg. 236) CD

a. aspectul clinic este asemanător cu cel din gingivostomatita ulcero-necrotică

b. ulcerațiile sunt suprainfectate datorită deficitului de apărare imun prin fagocitoză

c. este o boala rară, caracterizată prin leziuni necrotice și granulomatoase acute ale tractului respirator și renale

d. gingia are un aspect hiperplazic, culoare roșu-violaceu, prezintă ulcerații și sângerează cu ușurință

e. ulcerațiile au caracter hemoragic și mai ales necrotic

292. Gingivita hiperplazică din granulomatoza Wegener, prezintă următoarele afirmații adevărate: (pg. 236) AB

a. Este o boala rară, caracterizată prin leziuni necrotice și granulomatoase acute ale tractului respirator și renal

b. Gingia are un aspect hiperplazic, culoare roșu-violaceu, prezintă ulcerații și sângerează cu ușurință

c. Aspectul clinic este asemanător cu cel din gingivostomatita ulcero-necrotică

d. Ulcerațiile au caracter hemoragic și mai ales necrotic

e. Poate fi considerată o afecțiune granulomatoasă de etiologie necunoscută

293. Gingivita din sarcoidoză prezintă următoarele afirmații adevărate: (pg. 237) ABD

a. poate fi considerată o afecțiune granulomatoasă de etiologie necunoscută

b. se însoțește de o gingie hiperplazică și ulcerată

c. poate fi produsă ca efect secundar în urma tratamentului cu hidantoină

d. apare granulomul sarcoidal ce conține numeroase mononucleare și celule gigante LANGHANS multinucleate

e. apare la unii bolnavi epileptici, în special la tineri, tratați cu Hidantoina

294. Granulomul sarcoidal prezintă următoarele afirmații adevărate: (pg. 237) AE

a. conține numeroase mononucleare

b. este specific gingivitei din sarcoidoză

c. este specific gingivitei din granulomatoza Wegener

d. conține vezicule hemoragice pe mucoasa jugală și palatinală

e. conține celule gigante LANGHANS multinucleate

295. Despre gingivita hiperplazică hidantoinică următoarele observații sunt adevărate: (pg. 237) ABD

a. apare la unii bolnavi epileptici

b. apare în special tineri, tratați cu acest medicament (Dilantin, Epanutin)

c. incidența hiperplaziei hidantoinice este descrisă între (3% și 50%) (3% și 85%)

d. bolnavii cardiovasculari cu suferințe parodontale, cu medicamente pe baza de antagoniști de calciu, prezintă 60% o creștere de volum a gingiei la 4-10 luni de la instituirea tratamentului

e. poate să apară în urma unor infecții bacteriene sau virale

296. Despre modul de acțiune al hidantoinei, următoarele observații sunt adevărate: (pg. 237) ABCD

a. constă în inactivarea colagenazei

b. constă reducerea degradării componentei fibrilare de colagen

c. stimulează proliferarea epiteliului și a fibroblaștilor din corion

d. sub influența hidantoinei, fibroblaștii sintetizează o cantitate crescută de componente sulfatate ale glicozaminoglicanilor

e. hiperplazia papilei și a marginii gingivale libere se mărește și acoperă o importantă suprafață a coroanei dentare

297. Despre modul de acțiune al hidantoinei următoarele observații sunt adevărate: (pg. 237) ACE

a. sub influența hidantoinei se mărește masa nefibrilară a substanței fundamentale

b. apare acantoliză în epiteliu

c. constă reducerea substanței fundamentale din corionul gingival și din desmodonțiul superficial

d. hiperplazia papilei și a marginii gingivale libere se mărește și acoperă o importantă suprafață a coroanei dentare

e. inhibă proliferarea epiteliului și a fibroblaștilor din corion

298. Despre hiperplazia hidantoinică următoarele observații sunt adevărate: (pg. 237) ADE

a. se produce și în absența plăcii bacteriene și a tartrului, la pacienții cu o bună igienă bucală

b. hiperplazia este localizată mai mult oral, dar și vestibular, mai redusă datorită presiunii limbii

c. de la început, hiperplazia este de dimensiuni mari, de forma unor mărgele ale papilelor interdentare

d. zona de gingie fixă este mai puțin hiperplazică, față de hiperplazia gingivală idiopatică

e. prezența plăcii bacteriene determină o supraadăugare a inflamației bacteriene, care accentuează hipertrofia și hiperplazia gingivală

299. Despre gingivita hiperplazică hidantoinică, din punct de vedere histopatologic, următoarele afirmații sunt adevărate: (pg. 237) AC

a. apare hiperkeratoză și parakeratoză

b. acantoliză în corion

c. aspect papilomatos al joncțiunii epiteliu-corion

d. hiperplazia papilei și a marginii gingivale libere se mărește și acoperă o importantă suprafață a coroanei dentare

e. prezența unor benzi subțiri de colagen, uneori cu dispoziție mai neregulată

300. Histopatologic, în gingivita hiperplazică hidantoinică, următoarele afirmații sunt adevărate, cu excepția: (pg. 237) BC

a. creșterea numărului de fibroblaști și de vase de neoformație, cu apariția unui țesut conjunctiv tânăr de neoformație

b. prezența unui număr mic de fibre de oxytalan

c. hiperplazia este localizată mai mult vestibular, dar și oral, într-o măsură mai redusă datorită presiunii limbii

d. acantoliză în epiteliu

e. infiltrat inflamator limtocitar, în special în zona subiacentă a epiteliului sulcular

301. Histopatologic, în gingivita hiperplazică hidantoinică, următoarele afirmații sunt adevărate: (pg. 237) ABD

a. prezența unor benzi groase de colagen, uneori cu dispoziție mai neregulată

b. prezența a numeroase fibre de oxytalan

c. scăderea numărului de fibroblaști

d. creșterea vaselor de neoformație, cu apariția unui țesut conjunctiv tânăr de neoformație

e. radiologic, se remarcă o demineralizare a septurilor interdentare

302. Simptomatologic, în gingivita hiperplazică hidantoinică, următoarele afirmații sunt adevărate, cu excepția: (pg. 238) BD

a. hiperplazia este de dimensiuni mici, de forma unor mărgele ale papilelor interdentare la început

b. creșterea numărului de fibroblaști

c. zona de gingie fixă este de obicei mai puțin hiperplazică, ceea ce o deosebește de hiperplazia gingivală idiopatică.

d. prezența unor benzi groase de colagen, uneori cu dispoziție mai neregulată

e. radiologic, se remarcă o demineralizare a septurilor interdentare

303. Simptomatologic, în gingivita hiperplazică hidantoinică, următoarele afirmații sunt adevărate: (pg. 238) BDE

a. apare șanț situat la vârful hiperplaziei papilelor și a marginii gingivale Iibere

b. hiperplazia papilei și a marginii gingivale libere se mărește și acoperă o importantă suprafață a coroanei dentare în stadia avansate

c. hiperplazia sângerează abudent

d. uneori există o reducere sau dispare spontan hiperplazia hidantoinică la câteva luni de la întreruperea administrării medicamentului

e. hiperplazia este localizată mai mult vestibular, mai redusă oral, datorită presiunii limbii

304. Un element caracteristic în gingivita hiperplazică hidantoinică este apariția unui șanț situat: (pg. 238) BDE

a. la baza hiperplaziei papilelor

b. la vârful hiperplaziei papilelor

c. la baza marginii gingivale Iibere

d. la limita cu mucoasa alveolară, atunci când cuprinde și gingia fixă

e. la limita cu mucoasa alveolară, atunci când nu cuprinde și gingia fixă

305. Hiperplazia în în gingivita hiperplazică hidantoinică este: (pg. 238) BD

a. cu inflamație supraadăugată

b. un aspect lobulat

c. culoare roșu-închis

d. de consistență fermă

e. sângerează

306. \*Hiperplazia în în gingivita hiperplazică hidantoinică este: (pg. 238) E

a. fără inflamație supraadăugată

b. un aspect lobulat

c. culoare roz-deschis

d. nu sângerează

e. toate afirmațiile sunt adevărate

307. Simptomatologic, în gingivita hiperplazică hidantoinică, următoarele afirmații sunt adevărate: (pg. 238) ABC

a. hiperplazia fără inflamație supraadăugată are un aspect lobulat

b. radiologic, se remarcă o demineralizare a septurilor interdentare

c. un element caracteristic este apariția unui șanț situat la baza hiperplaziei papilelor

d. prezența unor benzi groase de colagen, uneori cu dispoziție mai neregulată

e. prezența a numeroase fibre de oxytalan

308. În gingivita hiperplazică prin antagoniști de calciu, următoarele observații sunt adevărate: (pg. 238) ABCD

a. factorul etiologic principal este placa bacteriană

b. aspectele clinice sunt expresia modificării de către medicament a răspunsului tisular față de inflamația bacteriană

c. antagoniștii de calciu sunt substanțe care inhibă fluxul ionilor de calciu prin canale lente membranare

d. concentrarea Nifedipinei în lichidul șanțului gingival este de 15-316 ori mai mare decât în plasmă la pacienți cardiovasculari cu fenomene de hiperplazie gingivală

e. a fost relatată de vechii greci ca "gura dureroasă" a soldaților (GUN)

309. \*Substanțele care inhibă fluxul ionilor de calciu prin canale lente membranare sunt : (pg. 238) E

a. Nifedipin

b. Nitredipin

c. Nicardipin

d. Amlodipin

e. toate afirmațiile sunt adevărate

310. \*Antagoniștii de calciu sunt: (pg. 238) E

a. Nicardipin

b. Amlodipin

c. Verapamil

d. Diltiazem

e. toate afirmațiile sunt adevărate

311. Consecințele terapeutice din gingivita hiperplazică prin antagoniști de calciu, constau în: (pg. 239) ABC

a. în inhibarea contracției miocardului (efect antianginos)

b. deprimarea funcției miocardului, specific generator de potențiale lente (nodulul sinusal și atrioventricular, efect antiaritmic, bradicardic)

c. relaxarea unor mușchi netezi, mai ales a celor vasculari, cu efect vasodilatator

d. apariția de miofibroblaști cu microfilamente și un reticul endoplasmatic bine dezvoltat

e. absența corelațiilor justificate între medicația cu antagoniști de calciu și apariția unei gingivite specifice

312. Despre bolnavii cardiovasculari aflați sub tratament cu antagoniști de calciu, se pot afirma următoarele: (pg. 239) ACDE

a. prezintă într-o proporție de 60% o creștere de volum a gingiei la cca. 4-10 luni de la instituirea tratamentului general specific

b. în aceste forme de îmbolnăvire factorul etiologic principal este tartrul

c. este caracteristic o tendință de restaurare a metabolismului celular

d. este caracteristic stimularea proliferării celulare în teritoriul gingival

e. antagoniști de calciu sunt substanțe care inhibă fluxul ionilor de calciu prin canale lente membranare

313. În gingivita hiperplazică prin antagoniști de calciu, li s-a atribuit acestora următoarele efecte: (pg. 239) ACD

a. creștere a glicozaminoglicanilor sulfatați

b. inhibă sintezei ADN și a colagenului

c. stimularea factorului de creștere epitelială

d. activarea acidului folic

e. benzofenona crește sinteza de proteine de către fibroblaști

314. În gingivita hiperplazică prin antagoniști de calciu, li s-a atribuit acestora următoarele efecte: (pg. 239) BDE

a. creșterea reacțiilor de fibrozare la nivelul cordului, reacții asociate cu administrarea de aldosteron sau angiotensina II

b. stimularea sintezei ADN și a colagenului

c. nifedipina crește sinteza de proteine de către fibroblaști

d. nifedipina induce inhibarea proliferării fibroblaștilor gingivali

e. modificarea metabolismului fibroblaștilor de la nivelul cordului

315. În gingivita hiperplazică prin antagoniști de calciu, li s-a atribuit acestora următoarele efecte: (pg. 239) AB

a. creșterea proliferării celulare pe culturi de fibroblaști celulari

b. reducerea reacțiilor de fibrozare la nivelul cordului, reacții asociate cu administrarea de aldosteron sau angiotensina II

c. nifedipina scade sinteza de proteine de către fibroblaști

d. apariția de miofibroblaști cu microfilamente

e. o rețea bogată de benzi groase de fibre de collagen

316. Histopatologic, în gingivita hiperplazica prin antagoniști de calciu, se găsesc următoarele modificări: (pg. 239) ACD

a. o rețea bogată de benzi groase de fibre de colagen, consecința unui intens fenomen de sinteză a colagenului

b. sărac infiltrat limfoplasmocitar în corionul gingival

c. apariția de miofibroblaști cu microfilamente și un reticul endoplasmatic bine dezvoltat

d. fenomene distrofice epiteliale

e. segregație celulară și acantoză în stratul cornos

317. Histopatologic, în gingivita hiperplazică prin antagoniști de calciu, se găsesc următoarele modificări, cu excepția: (pg. 239) BCD

a. hiperkeratoză și parakeratoză

b. volumul hiperplaziei gingivale este variabil în funcție de perioada de timp în care a fost dministrat medicamentul și doza acestuia

c. culoarea gingiei hiperplazice variază de la roșu congestiv până la roșu închis, uneori violaceu în zonele de stază

d. o rețea bogată de benzi subțiri de fibre de colagen

e. aspect papilomatos al joncțiunii corio-epiteliale

318. Histopatologic, în gingivita hiperplazică prin antagoniști de calciu, se găsesc următoarele modificări: (pg. 239) ABE

a. segregație celulară și acantoză în stratul spinos

b. bogat infiltrat limfoplasmocitar în corionul gingival

c. culoarea este uneori roșie-violacee în zonele de stază, acoperite pe alocuri de placarde fibrinoase alb-gălbui

d. hiperplazia gingivală are caracter generalizat și predomină vestibular și în zonele interdentare

e. vase sanguine dilatate, de aspect teleangiectatic

319. Gingivita hiperplazică prin antagoniști de calciu prezintă urmatoarele aspecte clinice, cu excepția: (pg. 240) CD

a. hiperplazia gingivală are caracter generalizat și predomină vestibular și în zonele interdentare

b. volumul hiperplaziei gingivale este variabil în funcție de perioada de timp în care a fost administrat medicamentul și doza acestuia

c. vase sanguine dilatate, de aspect teleangiectatic

d. o rețea bogată de benzi groase de fibre de colagen

e. culoarea gingiei hiperplazice variază de la roșu congestiv până la roșu închis

320. Gingivita hiperplazică prin antagoniști de calciu prezintă urmatoarele aspecte clinice: (pg. 240) ACD

a. gingia hiperplazică este decolabilă de coroana dintelui, cu depozite de țesuturi sfacelate, acoperite cu exsudat purulent

b. volumul hiperplaziei gingivale nu variază cu perioada de timp în care a fost administrat medicamentul și doza acestuia

c. consistența gingiei este la început mai fermă, dar în timp, odată cu creșterea în volum, se reduce devenind moale, depresibilă

d. rar la pacienți cu o foarte bună igienă bucală, hiperplazia gingivală este de tip nodular, cu suprafața netedă și consistență fermă

e. hiperplazia gingivală are caracter localizat și predomină vestibular și în zonele interdentare

321. Gingia hiperplazică din gingivita hiperplazică prin antagoniști de calciu: (pg. 240) ABD

a. este în general, decolabilă de coroana dintelui

b. pune în evidență depozite de țesuturi sfacelate, acoperite cu exsudat purulent

c. are caracter localizat

d. predomină vestibular și în zonele interdentare

e. este de la început de consistență moale

322. În gingivita hiperplazică prin antagoniști de calciu, următoarele observații clinice sunt adevărate: (pg. 240) ADE

a. medicul stomatolog să nu recomande bolnavilor renunțarea la acest tratament vital și să acționeze printr-o terapie locală corespunzatoare

b. puțini pacienți cu o igienă bucală precară au o hiperplazia gingivală de tip nodular, cu suprafața netedă și consistență fermă

c. consistența gingiei este la început mai redusă și devine moale, depresibilă

d. volumul hiperplaziei gingivale este variabil în funcție de doza medicamentului

e. culoarea gingiei hiperplazice variază de la roșu congestiv până la roșu închis

323. În gingivita prin utilizarea medicației contraceptive următoarele observații clinice sunt adevărate: (pg. 241) CE

a. nu sunt corelații justificate între consumul de contraceptive hormonale și apariția unei gingivite specifice

b. utilizarea contraceptivelor pe o perioadă mai mare de 1,5-2 ani poate fi însoțită de manifestări gingivale asemănătoare cu cele din sarcină, dar mai reduse

c. medicul stomatolog să nu recomande bolnavilor renunțarea la acest tratament vital

d. apare o tendință de stimulare a proliferării celulare în teritoriul gingival

e. volumul hiperplaziei gingivale este variabil în funcție de doza medicamentului

324. Manifestările gingivale din gingivita prin utilizarea contraceptivelor sunt: (pg. 241) ABC

a. congestie gingivală

b. ușoare sângerări

c. mici creșteri de volum ale papilelor gingivale

d. hiperplazia gingivală cu caracter generalizat

e. o rețea bogată de benzi groase de fibre de colagen

325. În gingivita hiperplazică la ciclosporine s-au constatat următoarele: (pg. 241) ABC

a. ciclosporinele sunt agenți imunosupresori folosiți pentru a preveni rejetul de organe transplantate

b. incidența hiperplaziei gingivale la bolnavii tratați cu ciclosporine este de cca 30%

c. histologic și clinic, fenomenele induse de ciclosporine sunt asemănătoare cu cele produse de hidantoină

d. culoarea gingiei hiperplazice variază de la roșu congestiv până la roșu închis

e. ciclosporina administrată în doze mici, la oameni stimulează formarea de os și favorizează astfel integrarea grefelor de os demineralizat liofilizat

326. În gingivita hiperplazică la ciclosporine s-au constatat următoarele: (pg. 241) CDE

a. histologic, fenomenele induse de ciclosporine sunt segregație celulară și acantoză în stratul spinos

b. incidența hiperplaziei gingivale la bolnavii tratați cu ciclosporine este de cca 50%.

c. histologic și clinic fenomenele induse de ciclosporine sunt asemănătoare cu cele produse de hidantoină

d. gingia este de consistență fermă

e. ciclosporina administrată în doze mici, la șobolani stimulează formarea de os și favorizează astfel integrarea grefelor de os demineralizat liofilizat

327. Gingia din gingivita hiperplazică la ciclosporine este, cu excepția: (pg. 241) DE

a. de culoare roz

b. de consistență fermă

c. cu o tendință redusă de sângerare care provine din supraadaugarea inflamației septice bacteriene

d. este în general, decolabilă de coroana dintelui

e. pune în evidență depozite de țesuturi sfacelate, acoperite cu exsudat purulent

328. În gingivita și gingivostomatita ulcero-necrotică s-au constatat următoarele observații: (pg. 241) ABCE

a. se însoțește în mod constant și de afectarea altor zone ale mucoasei bucale

b. etiologia bolii este fuzospirochetală

c. în timpul primului razboi mondial a fost denumită "gură de tranșee" din cauza Iipsei de igienă și a infecțiilor frecvente

d. factorul etiologic principal este placa bacteriană

e. a fost descrisă clinic și diferențiată de scorbut și alte îmbolnăviri parodontale

329. În gingivita și gingivostomatita ulcero-necrotică s-au constatat următoarele observații: (pg. 241) BCE

a. nu afectează și alte zone ale mucoasei bucale

b. a fost denumită "gura dureroasă" a soldaților

c. etiologia bolii este fuzospirochetală

d. factorul etiologic principal este tartrul dentar

e. a fost descrisă clinic și diferențiată de scorbut și alte îmbolnăviri parodontale

330. În producerea gingivitei și gingivostomatitei ulcero-necrotice, sunt incriminate următoarele bacterii: (pg. 242) ABCD

a. spirochete: Treponema denticola, Treponema vincenti, Treponema macrodentium

b. bacili fuziformi: Fusobacterium nucleatum

c. Prevotella intermedia

d. Porphyromonas gingivalis

e. streptococi, stafilococi

331. \*În producerea gingivitei și gingivostomatitei ulcero-necrotice, factorii favorizanți sunt, cu excepția: (pg. 242) D

a. pericoronaritele

b. igiena bucală incorectă, întâmplătoare sau absentă

c. fumatul excesiv

d. formarea de pungi parodontale în zona molarului de minte (de obicei mandibular)

e. deficitul în vitaminele C, B1, B2

332. \*În producerea gingivitei și gingivostomatitei ulcero-necrotice, factorii favorizanți sunt, cu excepția: (pg. 242) B

a. traumatismul direct al gingiei de către dinții antagoniști în ocluziile foarte adânci sau prin migrări

b. persistența unui lambou de mucoasă care acoperă partial suprafața ocluzală a molarului în curs de erupție sau parțial inclus

c. boli generale cronice cașectizante: sifilis, tumori maligne, rectocolita ulcero-hemoragică

d. boli hematologice (Ieucemii, anemii)

e. factori psihosomatici: stresul din cursul unor situații ca: stagiul militar, război, examene, nevrozele anxioase și depresive

333. Din punct de vedere epidemiologic, în gingivita și gingivostomatita ulcero-necrotică, se pot afirma următoarele: (pg. 242) ABC

a. boala apare, mai frecvent, la adolescenți și adulții tineri și, mai rar, la adulții de vârstă medie

b. nu a fost dovedit că este o boală contagioasă

c. evoluția de tip epidemic în unele colectivități (războaie) poate fi pusă pe seama unor factori favorizanți

d. pot fi implicați în producere factori psihosomatici: nevrozele anxioase și depressive

e. apare în boli generale cronice cașectizante: sifilis, tumori maligne, rectocolita ulcero-hemoragică

334. Histopatologic, în producerea gingivitei și gingivostomatitei ulcero-necrotice, se pot afirma următoarele: (pg. 242) ABD

a. suprafața epiteliului este distrusă și înlocuită de false membrane

b. în corion se constată o puternică hiperemie activă și un bogat infiltrat inflamator cu polimorfonucleare

c. la nivelul zonelor ulcerate și necrozate, Lisgarten descrie șase zone

d. spirochetele pătrund pe o adâncime de 0,3 mm de la suprafața ulcerațiilor și zonelor de necroză

e. dureri intense la atingerea gingiei

335. În producerea gingivitei și gingivostomatitei ulcero-necrotice, la nivelul zonelor ulcerate și necrozate, LiSTGARTEN descrie patru zone: (pg. 242) CD

a. 1= zona bogată în leucocite conține numeroase neutrofile, printre care se observă variate tipuri de spirochete și bacterii

b. 2= zona bacteriană, cea mai superficială, conține numeroase bacterii diverse, dar puține spirochete

c. 3=zona de necroză conține resturi de celule și fibre de colagen, multe spirochete, cu mai puține bacterii

d. 4=zona de infiltrație spirochetală este bogată în spirochete, fară bacterii

e. 5= zona fără spirochete , în care spirochetele pătrund pe o adâncime de 0,3 mm de la suprafața ulcerațiilor și zonelor de necroză

336. \* Zonele descrise de LISTGARTEN sunt: (pg. 242) A

a. 1=zona bacteriană, cea mai superficială, conține numeroase bacterii diverse, dar puține spirochete

b. 2= zona de necroză conține resturi de celule și fibre de colagen, multe spirochete, cu mai puține bacterii

c. 3= zona de infiltrație spirochetală este bogată în spirochete, fară bacterii

d. 4=zona de infiltrație de neutrofile, este bogată în neutrofile, fară bacterii

e. 6= zona fără spirochete , în care spirochetele pătrund pe o adâncime de 0,3 mm de la suprafața ulcerațiilor și zonelor de necroză

337. Zonele descrise de LISTGARTEN sunt: (pg. 242) ABC

a. 1=zona bacteriană, cea mai superficială, conține numeroase bacterii diverse, dar puține spirochete

b. 2=zona bogată în leucocite conține numeroase neutrofile, printre care se observă variate tipuri de spirochete și bacterii

c. 3=zona de necroză conține resturi de celule și fibre de colagen, multe spirochete, cu mai puține bacterii

d. 5=zona de infiltrație spirochetală este bogată în spirochete, fară bacterii

e. 6= zona fără spirochete , în care spirochetele pătrund pe o adâncime de 0,3 mm de la suprafața ulcerațiilor și zonelor de necroză

338. Simptomatologia subiectivă în gingivostomatita ulcero-necrotică este: (pg. 243) ACE

a. dureri intense la atingerea gingiei

b. gingivoragiile la cele mai mici atingeri sau chiar spontane

c. accentuarea durerilor la contactul cu alimente fierbinți, condimente, masticație

d. aspectul papilelor și marginii gingivale libere este crateriform, crenelat și poate fi delimitat la bază de un lizereu linear eritematos

e. limitarea deschiderii gurii prin trismus

339. Simptomatologia subiectivă în gingivostomatita ulcero-necrotică este: (pg. 243) ADE

a. dureri spontane iradiate în oasele maxilare

b. papilele interdentare prezintă la vârf o ulcerație crateriformă "aspect decapitat"

c. hipersalivație vâscoasă

d. halenă fetidă intensă

e. senzație de gust metalic și alterat

340. Simptomatologia obiectivă în gingivostomatita ulcero-necrotică are următoarele semne patognomonice, cu excepția: (pg. 243) BDE

a. papilele interdentare prezintă la vârf o ulcerație crateriformă "aspect decapitat", care se întinde și la marginea gingivală liberă

b. dureri intense la atingerea gingiei

c. ulceratiile sunt acoperite cu un depozit pseudomembranos de culoare alb-gălbuie până la cenușiu-murdar

d. senzație de gust metalic și alterat

e. gingivoragiile la cele mai mici atingeri sau chiar spontane

341. \*Semnele patognomonice în gingivostomatita ulcero-necrotică sunt: (pg. 243) A

a. aspectul papilelor și marginii gingivale libere este crateriform, crenelat și poate fi delimitat la bază de un lizereu linear eritematos

b. culoarea roșie a porțiunilor gingivale neulcerate

c. dureri intense la atingerea gingiei

d. gingivoragiile la cele mai mici atingeri sau chiar spontane

e. rigiditatea feței

342. Semnul patognomonic în gingivostomatita ulcero-necrotică: (pg. 243) ACDE

a. este reprezentat de aspectul papilelor și marginii gingivale libere

b. se găsește doar la nivelul unui singur dinte

c. este crateriform

d. este crenelat

e. poate fi delimitat la bază de un lizereu linear eritematos

343. Semnele obiective în gingivostomatita ulcero-necrotică sunt: (pg. 243) ABE

a. culoarea roșie a porțiunilor gingivale neulcerate

b. gingivoragiile la cele mai mici atingeri sau chiar spontane

c. adenopatie generală

d. aspectul papilelor și marginii gingivale libere este crateriform, crenelat

e. rigiditatea feței

344. Semnele obiective în gingivostomatita ulcero-necrotică sunt, cu excepția: (pg. 243) AD

a. culoarea roșie a porțiunilor gingivale ulcerate

b. hipersalivație vâscoasă

c. leziuni de tip ulcerativ, necrotic pot apărea în unele cazuri, mai rar, pe mucoasa jugală, a buzelor și mucoasa linguală

d. dureri intense la atingerea gingiei

e. adenopatie regională

345. În gingivita și gingivostomatita ulcero-necrotică, starea generală este alterată astfel: (pg. 243) ABC

a. febră 38,5°-39°C

b. astenie

c. adinamie

d. adenopatie locală

e. rigiditatea feței

346. În gingivita și gingivostomatita ulcero-necrotică, starea generală este alterată astfel: (pg. 243) ADE

a. inapetență

b. leziuni difterice

c. hipersalivație vâscoasă

d. insomnia

e. cefalee

347. În producerea gingivitei și gingivostomatitei ulcero-necrotice, starea generală este alterată astfel apare: (pg. 243) BC

a. stare afebrilă

b. tulburări de tranzit gastrointestinal

c. stare depresivă

d. candidoze acute

e. leziuni de tip ulcerative

348. În gingivostomatita ulcero-necrotică, diagnosticul diferențial se face cu: (pg. 244) ACD

a. gingivostomatita herpetică

b. diabet zaharat

c. gingivostomatita aftoasă

d. gingivite alergice și descuamative

e. leziuni ulcerative

349. În gingivostomatita ulcero-necrotică, diagnosticul pozitiv se pune pe baza: (pg. 244) AB

a. semnelor clinice

b. în special pe semnele patognomonice

c. diagnosticului diferenția

d. semnelor subiective

e. bolilor generale asociate

350. În gingivostomatita ulcero-necrotică, diagnosticul diferențial se face cu: (pg. 244) ABD

a. leziuni difterice

b. sifilis

c. gingivite nealergice

d. tuberculoza

e. leucemie cronică

351. În gingivostomatita ulcero-necrotică, diagnosticul diferențial se face cu, cu excepția: (pg. 244) BD

a. leucemie acută

b. meningită

c. agranulocitoza

d. septicemie

e. candidoze acute

352. În gingivostomatita ulcero-necrotică, despre evoluție și complicații se pot afirma următoarele: (pg. 244) ABD

a. în absenta tratamentului, poate evolua spre forme mai grave cu distrucții parodontale întinse și denudarea rădăcinilor

b. sindromul de alterare a stării generale se accentuează

c. mereu pot apărea complicații mai grave

d. rareori, în absența tratamentului, afecțiunile pot retroceda spontan

e. sub tratament corespunzător, evoluează lent spre reducerea suferințelor acute locale și ameliorarea stării generale

353. În gingivostomatita ulcero-necrotică, despre evoluție și complicații se pot afirma următoarele: (pg. 244) DE

a. sindromul de alterare a stării generale se ameliorează

b. în rare cazuri pot apărea complicații mai grave

c. mereu în absența tratamentului, afecțiunile pot retroceda spontan și rapid

d. sub tratament corespunzător, evoluează rapid spre reducerea suferințelor acute locale și ameliorarea stării generale

e. recidivele după tratament sunt destul de frecvente, mai ales în absența corectării factorilor favorizanți

354. În gingivostomatita ulcero-necrotică, ca și complicații grave se pot afirma următoarele: (pg. 244) ACD

a. stomatita gangrenoasă sau noma

b. gingivostomatita aftoasă

c. abcesul cerebral

d. septicemia

e. pericoronaritele

355. În gingivostomatita ulcero-necrotică, ca și complicații grave se pot afirma următoarele: (pg. 244) BD

a. Tuberculoza

b. Meningita

c. Gingivite alergice și descuamative

d. Septicemia

e. Pericoronaritele

356. \*Pericoronaritele: (pg. 244) E

a. sunt afecțiuni inflamatorii acute, subacute sau cronice

b. sunt la nivelul gingiei și părților moi învecinate unor dinți semiincluși

c. cel mai frecvent apar la nivelul molarul de minte mandibular

d. uneori apar și la nivelul molarului secund mandibular, situat cel mal distal pe arcadă

e. toate afirmațiile sunt adevărate

357. Etiologia pericoronaritelor este microbiană, cu excepția: (pg. 244) DE

a. Streptococci

b. Stafilococi

c. Spirochete

d. Fusobacterium nucleatum

e. Porphyromonas gingivalis

358. Etiologia microbiană a pericoronaritelor cuprinde: (pg. 244) BCE

a. Porphyromonas gingivalis

b. Stafilococi

c. Spirochete

d. Bacili fuziformi: Fusobacterium nucleatum

e. Fuzobacterii

359. Factorii favorizanți ai pericoronaritelor sunt: (pg. 244) ACD

a. persistența unui lambou de mucoasă care acoperă parțial suprafața ocluzală a molarului în curs de erupție sau parțial

b. formarea unui exsudat purulent sub capușonul mucosal

c. malpoziția dentară

d. formarea de pungi parodontale în zona molarului de minte (mandibular)

e. abcese de vecinătate

360. Lamboul de mucoasă care acoperă parțial suprafața ocluzală a molarului în curs de erupție sau parțial inclus: (pg. 244) ABC

a. favorizează acumularea la acel nivel de placă bacteriană

b. reprezintă un factor favorizant în apariția pericoronaritelor

c. favorizează acumularea la acel nivel detritusuri alimentare fermentescibile

d. reprezintă un factor favorizant în apariția gingivostomatita ulcero-necrotică

e. reprezintă cauza apariției pericoronaritelor

361. \*Simptomatologia pericoronaritelor în forma acută este, cu excepția: (pg. 245) D

a. dureri la masticație

b. trismus

c. hipersalivație

d. stare generală nealterată, fără febră

e. adenopatie

362. \*Simptomatologia pericoronaritelor în forma acută, este: (pg. 245) ABC

a. halenă

b. formarea unui exsudat purulent sub capușonul mucozal

c. adenopatie

d. meningită

e. edem laringian

363. Complicațiile pericoronaritelor pot fi: (pg. 245) AB

a. frecvent, gingivostomatita ulcero-necrotică

b. abcese de vecinătate

c. dureri la masticație

d. adenopatie

e. stomatita gangrenoasă sau noma

364. \*Abcese de vecinătate ca complicațiile pericoronaritelor sunt în anumite zone: (pg. 245) E

a. maseter

b. retrofaringia

c. periamigdalian

d. uneori în loja temporală

e. toate afirmațiile sunt adevărate

365. Complicațiile pericoronaritelor pot fi: (pg. 245) ACD

a. edem laringian

b. leziuni de tip ulcerative

c. tromboflebita sinusului cavernos

d. meningita acută

e. dureri spontane iradiate în oasele maxilare

366. Gingivitele neinduse de placă bacteriană specifică sunt: (pg. 245) ACD

a. Gingivita hiperplazică (fibromatoasă) ereditară

b. Gingivita hiperplazică prin antagoniști de calciu

c. Gingivita alergică

d. Gingivita cronică descuamativă

e. Gingivostomatita ulcero-necrotică

367. Gingivitele neinduse de placă bacteriană specifică sunt, cu excepția: (pg. 245) BE

a. Gingivita și gingivostomatita herpetică

b. Gingivita hiperplazică din granulomatoza Wegener

c. Gingivita și gingivostomatita aftoasă recidivantă

d. Gingivita și gingivostomatita micotică

e. Gingivita hiperplazică la ciclosporine

368. \*Gingivita hiperplazică (fibromatoasă) ereditară este cunoscută și sub denumirea de: (pg. 245) E

a. Elefantiazis gingival

b. Macrogingia congenitală

c. Gingivomatoza

d. Fibrom gingival difuz

e. Toate afirmațiile sunt adevărate

369. \*Gingivita hiperplazică (fibromatoasă) ereditară este cunoscută și sub denumirea de: (pg. 245) E

a. Fibromatoza idiopatică

b. Hiperplazie gingivală ereditară

c. Fibromatoza gingivală ereditară

d. Fibromatoza familiară congenitală

e. Toate afirmațiile sunt adevărate

370. Despre gingivita hiperplazică (fibromatoasă) ereditară, următoarele afirmații sunt FALSE: (pg. 245) AE

a. Etiologia este bine cunoscută

b. Transmiterea este ereditară

c. Este întâlnită în scleroza tuberculoasă

d. Este întâlnită în boaIa BOURNEVILLE

e. Se poate produce printr-o reacție alergică

371. Scleroza tuberculoasă (boaIa BOURNEVILLE) este formată din triada: (pg. 245) ACD

a. Angiofibromatoza cutanată

b. Agranulocitoză

c. Epilepsie

d. Oligofrenie

e. Anemie

372. Histopatologic, gingivita hiperplazică (fibromatoasă) ereditară prezintă următoarele: (pg. 245-246) ABC

a. Hiperkeratoza excesivă a epiteliului

b. Acantoliza în stratul spinos

c. Aspect papilomatos al joncțiunii corio-epiteliale

d. Membrana bazală este intactă

e. Un bogat infiltrat plasmocitar în corion, de unde și denumirea de gingivită “cu plasmocite”

373. Histopatologic, gingivita hiperplazică (fibromatoasă) ereditară prezintă următoarele, cu excepția: (pg. 245-246) BCDE

a. Benzi groase de colagen și numeroși fibroblaști în corion

b. Gingia are o consistență fermă, cu volumul mult crescut

c. Vascularizație bogată în corionul gingival

d. Hiperkeratoză și parakeratoză

e. Alterări celulare în stratul spinos și bazal

374. Simptomatologia în gingivita hiperplazică (fibromatoasă) ereditară este: (pg. 246) ADE

a. Hiperplazia afectează papilele interdentare, marginea gingivală liberă și gingia fixă

b. Hiperkeratoza excesivă a epiteliului

c. Acantoliza în stratul spinos

d. Suprafața gingiei este de culoare roz și are aspect particular, granular, de “prundiș”

e. Gingia are o consistență fermă

375. Simptomatologia în gingivita hiperplazică (fibromatoasă) ereditară este: (pg. 246) AD

a. Volumul gingival este mult crescut și poate acoperi aproape în întregime coroanele dinților

b. Gingia are o culoare roșie intensă, care cuprinde papilele interdentare

c. Frecvent apar semne de cheilită și glosită

d. Dinții sunt dislocați din poziția normală ca “alicele împușcate”

e. Apar alterări celulare în stratul spinos și bazal

376. Despre gingivita alergică, următoarele afirmații sunt FALSE: (pg. 246) ABCD

a. Se poate produce printr-o reacție alergică la unele componente din substanțele anestezice

b. Transmiterea este ereditară

c. Este întâlnită în scleroza tuberculoasă

d. Este întâlnită în boaIa BOURNEVILLE

e. Întreruperea folosirii produselor implicate și dispariția leziunilor confirmă rolul lor allergic în producerea gingivitei

377. Gingivita alergică se poate produce printr-o reacție alergică la unele componente din: (pg. 246) ABCD

a. Guma de mestecat: extractul de Sapota Zapotilla

b. Pastele de dinți

c. Ape de gură

d. Dentifrice

e. Substanțele anestezice

378. Histopatologia în gingivita alergică cuprinde: (pg. 246) ADE

a. Hiperkeratoza și parakeratoza

b. Acantoliza în stratul spinos

c. Aspect papilomatos al joncțiunii corio-epiteliale

d. Alterări celulare în stratul spinos și bazal

e. Membrana bazală intactă

379. Histopatologia în gingivita alergică cuprinde: (pg. 246) AD

a. Un bogat infiltrat plasmocitar în corion, de unde și denumirea de gingivită “cu plasmocite”

b. Gingia are o culoare roșie intensă, care cuprinde papilele interdentare, marginea gingivală liberă și gingia fixă

c. Volumul gingival este crescut, tumefacția gingivală are un aspect ușor granular

d. Membrana bazală intactă

e. Vascularizație redusă în corionul gingival

380. Simptomatologia în gingivita alergică cuprinde: (pg. 246-247) DE

a. Inițial, gingia prezintă un eritem difuz nedureros

b. Apar dureri la variații termice, condimente, inhalarea de aer, senzații de arsură

c. Suprafața gingiei este netedă, lucioasă, apoi prezintă mici depresiuni

d. Gingia are o culoare roșie intensă, care cuprinde papilele interdentare, marginea gingivală liberă și gingia fixă

e. Gingia dispare brusc la nivelul joncțiunii muco-gingivale

381. Simptomatologia în gingivita alergică cuprinde: (pg. 247) ABDE

a. Consistența gingiei este redusă, moale, friabilă

b. Volumul gingival este crescut, tumefacția gingivală având un aspect ușor granular

c. Apar manifestări bucale din diskeratoze sau dermatoze: lichen plan, pemfigus vulgar

d. Gingia sângerează cu ușurință la atingere și masticație

e. Frecvent apar semne de cheilită și glosită

382. \*Gingivitele descuamative sunt gingivite cu manifestări bucale în diskeratoze sau dermatoze din: (pg. 247) E

a. Lichen plan

b. Pemfigus vulgar

c. Pemfigoidul benign al mucoaselor

d. Lupus eritematos

e. Toate afirmațiile sunt adevărate

383. Gingivitele descuamative sunt gingivite cu manifestări bucale în diskeratoze sau dermatoze din: (pg. 247) ABC

a. Eritemul multiform

b. Psoriasis

c. Sclerodermie

d. Leucemii

e. Toate afirmațiile sunt adevărate

384. În gingivitele descuamative, următoarele afirmații sunt adevărate: (pg. 247) ABC

a. Apar manifestări gingivale cu zone de atrofie epiteliului

b. Keratina este slab reprezentată sau Iipsește

c. Apar mai frecvent la femei înainte sau după instalarea menopauzei

d. Se poate produce printr-o reacție alergică la unele componente din substanțele anestezice

e. Transmiterea este ereditară

385. În gingivitele descuamative, următoarele afirmații sunt adevărate: (pg. 247) BCD

a. Este întâlnită în scleroza tuberculoasă

b. Pot apărea pe un teren modificat prin tulburări neurovegetative, nevrotice depresive, anxioase

c. Pot apărea după histerectomii

d. Poate însoți o maladie buloasă ca: pemfigusul vulgar, pemfigoidul mucos benign

e. Boala are o evoluție în pusee, de intensitate din ce în ce mai redusă și se vindecă total după două săptămâni

386. Gingivitele de tip descuamativ se întâlnesc: (pg. 248) ABC

a. În infecții cronice: sifilis, tuberculoză

b. După administrarea de: citostatice

c. În maladii buloase ca: pemfigusul vulgar, pemfigoidul mucos benign

d. În leucemii

e. În granulomatoza Wegener

387. \*Gingivitele de tip descuamativ se întâlnesc după administrarea de: (pg. 248) E

a. Aminofenazonă

b. Barbiturice

c. Salicilați

d. Săruri de bismut

e. Toate afirmațiile sunt adevărate

388. \*Gingivitele de tip descuamativ se întâlnesc după administrarea de, cu excepția: (pg. 248) E

a. Antimalarice

b. Sulfamide

c. Antibiotice

d. Fenolftaleina (din laxative)

e. Antialergice

389. Gingivitele de tip descuamativ se întâlnesc după administrarea de, cu excepția: (pg. 248) DE

a. Ioduri

b. Bromuri

c. Săruri de aur

d. Săruri de argint

e. Toate afirmațiile sunt adevărate

390. Leziunea de bază în gingivitele descuamative este: (pg. 248) AC

a. Vezicula cu dimensiuni mici, până la 5 mm diametru

b. Microlamboul detașabil

c. Bula cu dimensiuni de câțiva centimetri

d. Disjuncția între epiteliu și corion

e. Atrofia epitelială zonală

391. \*Gingivita cronică descuamativă: (pg. 248) A

a. Nu are în etiologie o formă microbiană specifică

b. Prezintă frecvent semne de cheilită și glosită

c. Cuprinde dinții dislocați din poziția normală ca “alicele împușcate”

d. Reprezintă o entitate clinică propriu-zisă

e. Are ca leziune de bază bula cu dimensiuni mici, până la 5 mm diametru

392. Simptomatologia în gingivita cronică descuamativă este: (pg. 248) CDE

a. Consistența gingiei este redusă, moale, friabilă

b. Volumul gingival este crescut, tumefacția gingivală are un aspect ușor granular

c. Inițial, gingia prezintă un eritem difuz nedureros

d. Apar dureri la variații termice, condimente, inhalarea de aer, senzații de arsură

e. Suprafața gingiei este netedă, lucioasă, cu mici depresiuni

393. \*Gingia din gingivita cronică descuamativă se descuamează parcelar: (pg. 248) E

a. În urma periajului

b. La presiune digitală

c. La simpla ștergere cu o compresă

d. În cursul masticației

e. Toate afirmațiile sunt adevărate

394. În formele erozive de tip bulos, zonele descuamate au următoarele caracteristici: (pg. 248) ABD

a. Sunt de culoare roșu intens

b. Au marginile zdrențuite, cu microlambouri detașabile mobile

c. Au ca leziune de bază “afta”

d. Sunt dureroase la atingere

e. Trec de la sine în două săptămâni

395. Histopatologic, în gingivita cronică descuamativă se remarcă următoarele leziuni: (pg. 249) BD

a. Afta

b. De tip bulos

c. De tip ulcero-necrotic

d. De tip lichenoid

e. De tip alergic

396. Leziunile de tip lichenoid din gingivita cronică descuamativă prezintă următoarele aspecte: (pg. 249) ABDE

a. Epiteliu cu vacuolizări în stratul, bazal

b. Paracheratoza

c. Infiltrat inflamator bogat în corion

d. Disjuncții între epiteliu și corion

e. Atrofie epiteliala zonală

397. Leziunile de tip bulos din gingivita cronică descuamativă prezintă următoarele aspecte, cu excepția: (pg. 249) AE

a. Disjuncție între epiteliu-corion cu formarea unor bule subepiteliale

b. Epiteliu cu vacuolizări în stratul, bazal

c. Paracheratoza

d. Atrofie epiteliala zonală

e. Infiltrat inflamator bogat în corion

398. Manifestările gingivale în lichenul plan sunt leziuni de culoare albă-sidefie, cu următoarele aspecte: (pg. 249) ABCD

a. Sunt hiperkeratozice (diskeratozice) de tip reticular sau dendritic (ca nervurile frunzei de ferigă)

b. Au formă de papule izolate

c. Au formă de placard

d. Sunt vezicule și bule care se sparg și lasă în umă ulcerații cu margini zdrențuite, mobile

e. Apar și pe alte mucoase: conjunctivală, nazală, orală, vaginală, rectală și uretrală

399. Manifestările gingivale în lichenul plan sunt leziuni de culoare albă-sidefie, cu următoarele aspecte: (pg. 249) ABE

a. Sunt eroziuni și ulcerații care pot sângera ușor la periaj și masticație

b. Apare atrofia epiteliului gingival cu leziuni erozive

c. Există acantoliză în stratul spinos

d. Apare veziculație întins intraepitelială, cu formarea de vezicule și bule

e. Apare atrofia papilelor filiforme și fungiforme ale limbii

400. Lichenul plan este: (pg. 249) AC

a. Boală autoimună

b. Afecțiune veziculo-buloasă

c. Afecțiune papuloasă a pielii și mucoaselor

d. Cu predispoziție genetică

e. Cu debutul la nivelul mucoasei bucale

401. Pemfigusul este: (pg. 249) ABDE

a. Boală autoimună

b. Afecțiune veziculo-buloasă

c. Afecțiune papuloasă a pielii și mucoaselor

d. Cu predispoziție genetică

e. Cu debutul la nivelul mucoasei bucale

402. Manifestările histopatologice gingivale în pemfigus sunt: (pg. 249) ACDE

a. Acantoliză în stratul spinos

b. Eroziuni și ulcerații care pot sângera ușor la periaj și masticație

c. Veziculație întins intraepitelială, cu formarea de vezicule și bule

d. Infiltrat inflamator cu polimorfonucleare în corion, în zonele de ulcerație

e. Disjuncție epiteliu-corion

403. În pemfigoldul mucos benign: (pg. 250) BCE

a. Pielea este grav afectată

b. Leziunile apar pe mucoase: conjunctivală, nazală, orală, vaginală, rectală și uretrală

c. La nivelul gingiei se instalează o gingivită descuamativă și erozivă

d. La nivelul buzelor, indurația pielii conduce la microstomie și dificultăți de alimentare și vorbire

e. Apar leziunile oculare, conjunctivale și ale corneei ce pot duce la orbire

404. În sclerodermie: (pg. 250) ABE

a. Se produce o indurație a pielii la diverse niveluri: membre, articulații

b. La nivelul buzelor, indurația pielii conduce la microstomie și dificultăți de alimentare și vorbire

c. Apar leziunile oculare, conjunctivale și ale corneei ce pot duce la orbire

d. Leziunile apar pe mucoase: conjunctivală, nazală, orală, vaginală, rectală și uretrală

e. Mucoasa gingivală și a Iimbii sunt îndurate și dureroase

405. Gingivita și gingivostomatita herpetică: (pg. 250) BD

a. Leziunea elementară este “afta

b. Este o afecțiune contagioasă produsă de virusul herpetic, cu proprietăți dermotrope și neurotrope

c. Apare mai frecvent la adulți

d. Are o evoluție mai gravă decât în cazul erupției herpetice în zonele de tranziție cutaneo-mucoasă

e. Are ca factori favorizanți afecțiuni gastrointestinale, hipertiroidismul

406. Gingivita și gingivostomatita herpetică: (pg. 250) CD

a. Apar frecvent semne de cheilită și glosită

b. Boala are o evoluție în pusee, de intensitate din ce în ce mai redusă și se vindecă total după două săptămâni

c. Are o perioadă scurtă de incubație, de 48-72 ore

d. Debutează brusc prin apariția de vezicule solitare sau grupate pe diverse regiuni ale cavității bucale și uneori pe piele

e. Leziunea inițială este o veziculă cu durată scurtă de viață (câteva ore) pe mucoasa bucală

407. Histopatologic, gingivita și gingivostomatita herpetică prezintă următoarele caracteristici: (pg. 250) AC

a. Apariția veziculelor ca și consecința unei necroze de lichefacție, prin veziculație intraepitelială

b. Acantoliză în stratul spinos

c. Veziculele conțin un Iichid dar cu celule degenerate și viruși herpetici

d. Veziculație întins intraepitelială, cu formarea de vezicule și bule

e. Infiltrat inflamator cu polimorfonucleare în corion, în zonele de ulcerație

408. Topografic, veziculele din gingivita și gingivostomatita herpetică apar pe mucoasa: (pg. 250) ABCD

a. Buzelor

b. Jugală

c. Limbii

d. Vălului palatin

e. Conjunctivală

409. Topografic, veziculele din gingivita și gingivostomatita herpetică apar pe mucoasa: (pg. 250) BC

a. Mucoasa nazală

b. Gingie

c. Mucoasa Istmului faringian

d. Osul alveolar

e. Epiteliul din sulcusul gingival

410. Veziculele din gingivita și gingivostomatita herpetică au următoarele caracteristici: (pg. 250) ABC

a. Apar la limita cutaneo-mucoasă, pe buze

b. Sunt în număr variabil, grupate în buchet

c. Se sparg după câteva zile, urmând o ulcerație confluentă, mărginită de un contur policiclic

d. Au ca leziune elementară “afta”

e. Ulcerația ce rezultă în urma spagerii veziculelor, se acoperă de cruste și nu se poate suprainfecta

411. Ulcerațiile superficiale într-o gingivită herpetică, au următoarele caracteristici: (pg. 250) ADE

a. Au culoarea galben-gri

b. Dispar de la sine în cateva zile

c. Pot afecta osul alveolar în scurt timp

d. Sunt înconjurate de un halou roșu, inflamator

e. Se pot suprainfecta, devenind dureroase

412. În gingivita și gingivostomatita herpetică, bolnavii prezintă: (pg. 250) ABCD

a. Halenă

b. Dificultăți de masticație

c. Adenopatie loco-regională

d. Starea generală alterată, cu febră, curbatură, cefalee

e. Hipersalivație

413. Evoluția în gingivita și gingivostomatita herpetică: (pg. 251) ACDE

a. Este în pusee

b. Are intensitate din ce în ce mai mare

c. Se vindecă total după două săptămâni

d. Determină după prima infecție cu virusul herpetic, instalarea unei imunități umorale și celulare

e. Este agravată în traumatisme, extracții dentare

414. Despre virusul herpetic, următoarele afirmații sunt adevărate: (pg. 251) ABE

a. Poate supraviețui la nivelul ganglionilor nervoși (ganglionul lui GASSER)

b. Poate recidiva

c. În timp se instalează o imunitate foarte slabă

d. La vârstnici herpesul apare cel mai des

e. Contagiozitatea se face prin picături de salivă sau prin contact cu materiale sau suprafețe contaminate

415. Virusul poate descinde pe căi nervoase în condiții favorizante prin: (pg. 251) ABCD

a. Expunere la soare (herpesul catamenial)

b. Ciclul menstrual (herpesul actinic)

c. Traumatisme

d. Extracții dentare

e. Vârstă înaintată

416. Virusul poate descinde pe căi nervoase în condiții favorizante prin: (pg. 251) ACDE

a. Vaccinări

b. Leucemii

c. Afecțiuni generale gastrointestinale

d. Gripă

e. Hepatita epidemică

417. Herpangina: (pg. 251) BCD

a. Este o afecțiune care apare la adulți și este mai rară la copii, în special vara

b. Prezintă leziuni eritematoase, veziculoase și ulcerații

c. Apare la nivelul valului palatin și a mucoasei istmului faringian

d. Se poate însoți și de infecții cutanate produse de același factor cauzal: virusul Coxsackie de grup A sau B sau de ecoviruși

e. Are ca leziunea elementară “afta”, care reprezintă una din cele mai frecvente manifestări patologice la nivelul mucoasei cavității bucale

418. Gingivita și gingivostomatita aftoasă recidivantă: (pg. 251) ADE

a. Apare mai frecvent la adulți și este mai rară la copii

b. Se poate însoți și de infecții cutanate produse de același factor cauzal: virusul Coxsackie de grup A sau B sau de ecoviruși

c. Apare în special vara

d. Etiologia bolii este necunoscută

e. Are în apariția sa implicate mecanisme imunopatologice

419. Factorii favorizanți locali în gingivita și gingivostomatita aftoasă recidivantă sunt: (pg. 251) ABC

a. Dulciuri cu alune

b. Miere

c. Ciocolata

d. Sarcina

e. Menstruația

420. \*Factorii favorizanți locali în gingivita și gingivostomatita aftoasă recidivantă sunt, cu excepția: (pg. 251) C

a. Condimente

b. Fumatul excesiv

c. Hipertiroidismul

d. Erupția dentară

e. Schimbarea periei de dinți

421. Factorii favorizanți generali în gingivita și gingivostomatita aftoasă recidivantă sunt: (pg. 251) DE

a. Dulciuri cu alune

b. Miere

c. Ciocolata

d. Viroze

e. Afecțiuni gastrointestinale

422. Factorii favorizanți generali în gingivita și gingivostomatita aftoasă recidivantă sunt: (pg. 251) ABDE

a. Hipertiroidismul

b. Sarcina

c. Schimbarea periei de dinți

d. Menstruația

e. Stresul

423. Despre gingivita și gingivostomatita aftoasă recidivantă, următoarele afirmații sunt adevărate: (pg. 251-252) AC

a. Leziunea elementară este "afta"

b. Cauza acestei îmbolnăviri este Candida albicans

c. Leziunea inițială este o veziculă cu durată scurtă de viață (câteva ore) pe mucoasa bucală

d. Diagnosticul pozitiv se face pe baza examenului micologic

e. Este însoțită de infecții micotice și onicomicoză

424. Despre afta din gingivita aftoasă recidivantă, următoarele afirmații sunt adevărate: (pg. 252) ABC

a. Reprezintă una din cele mai frecvente manifestări patologice la nivelul mucoasei cavității bucale

b. Este considerată leziunea elementară din gingivita și gingivostomatita aftoasă recidivantă

c. Asocierea de afte bucale cu afte apărute în regiunea genitală, reprezintă aftoză bipolară

d. Vindecarea aftelor mari se face în 7-10 zile, fără cicatrice

e. Poate avea dimenstiuni mici, de 1-3 cm în diametru

425. Afta din gingivita aftoasă recidivantă poate să apară pe mucoasa: (pg. 252) ABDE

a. Gingivală

b. Labială

c. Nazală

d. Jugală

e. Linguală

426. Afta din gingivita aftoasă recidivantă: (pg. 252) ABC

a. Apare la nivelul frenului lingual

b. Poate fi într-un singur loc

c. Poate fi generalizată

d. Apare pe mucoasa conjunctivală

e. Nu are dimensiuni variate

427. Aftele mici din gingivita aftoasă recidivantă: (pg. 252) ABE

a. Au dimensiuni de la 0,2-1 cm în diametru

b. Forma poate fi rotundă sau alungită

c. Au contur neregulat

d. Persistă timp de câteva săptămâni

e. Vindecarea se face în 7-10 zile, fără cicatrice

428. Aftele mari din gingivita aftoasă recidivantă: (pg. 252) BCD

a. Apar pe mucoasa conjunctivală

b. Au dimensiuni de 1-3 cm în diametru

c. Au contur neregulat

d. Persistă timp de câteva săptămâni, fiind urmate de cicatrice

e. Forma poate fi rotundă sau alungită

429. Ulcerația din gingivita aftoasă recidivantă: (pg. 252) AB

a. Are o culoare alb-gălbuie

b. Prezintă margini netede bine conturate, înconjurate de un halou eritematos

c. Are forma rotundă sau alungită

d. Are dimensiuni de 1-3 cm în diametru

e. Se vindecă în 7-10 zile, fără cicatrice

430. În gingivita și gingivostomatita aftoasă recidivantă, bolnavii prezintă: (pg. 252) ABDE

a. Afte foarte dureroase la masticație și deglutiție

b. Trismus

c. Halenă

d. Hipersalivație

e. Adenopatia loco-regională

431. \*În gingivita și gingivostomatita aftoasă recidivantă: (pg. 252) A

a. Recidive ce apar după perioade variabile de timp, de la câteva zile la câțiva ani

b. Diagnosticul pozitiv se pune doar pe aspectul clinic

c. Diagnosticul diferențial se face cu gingivostomatita ulcero-necrotică

d. Apare mereu și boala BEHCET

e. Toate afirmațiile sunt adevărate

432. În gingivita aftoasă recidivantă, bolnavii au starea generală alterată, cu: (pg. 252) ABCD

a. Ușoară febră

b. Curbatură

c. Inapetență

d. Insomnie

e. Stări de depresie

433. Diagnosticul pozitiv în gingivita aftoasă recidivantă se pune pe baza: (pg. 252) ADE

a. Aspectului clinic

b. Stării generale alterate

c. Trismus

d. Durerilor intense

e. Testului terapeutic: albirea ulcerației aftoase în contact cu soluția de nitrat de argint 30%

434. Diagnosticul diferențial în gingivita aftoasă recidivantă se face cu gingivostomatita herpetică, care: (pg. 252) ABC

a. Apare mai frecvent la copii

b. Este mai puțin dureroasă

c. Se însoțește și de leziuni herpetice cu localizare caracteristică în zonele cutaneo-mucoase

d. Prezintă testul terapeutic pozitiv: albirea ulcerației aftoase în contact cu soluția de nitrat de argint 30%

e. Se însoțește de starea generală alterată

435. În boala BEHCET se întâlnesc: (pg. 252) AD

a. Afte bucale și genitale

b. Trismus

c. Halenă

d. Iridociclită

e. Hipersalivație

436. În boala BEHCET se întâlnesc leziuni: (pg. 252) ABCD

a. Oculare conjunctivale

b. Cutanate nodulare

c. Vasculare: tromboflebite

d. Articulare: artrite

e. Musculare

437. \*Gingivita și gingivostomatita micotică: (pg. 252) A

a. Este cauzată de Candida albicans

b. Are recidive ce apar după perioade variabile de timp,de la câteva zile la câțiva ani

c. Diagnosticul diferențial se face cu gingivostomatita ulcero-necrotică

d. Apare mereu și boala BEHCET

e. Toate afirmațiile sunt adevărate

438. \*Condițiile favorizante ale transformării Candidei albicans dintr-un microorganism nepatogen într-unul agresiv, distructiv sunt: (pg. 252-253) E

a. Consumul excesiv de antibiotice (penicilina și tetraciclina) în doze mari, timp de săptămâni și luni de zile

b. Unele boli metabolice: diabetul

c. Sarcina și utilizarea contraceptivelor, care pot favoriza apariția unei duble candidoze, "de tip bipolar": bucală și vaginală

d. Scăderea rezistenței organismului în urma tratamentului unor tumori maligne cu citostatice și doze mari de radiații

e. Toate afirmațiile sunt adevărate

439. Condițiile favorizante ale transformării Candidei albicans dintr-un microorganism nepatogen într-unul agresiv, distructiv, sunt: (pg. 25-253) AC

a. La pacienții care au primit o medicație imunosupresivă

b. Consumul excesiv de alcool

c. Pacienții cu SIDA, la care pot apărea micoze acute prelungite și rebele la tratament

d. Scăderea rezistenței organismului în urma tratamentului unor tumori benigne cu citostatice și doze mari de radiații

e. Pacienții epileptici

440. Bolile endocrine ce pot favoriza transformarea Candidei albicans dintr-un microorganism nepatogen într-unul agresiv, distructiv, sunt: (pg. 253) AB

a. Hipotiroidismul

b. Insuficiență adrenocorticosuprarenaliana: boala ADDISON

c. Acromegalia

d. Hipertiroidismul

e. Boala Cushing

441. Despre administrarea de antibiotice, următoarele afirmații sunt adevărate: (pg. 253) ABE

a. Pot produce candidoze bucale este în doze mici, de 0,250-0,500 g/zi

b. Tetraciclina se concentrează în lichidul șanțului gingival de două-trei ori mai mult ca în sânge

c. Penicilina are efecte benefice în tratamentul unor gingivite și parodontite marginale

d. Determină scăderea rezistenței organismului

e. Favorizează transformarea Candidei albicans dintr-un microorganism nepatogen, într-unul distructiv pentru epiteliul și corionul gingival

442. Semnele subiective în candidoza de la nivelul gingiei și mucoasei bucale sunt, cu excepția: (pg. 253) BE

a. Senzații dureroase la atingere, masticație, contactul cu condimente, alimente cu pH acid

b. La copii, leziunile candidozice au aspectul unor depozite de culoare alb-crem

c. Fisuri dureroase ale comisurilor bucale

d. Dificultatea de a purta protezele mobile

e. Atrofia papilelor filiforme ale limbii, care are un aspect neted, lucios

443. \*Semnele obiective la copii în candidoza de la nivelul gingiei și mucoasei bucale sunt: (pg. 253) A

a. Leziuni candidozice cu aspectul unor depozite de culoare alb-crem

b. Mucoasa bucală prezintă zone de eritem

c. Hiperkeratoza epiteliului gingival, lingual, jugal și palatinal, cu apariția de plăci albe, aderente

d. Aspectul de tip pseudomembranos, cu plăci albe de tip lapte închegat, pe fond de eritem și ulcerații mucozale

e. Toate afirmațiile sunt adevărate

444. \*Caracteristicile leziunilor candidozice la copii sunt: (pg. 253) E

a. Au culoare alb-crem

b. Imită laptele prins, coagulat

c. La început sunt izolate, apoi confluente pe un fond eritematos, generalizat

d. Depozitele miceliene sunt aderente și se desprind numai la o raclare energică, lăsând în urma punctele sângerânde

e. Toate afirmațiile sunt adevărate

445. Leziunile candidozice la copii sunt dispuse pe: (pg. 253) ABDE

a. Mucoasa feței dorsale a limbii

b. Marginile limbii

c. Comisurile bucale

d. Mucoasa jugală

e. Mucoasa palatinală

446. \*Leziunile candidozice la copii sunt dispuse pe: (pg. 253) A

a. Mucoasa feței ventrale a limbii

b. Gingie

c. Comisurile bucale

d. Istmul faringian

e. Toate afirmațiile sunt adevărate

447. La adulți, leziunile candidozice îmbracă forme clinice variate: (pg. 253) CDE

a. Acantoliză în stratul spinos

b. Eroziuni și ulcerații care pot sângera ușor la periaj și masticație

c. Atrofia papilelor filiforme ale limbii, care are un aspect neted, lucios

d. Mucoasa bucală prezintă zone de eritem

e. Hiperkeratoza epiteliului gingival, lingual, jugal și palatinal, cu apariția de plăci albe, aderente

448. La adulți, leziunile candidozice îmbracă forme clinice variate: (pg. 253) ABC

a. Aspectul de tip pseudomembranos, cu plăci albe de tip lapte închegat, pe fond de eritem și ulcerații mucozale

b. Fisuri și ulcerații ale comisurii buzelor cu exsudat seros și suprainfectări urmate de cruste

c. Uneori xerostomie

d. Veziculație întins intraepitelială, cu formarea de vezicule și bule

e. Disjuncție epiteliu-corion

449. \*Diagnosticul pozitiv în gingivita și gingivostomatita micotică se face pe baza: (pg. 254) E

a. Semnelor clinice în mod cert

b. Examenului micologic, în mod orientativ

c. Examenului radiologic

d. Testului terapeutic

e. Toate afirmațiile sunt false

450. Diagnosticul diferențial în gingivita și gingivostomatita micotică se face cu: (pg. 254) BCD

a. Granulomatoza Wegener

b. Leziuni ulcerative ale mucoasei, produse prin iritație mecanică dată de proteze

c. Leucoplazia

d. Lichenul plan

e. Pemfigus benign

451. Formele cronice de candidoză sunt rare și caracterizate prin: (pg. 254) ABE

a. Leziuni granulomatoase ale gingiei

b. Asocierea cu infecții micotice ale pielii

c. Fisuri și ulcerații ale comisurii buzelor cu exsudat seros și suprainfectări urmate de cruste

d. Uneori xerostomie

e. Asocierea cu onicomicoza

452. Legat de parodontitele marginale, următoarele observații generale sunt adevărate: (pg. 254) ACD

a. gingivita și parodontita marginală sunt doua faze succesive în evoluția procesului inflamator

b. datele epidemiologice și clinice au arătat că gingivita este urmată întotdeauna de parodontită

c. chiar în condițiile unei igiene bucale necorespunzatoare gingivita precede întotdeauna apariția parodontitei marginale

d. cuprind mereu afectarea osului alveolar, fie prin demineralizare, fie prin resorbție

e. în fazele finale de gingivită, în corionul gingival predomină fibroblaștii și limfocitele

453. Trecerea de la gingivită la parodontita marginală este însoțită de modificări ale componentelor plăcii bacteriene, astfel proliferează: (pg. 254) CD

a. treponemele

b. speciile de bacili gram-pozitivi, care reprezintă "frontul de înaintare al plăcii"

c. spirochetele

d. speciile de bacili gram-negativi, care reprezintă "frontul de înaintare al plăcii"

e. fibroblaștii

454. Legat de parodontitele marginale, următoarele observații generale sunt adevărate: (pg. 254) AD

a. datele epidemiologice și de observație clinică au arătat ca gingivita nu este urmată întotdeauna de parodontita

b. trecerea de la gingivită la parodontita marginală este însoțită de modificări ale componentelor țesutului gingival

c. în fazele inițiale de gingivita, în corionul gingival predomină fibroblaștii și limfocitele

d. în faze avansate de parodontită marginală cronică scade numărul de plasmocite

e. afectarea osului alveolar prin demineralizare sau distrucție este elementul secundar de diferențiere și de transformare a gingivitei în parodontita marginală

455. Legat de parodontitele marginale, următoarele observații generale sunt adevărate: (pg. 254) DE

a. gingivita și parodontita marginală sunt două faze independente în involuția procesului inflamator

b. în condițiile unei igiene bucale necorespunzatoare gingivita nu precede întotdeauna apariția parodontitei marginale

c. în fazele inițiale de gingivita, în epiteliul gingival predomină fibroblaștii și limfocitele

d. în faze avansate de parodontita marginală cronică crește numărul de plasmocite.

e. afectarea osului alveolar prin demineralizare sau distrucție este elementul esențial de diferențiere și de transformare a gingivitei în parodontita marginală

456. În parodontitele marginale, rolul traumei ocluzale în producerea bolii parodontale este descris astfel: (pg. 255) ABCE

a. nu este dovedit că factorul inflamator afectează în principal, ligamentul periodontal

b. există un binom patologic: inflamație septică- trauma ocluzală

c. rolul prioritar de tip distructiv îl are agresiunea microbiană a cărei instalare este favorizată de traumă ocluzală

d. nu există dovezi care demonstrează legătura dintre trauma ocluzală și influența acesteia asupra producerea bolii parodontale

e. contribuie la lărgirea spațiului dento-alveolar

457. Rolul traumei ocluzale în producerea bolii parodontale este: (pg. 255) AC

a. creează condiții favorabile pentru distrugerea "în sens lateral" a osului prin inflamație septică

b. există dovezi care ne demonstrează legătura dintre trauma ocluzală și influența acesteia asupra producerea bolii parodontale

c. nu este dovedit și confirmat că trauma ocluzală afectează în principal osul alveolar

d. creează condiții favorabile pentru distrugerea "în sens vertical" a osului prin inflamație septică

e. contribuie la îngustarea spațiului dento-alveolar

458. La copii se descriu două forme de parodontita marginală avansată, cu distrucții osoase și caracter profund, care apar: (pg. 255) AC

a. până la vârsta de 11 ani și mai rar peste aceasta vârstă: parodontita prepubertală

b. imediat după vârsta de 11 ani este parodontita postpubertală

c. între 11 și 19 ani, uneori și mai târziu: parodontita juvenilă sau puberală, ori adolescentină

d. după 19 ani este vorba de parodontita adultului

e. este obligatoriu ca parodontita prepubertală să fie asociată cu boli și tulburări genetice

459. Parodontita prepubertală, apare la dentația temporară și mixtă și este asociată unor boli generale: (pg. 255) AC

a. leucemia

b. din sindromul DOWN

c. neutropenia

d. din sindromul PAPILLON-LEFEVRE

e. din sindromul COHEN

460. Parodontita prepubertală, apare la dentația temporară și mixtă și este asociată asociată cu boli si tulburări genetice: (pg. 255) ACDE

a. sindromul PAPILLON-LEFEVRE

b. leucemia

c. sindromul CHEDIAK-HIGASHI

d. Sindromul DOWN (trisomia 21)

e. Sindromul COHEN

461. \* Parodontita prepubertală, este asociată cu boli si tulburări genetice, cu excepția: (pg. 255) B

a. sindromul deficienței de adeziune leucocitară

b. neutropenia

c. sindromul CROSS-McKUSICK-BREEN

d. sindromul EHLERS-DANLOS

e. sindromul MARFAN

462. Parodontita prepubertală, este asociată cu boli si tulburări genetice, cu excepția: (pg. 255) ACDE

a. boala CROHN

b. neutropenia

c. boala celulelor LANGERHANS (sindromul de histiocitoză)

d. agranulocitoza infantilă genetică

e. neutropenia familială ciclică

463. Parodontita prepubertală, apare la dentația temporară și mixtă și este asociată asociată cu boli si tulburări genetice: (pg. 255) ACD

a. neutropenia familială ciclică

b. neutropenia

c. boala celulelor LANGERHANS (sindromul de histiocitoză)

d. hipofosfatazia

e. leucemia

464. Sindromul PAPILLON-LEFEVRE asociat parodontitei prepubertale este caracterizat prin: (pg. 255) AC

a. hiperkeratoza palmară, plantară și la nivelul genunchilor

b. albinism, tulburări ale fagocitelor, trombocitelor

c. pierderea dinților temporari la vârsta de 5-6 ani și a dinților permanenți deja erupți în jurul vârstei de 15 ani

d. hiperelasticitatea pielii și a articulațiilor, cu creșterea mobilității dentare

e. hipertrofie gingivală, hiperpigmenția pielii, opacifierea corneei și tulburări nervoase de tip spastic

465. Sindromul CHEDIAK-HIGASHI asociat parodontitei prepubertale este însoțit de: (pg. 255) E

a. albinism

b. tulburări ale fagocitelor

c. tulburări ale trombocitelor

d. parodontita marginală profundă rapid distructivă

e. toate afirmațiile sunt adevărate

466. \*Sindromul CHEDIAK-HIGASHI asociat parodontitei prepubertale este caracterizat prin: (pg. 255) B

a. pierderea dinților temporari la vârsta de 5-6 ani și a dinților permanenți deja erupți în jurul vârstei de 15 ani

b. însoțit de tulburări ale fagocitelor, trombocitelor

c. boală congenitală în care, la nivelul parodonțiului marginal, apar pungi adânci

d. o afecțiune genetică în care se produc tulburări în țesutul conjunctiv cu afectarea tuturor tipurilor de colagen (de la tipul I la tipul X)

e. sindrom autozomal recesiv

467. \*Sindromul DOWN (trisomia 21), asociat parodontitei prepubertale este caracterizat prin: (pg. 255) B

a. hiperkeratoza palmară, plantară și la nivelul genunchilor

b. boală congenitală în care, la nivelul parodonțiului marginal, apar pungi adânci

c. însoțit uneori de albinism

d. calcifieri subcutanate

e. pseudotumori subcutanate

468. Despre sindromul EHLERS-DANLOS asociat parodontitei prepubertale următoarele afirmații și semne sunt adevărate: (pg. 255) BCDE

a. opacifierea corneei și tulburări nervoase de tip spastic

b. tulburări în țesutul conjunctiv cu afectarea tuturor tipurilor de colagen (de la tipul I la tipul X)

c. hiperelasticitatea pielii și a articulațiilor, cu creșterea mobilității dentare

d. calcifieri subcutanate

e. defecte oculare

469. Sindromul EHLERS-DANLOS asociat parodontitei prepubertale este caracterizat prin următoarele semne caracteristice: (pg. 255) BCDE

a. la nivelul parodonțiului marginal, apar pungi adânci

b. hiperelasticitatea pielii

c. creșterea mobilității dentare

d. defecte oculare

e. tulburări cardiovasculare

470. Sindromul EHLERS-DANLOS asociat parodontitei prepubertale este caracterizat prin următoarele semne caracteristice: (pg. 255) ABDE

a. tulburări gastrointestinale

b. hiperelasticitatea articulațiilor

c. tulburări în țesutul conjunctiv cu afectarea tuturor tipurilor de colagen (de la tipul I la tipul X)

d. creșterea mobilității dentare

e. defecte oculare

471. \*Ca și etiologie, în producerea parodontitei juvenile sunt considerate patogene următoarele bacterii, cu excepția: (pg. 256) E

a. Aggregatibacter actinomycetemcomitans

b. Capnocytophaga sputigena

c. Mycoplasma

d. spirochete.

e. Fusobacterium nucleatum

472. Despre etiologia parodontitei juvenile sunt adevărate următoarele afirmații: (pg. 256) ABCD

a. există un deficit de chemotactism al polimorfonuclearelor și monocitelor

b. se poate elibera un factor inhibitor al fibroblaștilor și o enzimă colagenolitică

c. ereditatea este unul dintre factorii incriminați

d. contagiozitatea microbiană în cadrul familial poate fi alt factor incriminat

e. cuprinde fenomene agresive și episoade rapid progresive, intercalate pe o evoluție de tip cronic

473. \*Leucotoxina: (pg. 256) E

a. este eliberată de Aggregatibacter actinomycetemcomitans serotip b)

b. inhibă proprietățile fagocitare ale leucocitelor

c. produce un deficit de chemotactism al polimorfonuclearelor și monocitelor

d. este implicată în etiologia parodontitei juvenile

e. toate afirmațiile sunt adevărate

474. Endotoxina eliberată de Aggregatibacter actinomycetemcomitanspoate produce: (pg. 256) ABDE

a. fenomene de hipersensibilitate de tip SHWARTZMAN

b. agregarea trombocitelor

c. ulcerații reduse în adâncime ale epiteliului sulcular

d. activarea complementului

*e.* resorbție osoasă

475. Din punct de vedere histopatologic, despre semnele de inflamație din parodontita juvenilă putem afirma că: (pg. 256) AD

a. sunt de tipul unor ulcerații reduse în adâncime ale epiteliului sulcular

b. apare disjuncție între epiteliu și dinte

c. mobililate dentara patologică

d. apare infiltrat inflamator predominant plasmocitar

e. retracție gingivală

476. Histopatologic, semnele de inflamație din parodontita juvenilă sunt: (pg. 256) BDE

a. migrări patologice ale primilor molari și incisivi

b. apare disjuncție între epiteliu și dinte

c. pungi parodontale adevarate

d. apare infiltrat inflamator predominant plasmocitar

e. distrucțiile de colagen sunt mai reduse ca în parodontita adultului

477. \*Parodontita juvenilă: (pg. 256) E

a. se caracterizează prin lipsa unei inflamații evidente clinic

b. este o boală inflamatorie ocultă

c. este o formă de îmbolnăvire parodontală

d. pare din simptomatologie o “parodontoză”

e. toate afirmațiile sunt adevărate

478. Simptomatologic, principalele semne clinice de îmbolnăvire într-o parodontită juvenilă sunt, cu excepția: (pg. 257) ADE

a. distrucțiile de colagen sunt mai reduse ca în parodontita adultului

b. migrări patologice ale primilor molari și incisive

c. frecvent, incisivii maxilari migrează vestibular și distal, cu formarea diastemei patologice

d. apare infiltrat inflamator predominant plasmocitar

e. formarea de abcese parodontale, în formele inițiale de îmbolnăvire

479. Din punct de vedere simptomatologic, principalele semne clinice de îmbolnăvire într-o parodontită juvenilă sunt: (pg. 257) ABCE

a. mobililate dentară patologică

b. pungi parodontale adevarate

c. retracție gingivală

d. semnele sunt de tipul unor ulcerații reduse în adâncime ale epiteliului sulcular

e. formarea de abcese parodontale, în formele avansate de îmbolnăvire

480. Simptomatologic, principalele semne clinice de îmbolnăvire într-o parodontită juvenilă sunt: (pg. 257) ACE

a. mobililate dentară patologică

b. apare disjuncție între epiteliu și dinte

c. retracție gingivală

d. semnele sunt de tipul unor ulcerații reduse în adâncime ale epiteliului sulcular

e. radiologic se remarcă o resorbție osoasă· verticală, avansată, în special la nivelul molarilor și incisivilor

481. Simptomatologic, în forma localizată dintr-o parodontită juvenilă semnele principalele de îmbolnăvire sunt în zonele: (pg. 257) BDE

a. primii molari și premolari superiori și inferiori;

b. incisivii superiori și inferiori;

c. primii molari și caninii;

d. primii molari, incisivii și dinții imediat vecini

e. în forma generalizată - la toți dinții

482. În forma localizată dintr-o parodontită juvenilă semnele clinice descrise se produc în următoarele zone, cu excepția: (pg. 257) BD

a. primii molari superiori și inferiori

b. doar incisivii superiori, fără cei inferiori

c. primii molari și incisivii

d. primii molari și premolari și dinții antagoniști

e. forma generalizată în care sunt afectați toți dinții nu există

483. Parodontita agresivă, rapid progresivă: (pg. 257) AB

a. reprezintă parodontita marginală cu fenomene agresive

b. are episoade rapid progresive, intercalate pe o evoluție de tip cronic

c. apare mai ales la copii

d. are episoade rapid progresive, intercalate pe o evoluție de tip acut

e. are și o formă localizată

484. În etiologia parodontitei agresive de cauză microbiană sunt implicate următoarele bacterii: (pg. 258) BCE

a. Spirochete

b. Porphyromonas gingivalis

c. Tannerella forsithensia

d. Micromonas micros

e. Eikenela corrodens

485. În etiologia parodontitei agresive de cauză microbiană sunt implicate următoarele bacterii, cu excepția: (pg. 258) BE

a. Aggregatibacter actinomycetemcomitans

b. Specii de stafilococ

c. Prevotella intermedia

d. Fusobacterium nucleatum

e. Specii de Candida

486. \* În etiologia parodontitei agresive de cauză microbiană sunt implicate următoarele bacterii: (pg. 258) BCE

a. Campylobacter rectus.

b. Enterobacteriaceae

c. Micromonas micros;

d. spirochete

e. Specii de stafilococ

487. În patogenia parodontitei agresive au fost încriminate mecanisme ca: (pg. 258) ABDE

a. modificări ale chemotactismului neutrofilelor față de bacterii

b. activarea policlonală a Iimfocitelor B

c. aspect papilomatos pseudotumoral la nivelul joncțiunii epiteliu-corion

d. alterări ale funcțiilor limfocitelor T

e. producerea de autoanticorpi față de colagen

488. În patogenia parodontitei agresive au fost descrise următoarele observații: (pg. 258) ABCE

a. incidența este de 4-8% din totalul formelor de parodontita marginală cronică profundă

b. boala apare cel mai frecvent după vârsta de 20 de ani

c. are un maximum de incidență a episoadelor agresive și de pierdere a unor dinți, în jurul vârstei de 30-35 de ani.

d. din punct de vedere lezional, inflamația afectează epiteliul și corionul gingival

e. pentru a fi "rapid progresivă", se examinează în timp și se evidențiază la câteva săptămâni a unor episoade de evoluție agresivă

489. În patogenia parodontitei agresive au fost descrise următoarele observații: (pg. 258) BDE

a. are un maximum de incidență a episoadelor agresive și de pierdere a unor dinți, în jurul vârstei de 20 de ani

b. pentru a fi "rapid progresivă", trebuie evidențiate la interval de câteva săptămâni semne de inflamație floridă, ale unei parodontite marginale cronice profunde

c. boala apare cel mai frecvent după vârsta de 35 de ani

d. exsudatul purulent din plăgile parodontale este bogat reprezentat

e. incidența este de 4-8%

490. În cursul episoadelor de evoluție agresivă din patogenia parodontitei agresive se evidențiază: (pg. 258) ACDE

a. inflamații gingivale cu caracter acut

b. "restitutio ad integrum"

c. inflamații gingivale cu caracter subacute

d. tumefacții voluminoase ulcerate, sângerânde și suprainfectate

e. exsudat purulent din plăgile parodontale, fiind bogat reprezentat

491. Din punct de vedere terapeutic, în parodontita marginală cronică superficială vindecarea se face: (pg. 258) BCD

a. prin "restitutio ad integrum"

b. cu sechele tisulare

c. cu sechele vasculare

d. cu sechele osoase (deminerălizări)

e. fără sechele

492. Atitudinea preventiv-terapeutică într-o parodontită marginală cronică se face prin mijloace: (pg. 258) ABC

a. de igienizare

b. antimicrobiene

c. în mod particular de biostimulare

d. psihoterapie

e. toate afirmațiile sunt adevărate

493. În patogenia parodontitei agresive au fost descrise următoarele observații: (pg. 258) ACE

a. mobilitatea patologică este accentuată și, uneori, se pot produce avulsii ale unor dinți cu caracter aproape spontan

b. parodontita agresivă este recunoscută ca o entitate clinică de sine statatoare

c. incidența acestei forme de îmbolnăvire este de 4-8%

d. din punct de vedere lezional, inflamația afectează epiteliul și corionul gingival

e. episoadele agresive cu evoluție rapidă pot alterna cu perioade de acalmie în care semnele de inflamație gingivală se reduc, dar pungile parodontale persistă

494. Diferențierea între o gingivita avansată și o parodontita marginală cronică superficială se face astfel: (pg. 259) CE

a. din punct de vedere lezional, în PMCS inflamația afectează epiteliul și corionul gingival

b. din punct de vedere lezional, în PMCS are loc menținerea integrității ligamentelor supraalveolare

c. în PMCS apar primele manifestări de disjuncție între gingie și dinte

d. din punct de vedere terapeutic, în PMCS se poate obține "restitutio ad integrum"

e. în PMCS, în absența unei atitudini terapeutice "de întreținere': pot apărea recidive cu evoluție spre forme avansate, profund distructive

495. Diferențierea între o gingivita avansată și o parodontita marginală cronică superficială se face astfel: (pg. 259) BCE

a. gingivita propriu-zisă este considerată ca o entitate clinică de sine statatoare

b. în PMCS apar leziuni parțial distructive ale unor fibre din sistemul ligamentului supraalveolar

c. în PMCS apar demineralizări ale osului alveolar

d. în PMCS, în prezența unei atitudini terapeutice "de întreținere': pot apărea recidive cu evoluție spre forme avansate, profund distructive

e. din punct de vedere terapeutic, în gingivită se poate obține "restitutio ad integrum"

496. \*Diferențierea între o gingivita avansată și o parodontita marginală cronică superficială se face astfel: (pg. 259) E

a. din punct de vedere lezional, în gingivita cronică propriu-zisă, inflamația afectează epiteliul și corionul gingival

b. în gingivita cronică are loc menținerea integrității ligamentelor supraalveolare

c. sunt argumente pentru recunoașterea parodontitei marginale cronice superficiale ca o entitate clinică de sine statatoare

d. în PMCS apar leziuni parțial distructive ale unor fibre din sistemul ligamentului supraalveolar

e. toate afirmațiile sunt adevărate

497. Cercetările histopatologice de microscopie optică si electronică din PMCS arată unele aspecte semnificative în epiteliu: (pg. 259) BC

a. infiltrat dens limfoplasmocitar

b. alterări distrofice citoplasmatice (vacuolizări, balonizări) și nucleare (picnoza, liza nucleilor)

c. disjuncții intercelulare în stratul spinos: segregație celulară, acantoliza

d. apariția la nivelul microulcerațiilor epiteliului sulcular și joncțional de mici cantități de țesut de granulație

e. alterări ale mitocondriilor, care apar mărite de volum, vacuolizate

498. Cercetările histopatologice de microscopie optică si electronică din PMCS arată unele aspecte semnificative în epiteliu: (pg. 259) ACE

a. proliferare intensă a celulelor din stratul bazal și aspect papilomatos pseudotumoral la nivelul, joncțiunii epiteliu-corion

b. tendința de aglomerare a ribozomilor, începută în stratul bazal

c. hiperkeratoza și parakeratoza în stratul cornos

d. degenerescența filetelor nervoase

e. ulcerații disecante ale epiteliului joncțional, menținute însă deasupra inserției ligamentelor supraalveolare

499. Cercetările histopatologice de microscopie optică si electronică din PMCS arată unele aspecte semnificative în epiteliu, cu excepția: (pg. 259) ABCE

a. apariția la nivelul microulcerațiilor epiteliului sulcular și joncțional de mici cantități de țesut de granulație

b. alterări ale mitocondriilor, care apar mărite de volum, vacuolizate

c. hiperkeratoza și parakeratoza în stratul spinos

d. exulcerații cu păstrarea stratului de celule bazale

**e.** vasodilatație pasivă

500. Cercetările histopatologice de microscopie optică si electronică din PMCS arată unele aspecte semnificative în derm: (pg. 259) ACE

a. infiltrat dens limfoplasmocitar;

b. exulcerații cu păstrarea stratului de celule bazale

c. vasodilatație pasivă

d. ulcerații disecante ale epiteliului joncțional, menținute însă deasupra inserției ligamentelor supraalveolare

e. degenerescența filetelor nervoase

501. Cercetările histopatologice de microscopie optică si electronică din PMCS arată unele aspecte semnificative în epiteliu: (pg. 259) BD

a. distrugeri mitocondriale și nucleare

b. endarterită

c. proliferare intensă a celulelor din stratul bazal și aspect papilomatos pseudotumoral la nivelul, joncțiunii epiteliu-corion

d. apariția la nivelul microulcerațiilor epiteliului sulcular și joncțional de mici cantități de țesut de granulație

e. hiperkeratoza și parakeratoza în stratul cornos

502. Cercetările histopatologice din PMCS la microscopul electronic arată în epiteliu: (pg. 259) ACD

a. alterări ale mitocondriilor, care apar mărite de volum, vacuolizate

b. distrugeri mitocondriale și nucleare

c. tendința de aglomerare a ribozomilor, începută în stratul bazal

d. prezentarea ribozomilor sub formă de grunji, în straturile superficiale

e. exulcerații cu păstrarea stratului de celule bazale

503. Cercetările histopatologice din PMCS la microscopul electronic arată în epiteliu: (pg. 259) AC

a. alterări ale mitocondriilor, care apar mărite de volum, vacuolizate

b. exulcerații cu păstrarea stratului de celule bazale

c. tendința de aglomerare a ribozomilor, începută în stratul bazal

d. creșterea fosfatazei alcaline, ceea ce indică activarea metabolismului glucidic

e. aspect papilomatos pseudotumoral la nivelul, joncțiunii epiteliu-corion

504. \*Cercetările histopatologice din PMCS la microscopul electronic arată în corion: (pg. 259) B

a. creșterea ARN-ulul în stratul germinativ indică tendința reparatorie

b. distrugeri mitocondriale și nucleare

c. vasodilatație pasivă

d. prezentarea ribozomilor sub formă de grunji, în straturile superficiale

e. degenerescența filetelor nervoase

505. În PMCS pot fi descrise următoarele afirmații despre histochimie și histoenzimologie: (pg. 260) ADE

a. creșterea fosfatazei alcaline, ceea ce indică activarea metabolismului glucidic

b. distrugeri mitocondriale și nucleare

c. tendința de aglomerare a ribozomilor, începută în stratul bazal

d. creșterea ARN-ulul în stratul germinativ indică tendința reparatorie

e. scăderea succindehidrogenazei în zonele epiteliale cu ulcerații indică dificultățile de epitelizare

506. \*Subiectiv,semnele clinice din gingivită sunt, cu excepția: (pg. 260) E

a. prurit gingival

b. usturimi gingivale

c. jenă dureroasă gingivală, accentuată de periaj și masticație

d. sângerări frecvente ale gingiei la atingeri ușoare și la sucțiunea gingiei

e. sângerare la atingeri ușoare cu sonda

507. \*Semnul patognomonic al PMCS care o diferențiază de gingivită este: (pg. 260) B

a. radiologic*,* se remarcă semnul caracteristic al suferinței osoase: demineralizarea (halistereza)

b. senzația de egresiune a unui dinte sau a unui grup de dinți, însoțită de o durere periradiculară și interradiculară

c. sângerare la atingeri ușoare cu sonda

d. sângerări frecvente ale gingiei la atingeri ușoare și la sucțiunea gingiei

e. semne de inflamație gingivală

508. Durerea din semnul patognomonic al PMCS are următoarele caractere: (pg. 260) B

a. durerea este generalizată

b. apare mai frecvent dimineața

c. dispare după câteva mișcări de masticație

d. este rezultatul unei vasodilatații în teritoriul desmodontal și al osului alveolar

e. oprită prin influența sistemului nervos vegetativ parasimpatic care acționează predominant în cursul noptii

509. Durerea din semnul patognomonic al PMCS are următoarele caractere: (pg. 260) ABC

a. Este accentuată prin influența sistemului nervos vegetativ parasimpatic și care acționează predominant în cursul noptii

b. Are intensitatea medie, suportabilă, uneori discrete

c. Este ușor dureroasă senzația de egresiune care apare matinal în intercuspidare maximă și poate apărea în cursul zilei în relație centrică

d. sângerare la atingeri ușoare cu sonda

e. este rezultatul unei vasoconstricții în teritoriul desmodontal și al osului alveolar

510. Semnul patognomonic al PMCS este senzația de egresiune ușor dureroasă care apare: (pg. 260) AB

a. matinal în intercuspidare maximă

b. în cursul zilei în relație centrică

c. matinal în relație centrică

d. în cursul zilei în intercuspidare maximă

e. în cursul nopții cel mai frecvent

511. Semnele clinice obiective într-o PMCS sunt: (pg. 260) BCD

a. senzația de egresiune ușor dureroasă care apare matinal în intercuspidare maximă

b. sângerare la atingeri ușoare cu sonda

c. semne de inflamație gingivală

d. radiologic*,* se remarcă: demineralizarea (halistereza) care se prezintă sub forma unei radiotransparențe cu localizare diferită

e. sângerări frecvente ale gingiei la atingeri ușoare și la sucțiunea gingiei

512. Radiologic*,* semnul caracteristic al suferinței osoase din PMCS este: (pg. 260) AB

a. demineralizarea (halistereza)

b. sub forma unei radiotransparențe cu localizare diferită

c. sub forma unei radioopacități cu localizare precisă

d. mineralizarea excesivă

e. toate afirmațiile sunt adevărate

513. Semnele clinice obiective de inflamație gingivală sunt:: (pg. 261) ABD

a. culoare roșie-violacee, de stază a papilelor gingivale, a marginii gingivale libere și pe alocuri a gingiei fixe

b. gingia fixă are un aspect destins, lucios, lipsit de desenul de "gravură punctată"

c. tumefacție, cu prezența a numeroase pungi adevărate

d. papila gingivală tumefiată de aspect uneori filiform, "prelins" interdentar spre marginea incizală sau suprafața ocluzală

e. mereu papila este desprinsă de dinte

514. Semnele clinice obiective de inflamație gingivală sunt: (pg. 261) ACD

a. tumefacție, cu prezența a numeroase pungi false

b. senzația de egresiune ușor dureroasă

c. uneori papila poate fi desprinsă de dinte

d. papila gingivală are uneori un aspect lobulat, cu un șanț discret la baza

e. sângerări frecvente ale gingiei la atingeri ușoare și la sucțiunea gingiei

515. \*În PMCS papila gingivală are un aspect lobulat și următoarele caracteristici: (pg. 261) E

a. Are un șanț discret la baza, care o delimitează de gingia fixă de culoare mai deschisă

b. Are o porțiunea superioară de tip mamelonat ce exprimă staza vasculară

c. Apare excluderea funcțională a papilei în porțiunea superioară

d. În portiunea subiacentă are o reactivitate vasculară mai bună și recuperabilă prin tratament antimicrobian

e. toate afirmațiile sunt adevărate

516. Semnele clinice obiective de inflamație gingivală sunt:, cu excepția: (pg. 261) BDE

a. marginea gingivală liberă este întreruptă pe alocuri de fisuri acoperite de un exsudat sero-fibrinos sau chiar purulent

b. jenă dureroasă gingivală, accentuată de periaj și masticație

c. ușoară mobilitate dentară, de gradul I, prin edem inflamator în desmodonțiu

d. mereu, hiperplazie gingivală

e. retracție gingivală doar în prezența unor pungi adevarate

517. Obiectiv,semnele clinice de inflamație gingivală sunt: (pg. 261) DE

a. sângerare la atingeri ușoare cu sonda

b. sângerări frecvente ale gingiei la atingeri ușoare și la sucțiunea gingiei

c. mobilitate dentară accentuată, de gradul III, prin edem inflamator în desmodonțiu

d. uneori, hiperplazie gingivală

e. uneori, retracție gingivală în absența unor pungi adevarate

518. Radiologic, în PMCS se remarcă demineralizarea (halistereza) care este sub forma unei radiotransparențe cu localizare diferită: (pg. 261-262) ADE

a. halistereza marginalăla nivelul vârfului (Iimbusului) septului alveolar (interdentar sau interradicular)

b. craterul (defectul) septal aproximal

c. resorbția crenelată, inegală de la un dinte la altul

d. halistereza axială în lungul septului alveolar, central axial în mod întrerupt

e. în aproape totalitatea septului alveolar și parcelar la nivelul corticalei interne (lamina dura), ceea ce indică un stadiu avansat de suferință osoasă

519. Halistereza marginală din PMCS are următoarele caracteristici: (pg. 262) ADE

a. este la nivelul vârfului (Iimbusului) septului alveolar (interdentar sau interradicular)

b. este rezultatul unei resorbții verticale care afectează corticala internă (lamina dura)

c. are aspect de șirag de mărgele" sau continuu: aspect de "canal septal"

d. este rezultată din demineralizarea corticalei interne (lamina dura)

e. are baza spre marginea crestei septale și vârful spre apical

520. Halistereza marginală din PMCS are următoarele caracteristici, cu excepția: (pg. 262) B

a. este la nivelul vârfului (Iimbusului) septului alveolar (interdentar sau interradicular)

b. este inegală de la un dinte la altul al marginilor (crestelor septale și alveolare) osului alveolar

c. are aspect difuzsau de triangulație discret crateriformă

d. este rezultată din demineralizarea corticalei interne (lamina dura)

e. are baza spre marginea crestei septale și vârful spre apical

521. Craterul (defectul) septal aproximal: (pg. 266) ABC

a. este rezultatul unei resorbții verticale care afectează corticala internă (lamina dura)

b. afectează osul spongios subiacent sub forma unei piramide cu baza spre coronar și vârful orientat vertical de-a lungul septului spre apical, la diferite adâncimi

c. apare în PMC profundă lent progresivă

d. are aspect difuzsau de triangulație discret crateriformă

e. aspect de șirag de mărgele" sau continuu: aspect de "canal septal"

522. Craterul (defectul) septal aproximal: (pg. 266) BD

a. este rezultatul unei resorbții orizontale care afectează corticala internă

b. apare pe ambele fețe (mezial și distal) ale septului interdentar

c. afectează osul spongios subiacent sub forma unei piramide cu vârful spre coronar și baza orientată vertical de-a lungul septului spre apical

d. apare în PMC profundă lent progresivă

e. are aspect difuzsau de triangulație discret crateriformă

523. Resorbția crenelată: (pg. 266) AB

a. este inegală de la un dinte la altul al marginilor (crestelor septale și alveolare) osului alveolar

b. apare în PMC profundă lent progresivă

c. apare în PMCS

d. are aspect de șirag de mărgele" sau continuu: aspect de "canal septal"

e. este rezultatul unei resorbții verticale care afectează corticala internă (lamina dura)

524. Halistereza axială: (pg. 262) AB

a. apare în lungul septului alveolar, central axial în mod întrerupt

b. are aspect de șirag de mărgele" sau continuu: aspect de "canal septal"

c. indică un stadiu avansat de suferință osoasă și iminența resorbției osoase

d. apare în PMC profundă lent progresivă

e. este rezultatul unei resorbții verticale care afectează corticala internă (lamina dura)

525. Parodontita marginală cronică lent progresivă și rapid progresivă, ce cuprind: (pg. 262) AE

a. simptomele caracterele clinice de bază se pot regăsi la același pacient ca faze de evoluție diferite ale aceluiași tip de îmbolnăvire parodontală

b. incidența este de 4-8% din totalul formelor

c. apariția cea mai frecventă după vârsta de 20 de ani

d. un maximum de incidență a episoadelor este în jurul vârstei de 30-35 de ani

e. în forma lent distructivă, se instalează fenomene de distrucție progresivă, ireversibilă prin mecanisme natural

526. În forma lent distructivă, a bolii parodontale se instalează fenomene de distrucție progresivă, ireversibilă prin mecanisme naturale astfel: (pg. 262) AE

a. sub influența mecanismelor de acțiune ale microorganismelor

b. incidența este de 4-8% din totalul formelor

c. apare cel mai frecvent după vârsta de 20 de ani

d. un maximum de incidență a episoadelor este în jurul vârstei de 30-35 de ani

e. în prezența unei reacții de apărare reduse sau inadecvate dar controlate din partea gazdei, parodonțiului marginal

527. Histopatologic, parodontita marginală cronică lent progresivă, în epiteliu evidențiază următoarele, cu excepția: (pg. 263) BC

a. leziuni proliferative care alternează cu zone de ulceralie și exfolieri masive

b. alterări ale mitocondriilor, care apar mărite de volum, vacuolizate

c. prezentarea ribozomilor sub formă de grunji, în straturile superficiale

d. degenerescențe celulare și alterarea legăturilor intercelulare pe zone întinse

e. disjuncția epiteliului joncțional de dinte

528. Histopatologic, parodontita marginală cronică lent progresivă, în epiteliu evidențiază următoarele: (pg. 263) ACE

a. leziuni proliferative care alternează cu zone de ulceralie și exfolieri masive

b. distrucții ale fibrelor SHARPEY

c. degenerescențe celulare și alterarea legăturilor intercelulare pe zone întinse

d. degenerescența fasciculelor de fibre nervoase perivasculare

e. disjuncția epiteliului joncțional de dinte

529. Histopatologic, parodontita marginală cronică lent progresivă, în corion evidențiază următoarele: (pg. 263) ADE

a. vasodilatație cu caracter paralitic (vasoplegie)

b. distrucții întinse ale fibrelor de colagen din structura Iigamentelor supraalveolare și periodontale

c. leziuni proliferative care alternează cu zone de ulceralie și exfolieri masive

d. degenerescența fasciculelor de fibre nervoase perivasculare

*e.* infiltrat limfoplasmocitar abundent

530. Histopatologic, parodontita marginală cronică lent progresivă, în corion evidențiază următoarele, cu excepția: (pg. 263) BDE

a. vasodilatație cu caracter paralitic (vasoplegie)

b. distrugeri mitocondriale și nucleare

c. degenerescența fasciculelor de fibre nervoase perivasculare

d. infiltrat limfoplasmocitar abundent

*e.* degenerescențe celulare și alterarea legăturilor intercelulare pe zone întinse

531. \* Histopatologic, parodontita marginală cronică lent progresivă, în corion și desmodonțiu evidențiază următoarele, cu excepția: (pg. 263) C

a. distrucții întinse ale fibrelor de colagen din structura Iigamentelor supraalveolare și periodontale

b. resorbții ale cementului radicular, înlocuit pe zone întinse de țesut de granulație epitelial și conjunctiv

c. distrugeri mitocondriale și nucleare

d. distrucții ale fibrelor SHARPEY

e. osul alveolar prezintă numeroase zone de resorbție

532. \*Histopatologic, parodontita marginală cronică lent progresivă, în corion și desmodonțiu osul alveolar prezintă: (pg. 263) E

a. numeroase zone de resorbție

b. țesut conjunctiv de neoformație dezvoltat în zonele de resorbție

c. țesut conjunctiv de neoformație caracterizat printr-o stromă conjunctivă foarte redusă

d. țesut conjunctiv de neoformație caracterizat de un bogat parenchim vascular cu caracter invadant

e. toate afirmațiile sunt adevărate

533. Histopatologic, parodontita marginală cronică lent progresivă, în corion și desmodonțiu evidențiază următoarele: (pg. 263) ABE

a. distrucții întinse ale fibrelor de colagen din structura Iigamentelor supraalveolare și periodontale

b. resorbții ale cementului radicular, înlocuit pe zone întinse de țesut de granulație epitelial și conjunctiv

c. vasodilatație cu caracter paralitic (vasoplegie)

d. degenerescența fasciculelor de fibre nervoase perivasculare

e. distrucții ale fibrelor SHARPEY

534. Histopatologic, parodontita marginală cronică lent progresivă, în corion și desmodonțiu se evidențiază următoarele, cu excepția: (pg. 263) ABE

a. vasodilatație cu caracter paralitic (vasoplegie)

b. degenerescența fasciculelor de fibre nervoase perivasculare

c. distrucții ale fibrelor SHARPEY

d. osul alveolar prezintă numeroase zone de resorbție

e. distrugeri mitocondriale și nucleare

535. Semnele clinice subiective din parodontita marginală cronică lent progresivă sunt: (pg. 263) ABC

a. tulburări de masticație, urmare a mobilității dentare patologice

b. tulburari de fonație, legate de articularea fonetică a consoanelor dentale T,D,S, Ș, ca urmare a mobilității dentare, a diastemei și tremelor patologice

c. tulburări fizionomice consecutive migrărilor dentare patologice

d. retracție gingivală ca urmare a resorbției suportului osos alveolar

e. pungi parodontale adevarate

536. \*Semnele clinice subiective din parodontita marginală cronică lent progresivă sunt mai accentuate și prezintă unele caractere particulare: (pg. 263) A

a. manifestări psihice anxios-obsesive exaggerate

b. jenă dureroasă gingivală, accentuată de periaj și masticație

c. sângerări frecvente ale gingiei la atingeri ușoare și la sucțiunea gingiei

d. senzația de egresiune a unui dinte sau a unui grup de dinți, însoțită de o durere periradiculară și interradiculară

e. sângerări frecvente ale gingiei la atingeri ușoare și la sucțiunea gingiei

537. Manifestările psihice anxios-obsesive exagerate din parodontita marginală cronică lent progresivă au următoarele caracteristici: (pg. 263) AD

a. se poate ajunge până la tulburări manifeste de compartament legate de o anumită labilitate psihică, constituțională

b. se poate asocia cu depresii grave

c. apare și o jenă dureroasă gingivală, accentuată de periaj și masticație

d. are loc asocierea exagerată a instalării bolii cu declinul biologic și decrepitudinea prin îmbătrânire

e. sunt mai accentuate decât în parodontita agresivă, rapid progresivă

538. Semnele clinice obiective din parodontita marginală cronică lent progresivă sunt: (pg. 264) ABD

a. inflamație gingivală mai accentuată față de parodontita marginală cronică superficială

b. mobilitate patologică de gradul 2 sau 3

c. halistereza marginalăla nivelul vârfului (Iimbusului) septului alveolar (interdentar sau interradicular)

d. retracție gingivală ca urmare a resorbției suportului osos alveolar

e. culoare roșie-violacee, de stază a papilelor gingivale, a marginii gingivale libere și pe alocuri a gingiei fixe

539. Semnele clinice obiective din parodontita marginală cronică lent progresivă sunt: (pg. 264) ABDE

a. semne de inflamație gingivală mai accentuate față de parodontita marginală cronică superficială

b. mobilitate patologică de gradul 2 sau 3

c. sângerare la atingeri ușoare cu sonda

d. retracție gingivală ca urmare a resorbției suportului osos alveolar

e. pungi parodontale adevărate

540. Semnele clinice obiective din parodontita marginală cronică lent progresivă sunt: (pg. 264) BC

a. semne de inflamație gingivală mai reduse față de parodontita marginală cronică superficială

b. mobilitate patologică de gradul 2 sau 3

c. retracție gingivală ca urmare a resorbției suportului osos alveolar

d. sângerare la atingeri ușoare cu sonda

e. radiologic apare demineralizarea (halistereza)

541. Pungile parodontale adevărate au peretele extern parțial osos în zonele de întărire a osului alveolar cu prelungiri din corpul oaselor maxilare la nivelul: (pg. 264) ACD

a. liniilo oblice: externă și internă

b. ramului mandibular

c. crestei zigomato-molară

d. zonei palatine din dreptul dinților frontali superiori, unde se pot dezvolta "pungi osoase"

e. tuberozității

542. Conținutul pungilor parodontale este: (pg. 265) AB

a. țesut epitelial proliferat din epiteliul joncțional și sulcular, cu tendința de evoluție în interiorul pungii parodontale

b. țesut conjunctiv de neoformație, cu tendința de granulație și de înlocuire a structurilor parodontale degradate, a osului alveolar

c. fragmente de os alveolar sănătos și suprafețe întinse de os alveolar osteitic, infiltrat cu țesut de granulație

d. celule conjunctive descuamate

e. hematii distruse

543. Conținutul pungilor parodontale este: (pg. 265) ABC

a. fragmente de os alveolar necrozat și suprafețe întinse de os alveolar osteitic, infiltrat cu țesut de granulație

b. celule epiteliale descuamate

c. bacterii întregi și fragmentate

d. fragmente de smalț și dentină desprinse de dinte împreună cu scurte porțiuni din fibrele Sharpey

e. doar exsudat purulent

544. Conținutul pungilor parodontale este: (pg. 265) ABE

a. Ieucocite distruse

b. fragmente de cement desprinse de dinte împreună cu scurte porțiuni din fibrele de colagen

c. țesut conjunctiv proliferat din țesutul conjunctiv joncțional și sulcular, cu tendința de evoluție în interiorul pungii parodontale

d. țesut epitelial de neoformație, cu tendința de granulație și de înlocuire a structurilor parodontale degradate, în special a osului alveolar

e. exsudat seros, sero-fibrinos și purulent

545. Despre migrările patologice următoarele afirmații sunt adevărate: (pg. 265) ABC

a. au mecanismul dependent de distrucția conexiunii dento-alveolare, ceea ce antrenează mobilitatea patologică

b. în zona dinților laterali, la mandibulă, uneori, pot apărea și lingualizări cu treme patologice în toate situațiile

c. coroanele clinice ale dinților cresc, dinții par "alungiți", se produce diastema și apar treme patologice

d. în zona dinților frontali, în prezența vecinilor,dinții au tendința de deplasare în plan transversal cu vestibularizari la maxilar și mandibulă

e. se însoțesc mereu de senzața de egresiune a unui dinte sau a unui grup de dinți

546. Despre migrările patologice următoarele afirmații sunt adevărate: (pg. 265) BDE

a. au un mecanism independent de distrucția conexiunii dento-alveolare, ceea ce antrenează mobilitatea fiziologică

b. stopurile incizale și ocluzale iși pierd astfel caracterul stabil în zona frontală și apar false ocluzii adânci.

c. coroanele clinice ale dinților cresc, dinții par "scurți", se produce diastema și apar treme patologice.

d. în zona dinților laterali, în prezența vecinilor,dinții au tendința de deplasare în plan transversal cu vestibularizari la maxilar și mandibulă

e. în zona dinților laterali, la mandibulă, uneori, pot apărea și lingualizări cu treme patologice în toate situațiile

547. Prin migrările patologice, stopurile incizale și ocluzale iși pierd caracterul stabil în zona frontală, astfel dinții prezintă: (pg. 265) AB

a. erupție activă accelerată (chiar în prezența antagoniștilor*)*

b. se distanțează prin vestibularizare și apar false ocluzii adânci

c. dinții au tendința de deplasare în plan transversal cu vestibularizari la maxilar și mandibulă

d. la mandibulă, uneori, pot apărea și lingualizări cu treme patologice în toate situațiile

e. erupție pasivă în absența antagoniștilor

548. Ca urmare a proceselor osoase resorbtive și ale retracției gingivale, la nivelul dinților pluriradiculari se descriu următoarele grade de afectare: (pg. 265) ACD

a. Gradul I: leziunile sunt incipiente și afectează în principal gingia, care se retrage și pune în evidență zona de furcație fără ca sonda să pătrundă interradicular.

b. Subdiviziunea A cu o dimensiune verticală de 3-4 mm

c. Gradul III: sonda exploratoare pătrunde adânc interradicular dar nu trece pe versantul opus

d. Gradul III: examenul radiologic pune în evidență resorbția limbusului septului interradicular

e. Gradul II: sonda exploratoare traversează în întregime spațiul interradicular de la nivelul furcației până pe versantul opus

549. La nivelul dinților pluriradiculari se descriu următoarele grade de afectare din punct de vedere radiologic: (pg. 265) ACE

a. Gradul IV: grade diferite de resorbție osoasă a septurilor interradiculare

b. Gradul I: nu decelează o resorbție semnificativă, a septului interradicular, dar demineralizarea este prezentă

c. Gradul III: examenul radiologic pune în evidență resorbția limbusului septului interradicular

d. Gradul ll: sonda exploratoare pătrunde interradicular pe o distanță de 1-3 mm

e. Gradul ll: nu decelează o resorbție semnificativă, a septului interradicular, dar demineralizarea este prezentă

550. \*Ca urmare a proceselor osoase resorbtive și ale retracției gingivale, la nivelul dinților pluriradiculari se descriu următoarele grade de afectare: (pg. 265) B

a. Gradul III: leziunile sunt incipiente și afectează în principal gingia, care se retrage și pune în evidență zona de furcație fără ca sonda să pătrundă interradicular

b. Gradul ll: sonda exploratoare pătrunde interradicular pe o distanță de 1-3 mm

c. Gradul I: sonda exploratoare pătrunde adânc interradicular dar nu trece pe versantul opus

d. Subdiviziunea B cu o dimensiune verticală de 5-7 mm

e. Subdiviziunea C cu o dimensiune verticală egală sau mai mare de 8mm asificarea Catedrei de Parodontologie din București)

551. Ca urmare a proceselor osoase resorbtive și ale retracției gingivale, la nivelul dinților pluriradiculari se descriu următoarele grade de afectare: (pg. 265) CD

a. Subdiviziunea B cu o dimensiune verticală de 5-7 mm

b. Subdiviziunea C cu o dimensiune verticală egală sau mai mare de 8mm

c. Gradul III: examenul radiologic pune în evidență resorbția limbusului septului interradicular

d. Gradul IV: sonda exploratoare traversează în întregime spațiul interradicular de la nivelul furcației până pe versantul opus

e. Gradul II: leziunile sunt incipiente și afectează în principal gingia, care se retrage și pune în evidență zona de furcație fără ca sonda să pătrundă interradicular

552. Clasificarea Catedrei de Parodontologie din București privind gradele afectării furcațiilor sunt, cu excepția: (pg. 266) DE

a. Subdiviziunea A cu o dimensiune verticală de 3-4 mm

b. Subdiviziunea B cu o dimensiune verticală de 5-7 mm

c. Subdiviziunea C cu o dimensiune verticală egală sau mai mare de 8mm

d. Gradul III: examenul radiologic pune în evidență resorbția limbusului septului interradicular

e. Gradul IV: radiologic, se constată grade diferite de resorbție osoasă a septurilor interradiculare

553. Clasificarea Catedrei de Parodontologie din București privind gradele afectării furcațiilor sunt: (pg. 266) AD

a. în plan vertical

b. în plan transversal

c. cuprinse patru grade de afectare

d. în raport cu dimensiunea verticală a defectului

e. în raport cu distanța de la nivelul furcației până în porțiunea cea mai superioară a resorbției osoase

554. Clasificarea Catedrei de Parodontologie din București privind gradele afectării furcațiilor sunt: (pg. 266) ACE

a. în plan vertical

b. în plan transversal

c. cuprinse trei grade de afectare

d. în raport cu dimensiunea orizontală a defectului

e. în raport cu distanța de la nivelul furcației până în porțiunea cea mai declivă a resorbției osoase

555. \*Clasificarea Catedrei de Parodontologie din București privind gradele afectării furcațiilor sunt: (pg. 266) C

a. Subdiviziunea A cu o dimensiune verticală de 5-7 mm

b. Subdiviziunea B cu o dimensiune verticală de 7-9 mm

c. Subdiviziunea C cu o dimensiune verticală egală sau mai mare de 8mm

d. Gradul ll: sonda exploratoare pătrunde interradicular pe o distanță de 1-3 mm

e. Gradul III: sonda exploratoare pătrunde adânc interradicular dar nu trece pe versantul opus

556. Clasificarea Catedrei de Parodontologie din București privind gradele afectării furcațiilor sunt: (pg. 266) AB

a. Subdiviziunea A cu o dimensiune verticală de 3-4 mm

b. Subdiviziunea B cu o dimensiune verticală de 5-7 mm

c. Subdiviziunea C cu o dimensiune verticală egală sau mai mare de 10mm

d. Gradul ll: radiologic nu decelează o resorbție semnificativă, evidentă a septului interradicular, dar demineralizarea este prezentă

e. Gradul I: pune în evidență zona de furcație fără ca sonda să pătrundă interradicular

557. Aspecte radiologice particulare în parodontita marginală cronică profundă lent progresivă sunt: (pg. 266) ACD

a. craterul (defectul) septal interproximal

b. halistereza axială în lungul septului alveolar, central axial în mod întrerupt

c. craterul (defectul) septal aproximal

d. resorbția crenelată

e. în aproape totalitatea septului alveolar și parcelar la nivelul corticalei interne *(*lamina dura*)*

558. Craterul (defectul) septal interproximal: (pg. 266) ABCE

a. este rezultatul unei resorbții verticale

b. afectează corticala internă (lamina dura)

c. limita spre spongioasa subiacenta se face printr-o zonă de demineralizare cu caracter de radiotransparență parțială, difuză

d. este sub forma unei piramide cu baza spre coronar și vârful orientat vertical de-a lungul septului spre apical

e. afectează marginea crestei osoase septale

559. Craterul (defectul) septal interproximal: (pg. 266) AC

a. afectează osul spongios subiacent

b. este rezultatul unei resorbții orizontale

c. este defectul osos rezultat are deschidere crateriformă mai largă spre coronar și orientată spre cementul radicular sub joncțiunea smalț-cement

d. este inegal de la un dinte la altul al marginilor (crestelor septale și alveolare) osului alveolar

e. afectează corticala internă (lamina dura) pe ambele fețe (mezial și distal) ale septului interdentar

560. Craterul (defectul) septal aproximal: (pg. 266) ACDE

a. este rezultatul unei resorbții vertical

b. este defectul osos rezultat are deschidere crateriformă mai largă spre coronar și orientată spre cementul radicular sub joncțiunea smalț-cement

c. afectează corticala internă (lamina dura) pe ambele fețe (mezial și distal) ale septului interdentar

d. afectează osul spongios subiacent

e. este sub forma unei piramide cu baza spre coronar și vârful orientat vertical de-a lungul septului spre apical, la diferite adâncimi

561. \*Resorbția crenelată: (pg. 266) A

a. este inegală de la un dinte la altul al marginilor (crestelor septale și alveolare) osului alveolar

b. este rezultatul unei resorbții vertical

c. este defectul osos rezultat are deschidere crateriformă mai largă spre coronar și orientată spre cementul radicular sub joncțiunea smalț-cement

d. este sub forma unei piramide cu baza spre coronar și vârful orientat vertical de-a lungul septului spre apical

e. toate afirmațiile sunt adevărate

562. \*Parodontopatia marginală cronică mixtă este o parodontita distrofică, ce are următoarele afirmații adevărate: (pg. 267) E

a. se prezintă ca o inflamație cronică instalată pe un fond distrofic

b. reprezintă asocieri lezionale inflamatorii și distrofice

c. leziunile pot apărea de la începutul bolii

d. leziunile pot fi rezultatul suprapunerilor lezionale în cadrul unor pusee succesive, fiind leziuni de diferite vârste, sechele, alături de procesele evolutive

e. toate afirmațiile sunt adevărate

563. \*Parodontita marginală profundă ulcero-necrotică: (pg. 267) C

a. se caracterizează printr-un răspuns redus sau absent la tratamentul utilizat în prezent

b. se produc recidive rapide dupa perioada de ameliorare sau de vindecare clinică aparentă prin tratament

c. este urmarea unor episoade repetate de gingivostomatita ulcero-necrotică în urma cărora se produc resorbții osoase cu mobilitate dentară patologică până la avulsia dinților

d. se prezintă ca o inflamație cronică instalată pe un fond distrofic

e. toare afirmațiile sunt adevărate

564. Parodontita distrofică prezintă semne ale leziunilor de tip distrofic astfel: (pg. 267) ABDE

a. retracție gingivală cu semne de inflamație papilară și marginală reduse

b. uneori, se constată la nivelul marginii gingivale incizuri cuneiforme, ușor curbate, ca un "apostrof" (fisuri STILLMAN)

c. pungi de adâncime mică sau medie - 2-4 mm

d. marginea liberă gingivală are neori aspect de rulou îngrosat (festonul McCALL)

e. hiperestezie

565. Parodontita distrofică prezintă semne ale leziunilor de tip distrofic astfel: (pg. 267-268) BCD

a. resorbții reduse de tip vertical, pe fondul atrofiei osoase orizontale

b. retracție gingivală cu semne de inflamație papilară și marginală reduse

c. uneori, se constată la nivelul marginii gingivale incizuri cuneiforme, ușor curbate, ca un "apostrof" (fisuri STILLMAN)

d. marginea liberă gingivală are neori aspect de rulou îngrosat (festonul McCALL)

e. frecvente grade de implicare a retracției gingivale și a atrofiei osoase la nivelul furcațiilor

566. Despre fisurile STILLMAN și festoanele McCALL se pot afirma următoarele, cu excepția: (pg. 267-268) BC

a. sunt caracteristice numai parodontitei distrofice

b. uneori, se constată la nivelul marginii gingivale incizuri cuneiforme, ușor curbate, ca un "apostrof" (fisuri STILLMAN)

c. marginea liberă gingivală are neori aspect de rulou îngrosat (festonul McCALL)

d. radiologic, sunt resorbții reduse de tip vertical, pe fondul atrofiei osoase orizontale

e. apar doar în prezența semnelor inflamatorii ca pungi de adâncime mică sau medie - 2-4 mm

567. Despre fisurile STILLMAN se pot afirma următoarele: (pg. 267-268) AC

a. nu sunt caracteristice numai parodontitei distrofice

b. uneori, se constată la nivelul marginii gingivale incizuri cuneiforme, ușor curbate, ca un "apostrof"

c. marginea liberă gingivală are uneori aspect de rulou îngrosat

d. apar doar în prezența semnelor inflamatorii ca mobilitate dentara redusă

e. radiologic sunt resorbții reduse de tip vertical, pe fondul atrofiei osoase orizontale

568. Despre festoanele McCALL se pot afirma următoarele: (pg. 267-268) AB

a. pot aparea și în alte forme de îmbolnăvire și se însoțesc de inflamație gingivală supraadaugată

b. uneori, se constată la nivelul marginii gingivale incizuri cuneiforme, ușor curbate, ca un "apostrof"

c. marginea liberă gingivală are uneori aspect de rulou îngrosat

d. apar doar în prezența semnelor inflamatorii ca mobilitate dentara redusă

e. radiologic sunt resorbții reduse de tip vertical, pe fondul atrofiei osoase orizontale

569. Semnele inflamatorii din parodontita distrofică sunt: (pg. 268) AD

a. pungi de adâncime mică sau medie - 2-4 mm

b. resorbții reduse de tip vertical, pe fondul atrofiei osoase orizontale

c. mobilitate dentară crescută

d. rare și nesemnificative migrări patologice

e. rar implicarea retracției gingivale și a atrofiei osoase la nivelul furcațiilor

570. Semnele inflamatorii din parodontita distrofică sunt: (pg. 268) BCD

a. exsudat inflamator abundent

b. mobilitate dentara redusă

c. migrări patologice frecvente

d. grade de implicare a retracției gingivale și a atrofiei osoase la nivelul furcațiilor

e. la nivelul marginii gingivale sub formă de incizuri cuneiforme, ușor curbate, ca un "apostrof" (fisuri STILLMAN)

571. \*Parodontita distrofică prezintă din punct de vedere radiologic: (pg. 268) A

a. resorbții reduse de tip vertical, pe fondul atrofiei osoase orizontale

b. frecvente grade de implicare a retracției gingivale și a atrofiei osoase la nivelul furcațiilor

c. uneori, se constată la nivelul marginii gingivale incizuri cuneiforme, ușor curbate, ca un "apostrof"

d. marginea liberă gingivală are aspect de rulou îngrosat

e. pungi de adâncime mică sau medie - 2-4 mm

572. Parodontita marginală profundă rebelă (refractară) la tratament se caracterizează prin următoarele: (pg. 268) ACDE

a. Are un răspuns redus sau absent la tratamentul utilizat

b. Este urmarea unor episoade repetate de gingivostomatita ulcero-necrotică

c. Nu trebuie confundată cu parodontitele marginale recidivante prin refacerea plăcii

d. Prezintă două forme clinice principale (în orice formă de parodontită marginală)

e. Îmbolnăvirea se produce în zone greu accesibile pentru îndepărtarea plăcii bacteriene: furcații adânci, neregularități retentive ale unor suprafețe radiculare

573. Parodontitele marginale recidivante prin refacerea plăcii bacteriene sunt: (pg. 268) ACD

a. ca urmare a unor deficiențe de igienă bucală

b. sunt urmarea unor episoade repetate de gingivostomatita ulcero-necrotică

c. ca urmare a unor zone de retenție greu accesibile

d. se produc recidive rapide dupa perioada de ameliorare sau de vindecare clinică aparentă prin tratament

e. se produc resorbții osoase cu mobilitate dentară patologică până la avulsia dinților

574. Parodontita marginală profundă rebelă (refractară) la tratament se caracterizează prin următoarele: (pg. 268) BCE

a. este urmarea unor episoade repetate de gingivostomatita ulcero-necrotică

b. se produc recidive rapide dupa perioada de ameliorare sau de vindecare clinică aparentă prin tratament

c. semnele clinice constau în evoluția leziunilor preexistente sau apariția altora noi după instituirea tratamentului

d. prezintă asocieri lezionale inflamatorii și distrofice

e. au existat cazuri de parodontita prepubertală sau rapid progresivă la adult, cu importante influențe microbiene și implicații imunologice

575. \*În parodontita marginală profundă rebelă (refractară) se descriu următoarele microorganisme, cu excepția: (pg. 268-269) E

a. Fusobacterium nucleatum (75% din situsuri/bolnavi)

b. Prevotella inlermedia (40%)

c. Aggregatlbacter actinomycetemcomitans (30%)

d. Micromonas micros (30%)

e. Specii de streptococ(30%)

576. În parodontita marginală profundă rebelă (refractară) se descriu următoarele microorganisme: (pg. 268-269) ABCD

a. specii de stafilococ (30%)

b. Tannerela forsythensis (25%)

c. Campylobacter rectus (25%)

d. Porphyromonas gingivalis (15%)

e. Treponema vincenti (15%)

577. În parodontita marginală profundă rebelă (refractară) se descriu următoarele microorganisme: (pg. 269) BDE

a. Treponema macrodentium (25%)

b. Campylobacter rectus (25%)

c. Treponema denticola (15%)

d. specii de Candida (15%)

e. Enterobacteriaceae (10%)

578. Sunt ADEVĂRATE următoarele afirmații privind retracția gingivală: (p. 274) BE

a. Reprezită expresia clinică a unei evoluții obișnuite, prin erupție activă

b. Reprezintă expresia clinică a unor circumstanțe patologice, anormale

c. Radiologic predomină o demineralizare intensă și difuză

d. Este urmarea distrugerii prin resorbție neinflamatorie, a osului alveolar subiacent, care îi servește drept suport

e. Este evidentă clinic în condiții de îmbolnavire a parodonțiului marginal

579. \*Din totalul parodontitelor marginale cronice profunde, parodontita marginală rapid progresivă reprezintă: (p. 274) B

a. 2-4 %

b. 4-8 %

c. 10-12%

d. 6-9%

e. 2-4 mm

580. În parodontita marginală rapid progresivă, retracția gingivală este: (p. 274) CD

a. Diminuată

b. De 4-8 mm

c. De 2-4 mm

d. Accentuată

e. Absentă

581. Gradul de retracție gingivală poate fi influențat de o serie de factori: (p. 274-275) BE

a. Depuneri masive de tartru în zona epiteliului joncțional

b. Tartru, care prin efect mecanic determină deplasarea gingiei in direcție apicală

c. Impactul alimentar cu acțiune directă, in special pe versantul vestibular al molarilor superiori

d. Impactul alimentar, in special pe versantul palatinal al molarilor superiori, al căror ax longitudinal este înclinat dinspre coronar spre vestibular

e. Trauma directă asociată cu inserarea unor microobiecte ( podoabe ) metalice (oral piercings)

582. Următorii factori pot influența gradul de retracție gingivală, cu excepția: (p. 275) BCE

a. Obiceiurile vicioase

b. Trauma indirectă

c. Bruxismul

d. Traumă mecanică directă

e. Impactul alimentar cu acțiune indirectă

583. Următorii factori pot influența gradul de retracție gingivală: (p. 275-276) BCD

a. Hiperestezia

b. Cauze iatrogene de ordin restaurativ

c. Factori anatomici

d. Trauma ocluzală, bruxismul, pot favoriza instalarea inflamației, chiar într-o măsură puțin sesizabilă clinic

e. Creșterea riscului de apariție a cariilor in zonele sensibile

584. Următorii factori anatomici pot influența gradul de retracție gingivală: (p. 275) BDE

a. Bride cu inserție joasă

b. Tulburări de erupție

c. Inserții musculare aberante, situate aproape de gingia mobilă și MGL

d. Forma individuală a dinților

e. Malpoziții dentare

585. Următorii factori anatomici pot influența gradul de retracție gingivală: (p. 275) BC

a. Microobiectele metalice

b. Dehiscența și fenestrația gingivală

c. Tracțiunea exercitată de frenuri cu inserție înaltă

d. Alimentele

e. Gingivectomia

586. Factorii mecanici direcți care favorizează retracția gingiei sunt: (p. 276) ABD

a. Periajul excesiv, intempestiv, exagerat de frecvent

b. Firul de mătase aplicat brutal asupra papilei

c. Folosirea traumatică a scobitorilor în ambrazura ocluzală, obturată de papila gingivală normală

d. Prin periajul interdentar

e. Alimentele

587. Următoarele afirmații despre periaj ca factor favorizant al retracțiilor gingivale, sunt adevărate: (p. 276) AD

a. Periajul excesiv determină retracții fără semne clinice de inflamație la nivelul C și PM, situați într-o zonă unde suportă dublu traumatism: periajul dinților laterali cât și a celor frontali

b. La majoritatea persoanelor care execută periajul cu mâna dreaptă se poate observa o retracție mai mare în zona C și PM de pe hemiarcada dreaptă, superioară și inferioară

c. Periajul excesiv determină retracții fără semne clinice de inflamație la nivelul, grupului frontal

d. La majoritatea persoanelor care execută periajul cu mâna dreaptă se poate observa o retracție mai mare în zona C și PM de pe hemiarcada stângă, superioară și inferioară

e. Depunerile masive de tartru în zona șanțului gingival - similare cu creșterea în volum a unui cristal mineral imersat în soluția suprasaturată a sării din care provine, determină deplasarea gingiei în direcție apicală

588. Următoarele afirmații despre trauma ocluzală și bruxism ca factori favorizanți ai retracțiilor gingivale, sunt adevărate: (p. 275) ABC

a. Pot favoriza instalarea inflamației, chiar într-o măsură puțin sesizabilă clinic

b. Inflamația este urmată de fenomene distructive cu evoluție lentă la nivelul joncțiunii smalț-cement și retracție gingivală

c. Retracția gingivală nu se asociază cu pungi parodontale sau se asociază cu pungi de adâncime redusă

d. Inflamația este urmată de fenomene distructive cu evoluție rapidă la nivelul joncțiunii smalț-cement și retracție gingivală

e. Nu determina inflamația țesuturilor parodontale

589. \*Retracțiile gingivale sunt favorizate de apăsarea gingiei cu un obiect dur ca: (p. 275) E

a. Trestia de zahăr

b. Capătul de creion

c. Unghia

d. Șuvița de păr

e. Toate afirmațiile sunt adevărate

590. Retracțiile gingivale sunt favorizate de: (p. 276) ABDE

a. Cauze iatrogene de ordin restaurativ

b. Obturații, lucrări protetice cu acțiune traumatică directă asupra gingiei

c. Ameloplastia

d. Operațiile cu lambou în care se practică excizia papilelor gingivale și a MGL friabile, de stază, excluse funcțional

e. Gingivectomia

591. Retracțiile gingivale sunt favorizate de: (p. 276) AE

a. Unele intervenții chirurgicale la care se adaugă însăși vindecarea prin fibrozare retractilă a marginii gingivale

b. Inserarea pe dinți a pietrelor prețioase

c. Unele parafuncții

d. Unele formațiuni tumorale

e. Factori anatomici

592. La vârstnici retracția gingivală este considerată: (p. 276) BCD

a. Patologică

b. Obișnuită

c. Fiziologică

d. De senescență

e. Neobișnuită

593. Involuția de senescență se caracterizează prin: (p. 276) ACD

a. Atrofia osului alveolar

b. Regenerarea osului medular

c. Creșterea densității osoase

d. Degenerescență a țesutului conjunctiv și a fibrelor de colagen

e. Osul alveolar crește în volum, pe seama osului medular

594. Următoarele afirmații despre involuția de senescență, sunt adevărate: (p. 276) BDE

a. Vârstnicii prezintă dinți cu coroană anatomică alungită

b. Vârstnicii prezintă rădăcina clinică scurtată

c. Vârstnicii prezintă mobilitate dentară patologică

d. Nu se referă la o retracție gingivală pură

e. Vârstnicii nu prezintă mobilitate dentară patologică

595. Retracția gingivală se însoțește de: (p. 277) BD

a. Creșterea eficienței detartrajului manual, mecanic și cu ultrasunete

b. Aspect nefizionomic și suferințe subiective și obiective care derivă din aceasta

c. Ușurința de a efectua un periaj corect și eficient

d. Creșterea riscului de apariție a cariilor în zonele sensibile

e. Involuția de senescență

596. Retracția gingivală se însoțește de: (p. 277) ABD

a. Riscul de instalare cu o mai mare incidență a gingivitelor și a urmărilor acestora asupra parodonțiului profund

b. Dificultatea de a efectua un periaj corect și eficient

c. Hipersensibilitate la contactul explorator cu instrumente metalice sau în cursul masticației

d. Hiperestezie la atingeri cu tacâmuri metalice, alimente fierbinți sau mai ales reci, la aspirarea aerului rece

e. Papile gingivale friabile, de stază și excluse functional

597. Retracția gingivală se însoțește de suferințe subiective și obiective care derivă din aceasta: (p. 277) ABDE

a. Râs controlat, forțat

b. Limitarea deschiderii gurii

c. Încordarea mușchilor temporali pentru a masca defectul gingival

d. Fonație modificată

e. Depresie nervoasă, anxietate în public și în relațiile cu cei din jur

598. Tumorile benigne ale gingiei sunt: (pg. 277) ADE

a. Fibromul gingival

b. Epiteliom spinocelular

c. Sarcomul

d. Papilom gingival

e. Granulom eozinofil

599. Tumorile benigne ale gingiei sunt: (pg. 277) ABE

a. Granulom periferic cu celule gigante

b. Chisturi gingivale și parodontale

c. Melanomul

d. Epiteliom bazocelular

e. Fibromul gingival

600. Chisturile gingivale la nou-născuți au următoarele caracteristici: (pg. 277) AD

a. Sunt mici formațiuni chistice

b. Sunt situate pe linia mediană a bolții palatine, denumite “nodulii lui BOHN”

c. Sunt situate de-a lungul crestelor alveolare, denumite “perlele EPSTEIN”

d. Provin din resturile lamei dentare

e. Sunt localizate în zona premolarilor mandibulari

601. Chisturile gingivale la adulți au următoarele caracteristici: (pg. 277) AB

a. Pot să apară din lama dentară primară: resturile lui SERRES

b. Pot să apară prin degenerescența unor celule epiteliale “implantate” în corionul gingival în condiții traumatice

c. Se localizează preferential în zona premolarilor maxilari

d. Sunt situate de-a lungul crestelor alveolare, denumite “nodulii lui BOHN”

e. Sunt situate mai aproape de porțiunea apicală a rădăcinilor

602. Chistul gingival la adulți: (pg. 277) ACDE

a. Se prezintă ca o formațiune proeminentă

b. Are originea din resturile alveolare ale lui MALASSEZ

c. Este situat mai frecvent la nivelul papilei interdentare și gingia fixă

d. Are o suprafață netedă, lucioasă

e. Are o culoare alb-gălbuie

603. Chistul gingival la adulți: (pg. 277) BCD

a. Se dezvoltă din resturi ale lamei dentare situate între epiteliul oral și periostul alveolar

b. Are o culoare cu tentă albastră

c. Are dimensiuni până la 1 cm

d. Este o formațiune fluctuentă

e. Este o formațiune foarte dureroasă

604. Chisturile parodontale laterale la adult: (pg. 277) AC

a. Se dezvoltă din resturi ale lamei dentare situate între epiteliul oral și periostul alveolar

b. Au originea certă din resturile alveolare ale lui MALASSEZ

c. Sunt situate mai aproape de porțiunea apicală a rădăcinilor

d. Are o culoare cu tentă albastră

e. Are dimensiuni până la 1 cm în diametru

605. Chisturile parodontale laterale sunt localizate în zona: (pg. 278) ACD

a. Caninilor mandibulari

b. Incisivului lateral mandibular

c. Premolarilor mandibulari

d. Incisivului lateral maxilar

e. Caninului maxilar

606. Chisturile parodontale laterale au următoarele caracteristici: (pg. 278) ADE

a. Sunt situate sub papila interdentară

b. Au dimensiuni până la 4 cm în diametru

c. Suprafața este rugoasă

d. Consistența este moale, depresibilă

e. Culoarea este ușor albăstruie

607. Radiologic, chisturile parodontale laterale sunt observate sub forma unei radiotransparențe: (pg. 278) ADE

a. Cu contur radioopac, bine delimitat

b. Mono sau multiloculare (polichisturi)

c. Situată mai rar adiacent rădăcinii

d. Situată mai frecvent interradicular

e. Denumită chist odontogenic botrioid în forma multiloculară

608. Tumorile maligne ale gingiei sunt: (pg. 278) BD

a. Epulis

b. Epiteliom spinocelular

c. Papilom gingival

d. Sarcomul (fibrosarcom, limfosarcom, reticulosarcom)

e. Granulom periferic cu celule gigante

609. Tumorile maligne ale gingiei sunt: (pg. 278) ACE

a. Melanom malign

b. Granulom eozinofil

c. Metastaze gingivale în diferite forme de cancer

d. Fibrom gingival

e. Reticulosarcom

610. Epiteliomul spinocelular: (pg. 278) ABC

a. Este radiorezistent

b. Are evoluție rapidă

c. Este greu de controlat

d. Este susceptibil de a fi tratat sau eradicat

e. Se întâlnește foarte rar

611. Epiteliomul spinocelular: (pg. 278) ADE

a. Este radiosensibil

b. Are evoluție rapidă

c. Este greu de controlat

d. Se întâlnește mai frecvent

e. Este susceptibil de a fi tratat sau eradicat