

1. CS. Ce reprezintă grupa sangvină?

- a) Un complex de antigeni leucocitari
 - b) Un complex de imunoglobuline
 - c) Un complex de antigeni eritrocitari
 - d) Antigeni trombocitari
 - e) Antigeni transplantaționali
-

2. CS. În timpul determinării grupei sangvine cu ajutorul țoliclonilor s-a observat aglutinarea cu țoliclonul anti-B și lipsa aglutinării cu țoliclonul Anti-A. Apreciați grupa de sînge.

- a) 0(I)
 - b) A (II)
 - c) B (III)
 - d) AB (IV)
 - e) Eroare în tehnica de apreciere
-

3. CS. Cea mai frecventă cale de hemotransfuzie este:

- a) Transfuzia intravenoasă
 - b) Transfuzia intraarterială
 - c) Transfuzia intraosoasă
 - d) Transfuzia intraaortală
 - e) Transfuzia intracardiacă
-

4. CS. La ce temperatură se păstrează masa eritocitară prelevată de la donor?

- a) 0° C
 - b) -2 -4° C
 - c) +4 +6° C
 - d) +8 +10° C
 - e) 0 +1° C
-

5. CS. Cum se transfuzează sîngele în timpul efectuării probei biologice?

- a) În jet, în două prize a câte 25 ml cu un interval de 3-5 min
 - b) În jet, în trei prize câte 25 ml cu un interval de 3-5 min
 - c) Cu picătura timp de 15 min, cu o pauză ulterioară de 3-5 min
 - d) În jet, într-o priză
 - e) Proba biologică se efectuează doar în timpul transfuziei de plasmă
-

6. CM. Metoda autohemotransfuziei se efectuează în felul următor:

- a) Prelevarea sîngelui bolnavului se efectuează cu cîteva săptămîni pînă la operația planificată
 - b) Se colectează repetat cîte 400-500ml de sînge cu intervalul dintre prelevări de o săptămîină
 - c) Se colectează repetat cîte 100-200ml de sînge cu intervalul dintre prelevări de 2 zile
 - d) Ultima prelevare de sînge se efectuează nu mai tîrziu de 12 ore pînă la operație
 - e) Ultima prelevare de sînge se efectuează nu mai tîrziu de 72 ore pînă la operație
-

7. CM. Hemodiluția normovolemica preoperatorie acută prevede îndeplinirea următoarelor activități:

- a) Exfuzia a 400-500 ml de sînge a bolnavului cu o săptămîină pînă la intervenția chirurgicală
 - b) Exfuzia a 750-1000 ml de sînge a bolnavului nemijlocit înainte de începutul intervenției chirurgicale
 - c) Restabilirea volumului sîngelui prelevat prin administrarea substituienților sangvini
 - d) Restabilirea volumului sîngelui prelevat prin administrarea plasmei de la donator
 - e) Transfuzia ulterioară a sîngelui colectat bolnavului, intra- sau postoperator
-

8. CS. La un bolnav cu ruptură post-traumatică a splinei și hemoperitoneum, sîngele din cavitatea peritoneală a fost colectat cu ajutorul aparatului "Cell Saver" și transfuzat pe cale i/v bolnavului. Cum se numește această metodă?

- a) Hemodiluție controlată
 - b) Reinfuzie
 - c) Rehidratare
 - d) Plasmofereză
 - e) Hemodializă
-

9. CM. Reinfuzia poate fi efectuată în caz de:

- a) Hemoragie din ulcer gastric
 - b) Ruptură post-traumatică a splinei
 - c) Sarcină extrauterină întreruptă
 - d) Amputare post-traumatică a extremității inferioare
 - e) Traumatism închis al cutiei toracice cu hemotorax
-

10. CS. Reinfuzia sîngelui din cavitatea peritoneală este imposibilă în caz de:

- a) Leziune a diafragmului
 - b) Leziune a splinei
 - c) Leziune a organelor cavitare
 - d) Leziune a vaselor sangvine magistrale
 - e) Stare generală gravă a bolnavului
-

11. CM. Care din pozițiile enumerate nu se referă la complicațiile cu caracter infecțios în caz de hemotransfuzie?

- a) Sifilisul
 - b) Hepatitele B,C,D
 - c) Infecția - HIV
 - d) Șocul hemolitic
 - e) Dilatarea acută a cordului
-

12. CM. Indicați, care din patologiile enumerate se referă la infecția chirurgicală.

- a) Pneumonia acută
 - b) Hidrosadenita acută
 - c) Abcesul hepatic
 - d) Supurația plăgii postoperatorii
 - e) Pielonefrita cronică
-

13. CM. Care dintre procesele infecțioase se referă la infecția chirurgicală acută specifică?

- a) Antraxul
- b) Sifilisul

- c) Tetanosul
 - d) Actinomicoza
 - e) Tuberculoza
-

14. CS. Ce indică simptomul de fluctuență în caz de infecție chirurgicală a țesuturilor moi?

- a) Formarea unei cavități cu conținut purulent
 - b) Prezența procesului inflamator în stadiul de infiltrație
 - c) Prezența gazului în țesuturi
 - d) Caracterul anaerob neclostridial al infecției
 - e) Implicarea în procesul patologic a organelor subiacente
-

15. CM. Indicați modificările caracteristice în analiza generală a sîngelui în caz de infecție chirurgicală acută.

- a) Leucocitoză
 - b) Trombocitoză
 - c) Devierea spre stînga în formula leucocitară
 - d) Accelerarea vitezei de sedimentare a hematiilor
 - e) Eozinofilie
-

16. CS. În caz de furuncul inflamația purulentă se dezvoltă în:

- a) Țesutul subcutanat
 - b) Glanda sebacee
 - c) Piele
 - d) Foliculul pilos
 - e) Glanda sudoripară
-

17. CM. În ce cazuri este indicată spitalizarea bolnavului cu furuncul?

- a) În caz de furuncul pe coapsă la un copil de 7 ani
 - b) În prezența furunculului abcedat la un bolnav cu diabet zaharat grav
 - c) În localizarea furunculului pe talpa piciorului și imposibilitatea exercitării funcției de sprijin de către extremitatea afectată
 - d) În localizarea furunculului în regiunea triunghiului nazo-labial
 - e) În cazul suportării patologiei respective în antecedente
-

18. CS. Inflamația purulentă a glandelor sudoripare se numește:

- a) Carbuncul
 - b) Hidrosalpinx
 - c) Furuncul
 - d) Hidrosadenită
 - e) Dermatită axilară streptococică
-

19. CM. Ce afirmații, referitoare la flegmon, sunt corecte?

- a) Procesul purulent se răspîndește de-a lungul spațiilor interfasciale și celulare
 - b) Colecția purulentă este delimitată de prezența capsulei piogene
 - c) Manifestările intoxicației de regulă nu sunt pronunțate
 - d) Starea generală a bolnavului rămîne satisfăcătoare
 - e) Pacienții necesită spitalizare și intervenție chirurgicală urgentă cu anestezie generală sau regională
-

20. CM. Carbunculul se caracterizează prin următoarele semne:

- a) De regulă, se dezvoltă în regiunea occipitală și interscapulară
 - b) Nu se dezvoltă la bolnavii cu diabet zaharat
 - c) Pielea de-asupra focarului inflamator nu este schimbată
 - d) Abcesul are aspect de "fagure"
 - e) Simptomul de fluctuență nu este tipic
-

21. CS. Agentul cauzal tipic al erizipelului este:

- a) Streptococul
 - b) Stafilococul
 - c) Colibacilul
 - d) Pneumococul
 - e) Bacilul pioceanic
-

22. CM. Indicați formele clinice ale erizipelului.

- a) Forma flegmonoasă
 - b) Forma abcedantă
 - c) Forma buloasă
 - d) Forma necrotică
 - e) Forma eritematoasă
-

23. CM. Indicați simptomele tipice ale mastitei acute.

- a) Ascensiunea temperaturii corporale
 - b) Retracția mamelonului de partea inflamației
 - c) Durerea și senzația de distensie în regiunea glandei mamare
 - d) Pielea sub formă de "coajă de portocală"
 - e) Eliminări sero-hemoragice din mamelon
-

24. CS. În acord cu clasificarea infecției chirurgicale în funcție de evoluția patologiei, tetanosul se referă la:

- a) Infecție cronică nespecifică
 - b) Infecție cronică specifică
 - c) Infecție acută specifică
 - d) Infecție acută putridă
 - e) Infecție acută purulentă
-

25. CM. Ce afirmații caracterizează just limfangita?

- a) Fără tratament conduce spre bacteriemie
 - b) Reprezintă liza purulentă a ganglionilor limfatici
 - c) Reprezintă o patologie primară
 - d) Reprezintă o complicație a unui alt proces infecțios
 - e) În asemenea cazuri este necesară drenarea chirurgicală
-

26. CS. Prin ce se deosebește abcesul de flegmon?

- a) Prin necesitatea în intervenție urgentă
 - b) Prin durere exprimată în regiunea afectată
 - c) Prin leucocitoză
 - d) Prin acumularea delimitată de țesuturile adiacente a puroiului
 - e) Prin febră înaltă
-

27. CS. După care principiu hemoragiile sunt clasificate în "per diabrosis", "per rexin" și "per diapedesis"?

- a) După principiul anatomic
 - b) După mecanismul de apariție
 - c) După raportul față de mediul extern
 - d) După evoluție
 - e) După timpul de dezvoltare
-

28. CM. Care din hemoragiile enumerate se referă la cele interne?

- a) Hemoragia din ulcerul gastric
 - b) Hematomul intermuscular
 - c) Hemoragia din plaga tăiată a gambei
 - d) Hemoragia pulmonară
 - e) Hemoragia în cavitatea articulară
-

29. CM. Care din hemoragiile enumerate se referă la cele interne intracavitare?

- a) Hemoragia din ulcerul gastric
 - b) Hemoragia în cavitatea pleurală
 - c) Hemoragia uterină
 - d) Hemoragia intraarticulară
 - e) Tamponada cordului
-

30. CM. Indicați cauzele posibile ale hemoragiei.

- a) Trauma
 - b) Distrușterea peretelui vascular în cazul unui proces purulent
 - c) Dereglarea permeabilității peretelui vascular
 - d) Infarctul miocardic
 - e) Gangrena anaerobă clostridiană
-

31. CM. Indicați consecințele hemoragiei.

- a) Pneumonia de stază
 - b) Hemoconcentrația
 - c) Scăderea volumului de sânge circulant
 - d) Anemia acută
 - e) Hemofilia
-

32. CM. Indicați reacțiile organismului în caz de hemoragie, ce se referă la faza de compensare.

- a) Hemodiluția
 - b) Centralizarea hemodinamicii
 - c) Decentralizarea hemodinamicii
 - d) Hiperventilarea
 - e) Includerea mecanismului renal de compensare
-

33. CM. Indicați fenomenele patologice, ce se dezvoltă în organism în faza terminală a hemoragiei.

- a) Acidoza
- b) Centralizarea hemodinamicii
- c) Toxemia
- d) Decentralizarea hemodinamicii

e) Hemodiluția

34. CM. Indicați simptomele locale ale hemoragiei gastro-intestinale.

- a) Voma cu sânge
 - b) Epistaxisul
 - c) Hemoperitoneumul
 - d) Hemoptizia
 - e) Melena
-

35. CS. Voma cu conținut "zaț de cafea" este caracteristică pentru:

- a) Ocluzia intestinală
 - b) Pancreatita acută
 - c) Hemoragia ulceroasă gastro-duodenală
 - d) Ruptura splinei
 - e) Distrucția pulmonară bacteriană
-

36. CM. Indicați semnele generale ale hemoragiei.

- a) Tahicardia
 - b) Melena
 - c) Paliditatea
 - d) Voma cu sânge
 - e) Hipotonia
-

37. CM. Ce parametri de laborator reflecta severitatea hemoragiei?

- a) Eritrocitele sîngelui
 - b) Leucocitele sîngelui
 - c) Hemoglobina sangvină
 - d) Hematocritul
 - e) Proteina sîngelui
-

38. CM. Selectați metodele de hemostază provizorie.

- a) Ligaturarea vasului în plagă
 - b) Compresia digitală a vasului
 - c) Aplicarea garoului
 - d) Aplicarea pansamentului compresiv
 - e) Flexia maximală a extremității în articulație
-

39. CS. Ce reprezintă sepsisul?

- a) Prezența bacteriilor în patul sangvin cu metastaze purulente în țesuturi și organe
 - b) Un fenomen microbial caracterizat prin răspuns inflamator local la prezența microorganismelor
 - c) Prezența și multiplicarea activă a bacteriilor în patul sangvin
 - d) Prezența bacteriilor în patul sangvin
 - e) Un proces infecțios caracterizat prin reacție inflamatorie sistemică
-

40. CS. Ce reprezintă septicemia?

- a) Un proces infecțios caracterizat prin reacție inflamatorie sistemică
- b) Un fenomen microbial caracterizat prin răspuns inflamator local la prezența microorganismelor
- c) Prezența și multiplicarea activă a bacteriilor în patul sangvin

- d) Prezența bacteriilor în patul sangvin
 - e) Prezența bacteriilor în patul sangvin cu metastaze purulente în țesuturi și organe
-

41. CM. Pentru diagnosticul sindromului de răspuns inflamator sistemic (SIRS) se utilizează următoarele criterii:

- a) Nivelul leucocitelor în sânge
 - b) Tensiunea arterială sistolică
 - c) Temperatura corpului
 - d) Frecvența respiratorie
 - e) Frecvența contractiilor cardiace
-

42. CM. Ce criterii confirmă prezența sindromului de răspuns inflamator sistemic (SIRS)?

- a) Numărul leucocitelor în sânge > 12.000/mm³
 - b) Numărul leucocitelor în sânge < 4.000/mm³
 - c) Tensiunea arterială sistolică < 90 mm Hg
 - d) Frecvența respiratorie < 14 respirații/min
 - e) Frecvența respiratorie > 20 respirații/min
-

43. CS. Care din rezultatele enumerate ale investigațiilor paraclinice este decisiv pentru confirmarea sepsisului?

- a) Hemocultura pozitivă
 - b) Evidențierea leucocitozei cu devierea spre stînga în formula leucocitară
 - c) Nivelul ridicat al citokinelor (factorul necrozei tumorale) în sânge
 - d) Nivelul crescut al proteinei C-reactive
 - e) Cantitatea înaltă de procalcitonină în serul sangvin
-

44. CS. Cel mai important agent bacterian provocător al gangrenei gazoase este:

- a) Clostridium hystolicum
 - b) Clostridium oedomatiens
 - c) Clostridium tetani
 - d) Clostridium perfringens
 - e) Clostridium septicum
-

45. CM. Indicați plăgile cu risc înalt de dezvoltare a infecției anaerobe clostridiene a țesuturilor moi (gangrenei gazoase).

- a) Cu contaminarea masivă cu sol
 - b) Cu traumatizarea masivă a mușchilor și oaselor
 - c) Cu canal profund și îngust (prin armă de foc)
 - d) Cu ischemia țesuturilor cauzată de afectarea vaselor sau plasarea garoului pe o perioadă îndelungată de timp
 - e) Plăgi tăiate, închise ermetic prin aplicarea suturilor primari
-

46. CS. Crepitația determinată palpator în cazul infecției anaerobe clostridiene a țesuturilor moi este cauzată de:

- a) Pătrunderea în plagă a aerului din tractul gastrointestinal în cazul formei postoperatorii a infecției
- b) Fricțiunea fragmentelor osoase în plagă, formate în rezultatul fracturilor deschise
- c) Producerea cantităților mari de exotoxină
- d) Formarea gazului în țesuturi

e) Pătrunderea în plagă a aerului din mediul extern prin canalul plăgii

47. CM. Care sunt scopurile inciziilor longitudinale „de lampas” în cazul infecției anaerobe clostridiene a țesuturilor moi (gangrenei gazoase) a extremității?

- a) Simplificarea exciziei țesuturilor necrotizate și vizual devitalizate
 - b) Sporirea vindecării plăgii
 - c) Diminuarea compresiei și a ischemiei tisulare
 - d) Ameliorarea accesului aerului spre canalul plăgii
 - e) Prevenirea multiplicării sporilor clostridieni
-

48. CM. Indicați metodele utile pentru diagnosticul infecției anaerobe neclostridiene a țesuturilor moi.

- a) Colectarea și incubarea microorganismelor în condiții anaerobe
 - b) Microscopia țesutului sau exudatului infectat
 - c) Analiza biochimică pentru determinarea nivelului citokinelor în sânge
 - d) Depistarea toxinelor în țesuturile infectate prin intermediul reacției imunoenzimatică (ELISA)
 - e) Cromatografia gazo-lichidiană a țesutului sau exudatului
-

49. CM. Ce caracterizează corect tetanosul?

- a) Deși tetanosul este rar, boala deja dezvoltată nu poate fi lichidată
 - b) Reprezintă o infecție cauzată de microorganisme anaerobe cu afectarea preponderentă a țesuturilor celulo-adipos și conjunctiv
 - c) Tetanosul nou-născuților este responsabil pentru circa 50% din decesurile condiționate de tetanos în țările în curs de dezvoltare
 - d) Boala nu se transmite de la o persoană la alta
 - e) Rata mortalității în tetanosul sever poate fi mai mare de 60%
-

50. CS. Care formă a tetanosului prezintă cel mai mic pericol?

- a) Generalizată
 - b) Postinjecțională (după vaccinare)
 - c) Locală
 - d) Neonatală
 - e) Cefalică
-

51. CM. Indicați măsurile utile pentru profilaxia tetanosului.

- a) Administrarea remediilor farmacologice, care micșorează spazmele musculare
 - b) Administrarea la copii a vaccinului (anatoxină tetanică) în asociere cu vaccinul contra difteriei și pertussis-ului
 - c) Revaccinarea la fiecare 10 ani
 - d) Imunizarea pasivă cu imunoglobulină tetanică umană
 - e) Administrarea antibioticelor cu spectru larg de acțiune
-

52. CM. Un risc elevat de dezvoltare a sepsisului se remarcă la:

- a) Bolnavii cu diabet zaharat
 - b) Bolnavii cu lupus eritematos sistemic
 - c) Bărbați
 - d) Femei
 - e) Bolnavii cu ateroscleroză
-

53. CS. Indicați agentul microbial cel mai rar implicat în cauzarea sepsisului.

- a) Bacteroides fragilis
 - b) Escherichia Coli
 - c) Klebsiella
 - d) Candida
 - e) Staphylococcus
-

54. CM. Care dintre mecanismele patofiziologice enumerate contribuie la dezvoltarea ischemiei și formează condiții anaerobe în caz de infecție anaerobă clostridiană a țesuturilor moi (gangrenă gazoasă)?

- a) Răspândirea gazului de-a lungul spațiilor fasciale
 - b) Creșterea presiunii în spațiile fasciale drept urmare a edemului
 - c) Dereglarea circuitului sangvin ca urmare a trombozei vaselor periferice
 - d) Tromboza spontană a arterelor magistrale
 - e) Multiplicarea rapidă a microorganismelor
-

55. CM. Infecția anaerobă neclostridiană se poate manifesta clinic sub formă de flegmon cu afectarea vastă a următoarelor țesuturi:

- a) Pielea (dermatită)
 - b) Țesutul subcutanat celuloadipos (celulită)
 - c) Țesutul conjunctiv (fasciită)
 - d) Mușchii (miozita)
 - e) Țesutul osos (osteomielita)
-

56. CM. Pătrunderea microflorei patogene în țesuturile moi ale mîinii mai des se petrece:

- a) Pe cale hematogenă
 - b) Prin bătăături, fisuri ale pielii
 - c) Pe cale limfogenă
 - d) Împreună cu corpii străini mici (așchii)
 - e) Din oasele infectate ale falangelor și metacarpului
-

57. CM. Indicați formele superficiale ale panarițiului.

- a) Subcutanat
 - b) Tendinos
 - c) Pandactilita
 - d) Periunghial (paronichia)
 - e) Cutanat
-

58. CS. Prin termenul "pandactilită" se subînțelege:

- a) Inflamația purulentă a tuturor degetelor mîinii
 - b) Inflamația purulentă a tuturor degetelor plantei
 - c) Inflamația purulentă a tuturor țesuturilor a unui deget al mîinii
 - d) Inflamația purulentă a tuturor țesuturilor a unui deget al plantei
 - e) Concreșterea tuturor degetelor mîinii sau a plantei
-

59. CM. Edemul regiunii dorsale a mîinii în caz de flegmon al suprafeței palmare:

- a) Se remarcă foarte rar
- b) Este cauzat doar de eruperea puroiului spre regiunea dorsală a mîinii
- c) Este remarcat în majoritatea cazurilor

- d) Este condiționat de particularitățile drenajului limfatic
- e) Apare precoce din cauza structurii laxe a țesutului subcutanat

60. CM. Ce localizare a colecției purulente este definită drept panarițiu?

- a) Suprafața palmară a falangei distale a degetului mâinii
- b) Suprafața plantară a falangei distale a degetului piciorului
- c) Spațiul celuloadipos al antebrațului Pirogov-Parona
- d) Regiunea periunghială a degetului mâinii
- e) Suprafața dorsală a falangei proximale a degetului mâinii

61. CM. Ce afirmații caracterizează veridic panarițiul periunghial (paronihia)?

- a) Procesul poate căpăta o evoluție cronică
- b) La compresiune de sub repliul periunghial se elimină puroi
- c) Infecția se dezvoltă în urma traumatismului regiunii eponihiale și paronihiale
- d) În regiunea cuticulei apare o durere moderată, tumefiere și hiperemie
- e) Procesul purulent se poate extinde spre suprafața palmară a falangei distale sub formă de "clepsidră"

62. CM. Ce afirmații caracterizează just panarițiul osos?

- a) Poate căpăta evoluție cronică
- b) Panarițiul degetului I și V se poate răspîndi spre spațiul celuloadipos profund al antebrațului
- c) De regulă, reprezintă consecința tratamentului inoportun al panarițiului subcutanat
- d) Infecția pătrunde în os prin fisuri cutanate
- e) Se localizează tipic pe falanga distală

63. CS. Modificările radiologice în cazul panarițiului osos apar:

- a) Peste o zi după debutul bolii
- b) Peste 3-5 zile după debutul bolii
- c) Peste 5-7 zile după debutul bolii
- d) Peste 10-12 zile după debutul bolii
- e) Peste 1,5-2 luni după debutul bolii

64. CM. Indicați formele anatomice ale flegmonului suprafeței dorsale a mâinii.

- a) Abcesul cutanat
- b) Flegmonul spațiului mediopalmar
- c) Flegmonul interfalangian (comisural)
- d) Flegmonul subcutanat
- e) Flegmonul subaponeurotic

65. CM. Care sunt cauzele principale ale deficitului ponderal la bolnavii chirurgicali?

- a) Întreruperea alimentării normale în timpul examinărilor preoperatorii
- b) Însuși procesul patologic, de care suferă bolnavul
- c) Adminstrarea antibioticelor, ce diminuează asimilarea substanțelor nutritive
- d) Starea deprimată a bolnavilor și pierderea poftei de mîncare în așteptarea intervenției chirurgicale
- e) Limitarea alimentației după operația chirurgicală

66. CS. Ce indice de laborator corelează cel mai precis cu nivelul deficitului proteic în organism?

- a) Albumina în sînge
 - b) Protrombina în sînge
 - c) Globulina în sînge
 - d) Proteina generală în sînge
 - e) Limfocitele în sînge
-

67. CS. Calcularea indexului masei corporale a bolnavului se efectuează după următoarea formulă:

- a) % limfocitelor x numărul total de leucocite / 100
 - b) Masa (kg) / talia (m²)
 - c) Masa corporală la momentul examinării x 100) / masa corporală ideală
 - d) 48,1 kg la talia de 152 cm plus 1,1 kg la fiecare cm ce depășește 152 cm
 - e) Masa (g) / talia (cm²)
-

68. CS. Ce valori corespund obezității morbide în conformitate cu indexul masei corporale?

- a) 18,5-24,9
 - b) 25,0-29,9
 - c) 30,0-34,9
 - d) 35,0-39,9
 - e) 40 și mai mult
-

69. CS. La care bolnavi este indicată alimentarea enterală?

- a) Ce au tract gastrointestinal funcțional, însă nu se pot alimenta adecvat per/os
 - b) Ce au fistulă a intestinului subțire
 - c) Ce au ocluzie intestinală
 - d) Ce au hemoragie gastro-intestinală
 - e) Ce au diaree severă
-

70. CM. Pentru care bolnavi este indicată alimentarea parenterală?

- a) Ce au suportat rezecția vastă a intestinului subțire
 - b) Ce suferă de diabet zaharat
 - c) Aflați în perioada postoperatorie precoce după rezecția gastrică
 - d) Aflați în perioada postoperatorie precoce după hemoroidectomie
 - e) Aflați în stare de comă neurologică
-

71. CM. Ce complicații sunt tipice pentru obezitatea morbidă?

- a) Boala hipertonică
 - b) Diabetul tip II
 - c) Osteomielita
 - d) Afecțiunile articulațiilor
 - e) Litiază biliară
-

72. CM. Ce complicații sunt caracteristice pentru obezitatea morbidă?

- a) Distrofia lipidică a ficatului
 - b) Dereglări tromboembolice
 - c) Probleme de ordin psihosocial
 - d) Dereglări endocrine
 - e) Boala ulceroasă
-

73. CM. Ce metode de alimentare enterală există?

- a) Prin sondă nazogastrică
 - b) Prin gastrostomă
 - c) Prin sondă eso-gastrică Sengstaken-Blakemore
 - d) Prin sondă (tub) rectală
 - e) Prin cateter, plasat în vena subclaviculară
-

74. CM. Semnele clinice locale ale plăgii sunt următoarele:

- a) Hemoragia
 - b) Doloritatea
 - c) Leziunea organelor interne
 - d) Dehiscenta marginilor plăgii
 - e) Șocul
-

75. CM. Intensitatea durerii în plagă este în dependență de următorii factori:

- a) Rapiditatea producerii plăgii
 - b) Intensitatea hemoragiei
 - c) Numărul de receptori nervoși în țesuturile zonei lezate
 - d) Caracteristica obiectului traumatizant
 - e) Capacitatea răspunsului imun
-

76. CM. Intensitatea hemoragiei din plagă este determinată de următorii factori:

- a) Starea hemodinamicii sistemice
 - b) Rapiditatea producerii leziunii
 - c) Adâncimea plăgii
 - d) Starea sistemului coagulant
 - e) Calibrul vasului lezat și tipul acestuia (arteră, venă)
-

77. CM. Ce plăgi se evidențiază în dependență de caracterul lezării țesuturilor?

- a) Tocată
 - b) Lacerată
 - c) Tăiată
 - d) Prin armă de foc
 - e) Ocazională
-

78. CS. La ce tip de plagă după caracterul lezării țesuturilor se referă incizia chirurgicală?

- a) La locul de muncă
 - b) Prin înțepare
 - c) Mixtă
 - d) Tăiată
 - e) Ocazională
-

79. CM. Indicați particularitățile clinice ale plăgilor prin înțepare.

- a) Dehiscenta marginilor plăgii este semnificativă
 - b) Pericol mare de lezare a structurilor interne
 - c) Dehiscenta marginilor plăgii nu este mare
 - d) Hemoragia externă nu este semnificativă
 - e) Apar după mușcături ale animalelor
-

80. CS. Indicați cel mai infectat tip de plagă.

- a) Tocată
 - b) Prin înțepare
 - c) Contuzionată
 - d) Tăiată
 - e) Mușcată
-

81. CM. Conform clasificării după gradul de infectare plăgile se clasifică în:

- a) Recent infectate
 - b) Aseptice
 - c) Necrotice
 - d) Putride
 - e) Purulente
-

82. CS. Se cunoaște, că procesul purulent în plagă se dezvoltă când concentrația microorganismelor este mai mare de:

- a) 10^5 (100.000) pe un gram de țesut
 - b) 10^4 (10.000) pe un gram de țesut
 - c) 10^3 (1.000) pe un gram de țesut
 - d) 10^2 (100) pe un gram de țesut
 - e) 10^1 (10) pe un gram de țesut
-

83. CM. Care plăgi ale abdomenului se consideră penetrante?

- a) Plaga cu lezarea pielii, țesutului adipos subcutanat, aponeurozei, peritoneului parietal și a intestinului
 - b) Plaga cu lezarea pielii și țesutului adipos subcutanat
 - c) Plaga cu lezarea pielii, țesutului adipos subcutanat și a aponeurozei
 - d) Plaga cu lezarea pielii, țesutului adipos subcutanat, aponeurozei și mușchilor peretelui abdominal anterior
 - e) Plaga cu lezarea pielii, țesutului adipos subcutanat, aponeurozei, mușchilor peretelui abdominal anterior și a peritoneului parietal
-

84. CM. Ce zone de traumare a țesuturilor se deosebesc în caz de plăgi prin armă de foc?

- a) Zona necrozei traumatice primare
 - b) Zona edemului traumatic
 - c) Zona canalului plăgii
 - d) Zona de comotie moleculară
 - e) Zona necrozei terțiare
-

85. CM. Ce particularități diferențiază plaga prin armă de foc?

- a) Prezența a trei zone de traumare
 - b) Se vindecă prin intenție primară
 - c) Caracterul anatomic complex al canalului plăgii
 - d) Gradul înalt de infectare
 - e) Prelucrarea chirurgicală primară a plăgii este finisată prin aplicarea suturilor
-

86. CM. Se deosebesc următoarele faze ale procesului de plagă:

- a) Vindecării secundare
- b) Formării și reorganizării cicatricei

- c) Regenerării
 - d) Vindecării primare
 - e) Inflamației
-

87. CS. Care elemente celulare joacă rolul principal în faza a doua a procesului de plagă (faza regenerării)?

- a) Limfocitele
 - b) Fibroblaștii
 - c) Macrofagii
 - d) Leucocitele neutrofile
 - e) Trombocitele
-

88. CS. Ce reprezintă prin sine țesutul granulant?

- a) Țesut epitelial, ce acoperă treptat defectul marginilor plăgii
 - b) Țesut cicatriceal dur
 - c) Țesut necrotic cu o concentrație înaltă a microorganismelor
 - d) Țesut conjunctiv fin cu capilare nou formate
 - e) Cheag dens în plagă, ce se formează în urma adeziei și agregării trombocitelor și trombozei capilarelor și venulelor
-

89. CS. De unde începe epitelizarea plăgii?

- a) De la mijlocul plăgii
 - b) Din profunzimea plăgii
 - c) De la marginile plăgii
 - d) De la cea mai vascularizată zonă a plăgii
 - e) Uniform de pe toată suprafața
-

90. CM. Există următoarele tipuri de vindecare a plăgilor:

- a) Sub crustă
 - b) Regenerarea primară amînată
 - c) Regenerarea secundară
 - d) Regenerarea primară
 - e) Regenerarea secundară precoce
-

91. CS. Cum se produce de regulă vindecarea plăgilor superficiale?

- a) Prin regenerare secundară
 - b) Prin regenerare primară amînată
 - c) Sub crustă
 - d) Prin regenerare primară
 - e) Prin regenerare secundară precoce
-

92. CS. La complicațiile locale ale plăgilor se referă:

- a) Șocul hemoragic
 - b) Șocul traumatic
 - c) Sepsisul
 - d) Supurația plăgii
 - e) Sindromul de intoxicație
-

93. CM. Care sunt complicațiile plăgilor în faza a treia a procesului de plagă (faza formării și reorganizării cicatricei)?

- a) Hemotoraxul
 - b) Eventrația
 - c) Cașexia
 - d) Sepsisul
 - e) Cicatricea keloidă
-

94. CM. Ce se referă la măsurile de prim ajutor în caz de plagă?

- a) Imobilizarea extremității lezate
 - b) Prelucrarea chirurgicală primară a plăgii
 - c) Aplicarea pansamentului aseptice pe plagă
 - d) Administrarea antibioticelor
 - e) Aplicarea garoului hemostatic
-

95. CM. Prelucrarea chirurgicală primară a plăgii infectate include:

- a) Aplicarea cuarțului pe plagă
 - b) Drenarea plăgii
 - c) Excizia țesuturilor necrotizate
 - d) Înlăturarea corpiilor străini din plagă
 - e) Revizia plăgii
-

96. CS. Ce tip de sutură se aplică după prelucrarea chirurgicală primară a plăgii prin armă de foc?

- a) Sutură primară
 - b) Sutură primară amînată
 - c) Sutură secundară precoce
 - d) Sutură secundară tardivă
 - e) Suturi nu se aplică
-

97. CS. Pentru liza mai rapidă și înlăturarea țesuturilor necrotice din plagă se utilizează:

- a) Antibiotice
 - b) Peroxid de hidrogen
 - c) Unguente hidrosolubile (levosin, levomicol)
 - d) Fermenți proteolitici
 - e) Acid boric
-

98. CM. În care situații lezarea chiar și a vaselor de calibru mic se asociază cu hemoragie pronunțată și pune în pericol viața bolnavului?

- a) La bolnavii cu ciroză hepatică
 - b) La bolnavii cu hipotonie
 - c) La bolnavii cu hemofilie
 - d) La bolnavii ce primesc anticoagulante
 - e) La bolnavii în stare de ebrietate alcoolică severă
-

99. CS. Într-o plagă abdominală vastă cu eviscerarea organelor interne primul ajutor medical constă în:

- a) Administrarea antibioticelor
- b) Aplicarea unui pansament aseptice larg
- c) Prelucrarea marginilor plăgii cu o soluție antiseptică
- d) Suturarea urgentă a plăgii

e) Lavajul organelor eviscerate cu orice soluție antiseptică

100. CS. Suturile primare amânate se aplică pe plagă:

- a) Peste 5-6 zile după prelucrarea chirurgicală primară a plăgii, pînă la dezvoltarea țesutului de granulație
 - b) Imediat după prelucrarea chirurgicală primară a plăgii
 - c) După dezvoltarea granulațiilor, însă pînă la dezvoltarea țesutului conjunctiv
 - d) După excizia țesutului de granulație ce s-a format în plagă
 - e) După dezvoltarea țesutului conjunctiv și a fenomenului de contracție a plăgii
-

101. CM. Indicați preparatele ce sunt recomandate pentru tratamentul plăgilor purulente în faza a doua a procesului de plagă.

- a) Fermenți proteolitici
 - b) Unguente hidrosolubile
 - c) Unguente liposolubile
 - d) Alcool etilic
 - e) Unguent de solcoseril și actovegin
-

102. CM. Indicați cauzele posibile de dezvoltare a insuficienței arteriale acute a extremității.

- a) Trauma arterei magistrale
 - b) Stenoza lumenului arterial cu o placă aterosclerotică
 - c) Embolia arterială
 - d) Tromboza arterială
 - e) Tromboflebita
-

103. CS. Dereglarea sensibilității (parestezii, hipo- sau anestezia) și diminuarea mișcărilor active (pareza, plegia) sunt caracteristice pentru:

- a) Sindromul de ischemie acută
 - b) Sindromul de ischemie cronică
 - c) Tromboza venoasă acută
 - d) Insuficiența venoasă cronică
 - e) Limfedem
-

104. CM. Pentru stadiile tardive ale ischemiei acute a extremității sunt caracteristice următoarele date clinice:

- a) Dilatarea pronunțată a venelor subcutanate
 - b) Edemul pronunțat al coapsei și hiperemia plantară
 - c) Aspectul de marmoră al tegumentelor și hipotermia marcată a plantei
 - d) Edemul moderat al gambei
 - e) Plegia extremității și contractura în flexie
-

105. CS. Grupa de simptome, reunite în literatura anglofonă sub termenul "6P", este caracteristică pentru:

- a) Ischemia acută a extremității
 - b) Ischemia cronică a extremității
 - c) Aneurismul arterial
 - d) Tromboza venoasă acută
 - e) Insuficiența venoasă cronică
-

106. CM. Indicați manifestările, ce nu se referă la grupa de simptome reunite în literatura anglofonă sub termenul "6P".

- a) Paresthesia - parestezia
 - b) Pallor - paloarea tegumentelor
 - c) Polyuria - poliuria
 - d) Poikilocytosis - poichilocitoza
 - e) Pain - durerea
-

107. CS. Trombembolia arterelor periferice se asociază cu dezvoltarea sindromului de:

- a) Insuficiență venoasă cronică
 - b) Ischemie cronică
 - c) Ischemie acută
 - d) Coagulare intravasculară diseminată
 - e) Dilatare anevrismatică arterială
-

108. CM. În prezența căror patologii concomitente trebuie suspectată embolia, drept cauză a ischemiei acute a membrelor inferioare?

- a) Diabetul zaharat tip II
 - b) Fibrilația atrială
 - c) Boala varicoasă a extremităților inferioare
 - d) Infarctul miocardic
 - e) Anevrismul de aortă abdominală
-

109. CM. Indicați simptomele tipice ale ischemiei acute a membrelor inferioare.

- a) Dereglarea sensibilității în regiunea plantei
 - b) Claudicația intermitentă
 - c) Edemul pronunțat al coapsei
 - d) Limitarea sau absența mișcărilor active la nivelul degetelor plantei
 - e) Suflul sistolic, auscultat deasupra arterelor plantei
-

110. CM. Indicați situațiile clinice ce corespund sindromului de picior diabetic conform definiției OMS.

- a) Neuropatia diabetică fără ulcer, gangrenă sau infecție la nivelul plantei
 - b) Plaga infectată a plantei la un pacient cu diabet zaharat, fără neuro- și angiopatie
 - c) Ulcerul plantar asociat cu neuropatia diabetică
 - d) Gangrena degetului plantei asociată cu angiopatie la un pacient cu diabet zaharat
 - e) Ulcerul plantar la un bolnav cu ateroscleroză, fără diabet zaharat
-

111. CS. Ulcerul plantar se dezvoltă la:

- a) Mai puțin de 1% din bolnavii cu diabet zaharat
 - b) Mai puțin de 5% din bolnavii cu diabet zaharat
 - c) 10-15% din bolnavii cu diabet zaharat
 - d) Mai mult de 50% din bolnavii cu diabet zaharat
 - e) Mai mult de 90% din bolnavii cu diabet zaharat
-

112. CS. Indicați forma cea mai des întâlnită a piciorului diabetic.

- a) Ischemică
- b) Osteoartropatică
- c) Neuropatică

- d) Neuro-ischemică
 - e) Osteomielitică
-

113. CM. Indicați forma piciorului diabetic care cel mai des duce la amputație înaltă.

- a) Ischemică
 - b) Osteoartropatică
 - c) Neuropatică
 - d) Neuro-ischemică
 - e) Osteomielitică
-

114. CM. Cu scop de depistare a pacienților diabetici cu risc de dezvoltare a sindromului de picior diabetic („screening”-ul) se efectuează:

- a) Inspekția plantei pentru evidențierea prezenței ulcerelor, gangrenei, infecției
 - b) Determinarea nivelului insulinei endogene
 - c) Palparea pulsului pe arterele plantare
 - d) Testul Semmes-Weinstein
 - e) Duplex scanarea vaselor membrelor inferioare
-

115. CM. Pentru forma neuropatică a piciorului diabetic sunt caracteristice:

- a) Prezența ulcerelor indolare cu hipercheratoză pe partea plantară
 - b) Prezența necrozelor foarte dureroase pe degetele plantei
 - c) Lipsa pulsului pe arterele plantei
 - d) Tegumentele plantei calde și uscate
 - e) Deformația vădită a plantei
-

116. CM. Pentru forma ischemică a piciorului diabetic sunt caracteristice:

- a) Prezența ulcerelor indolare cu hipercheratoză pe partea plantară
 - b) Prezența necrozelor foarte dureroase pe degetele plantei
 - c) Lipsa pulsului pe arterele plantei
 - d) Tegumentele plantei calde și uscate
 - e) Suflu sistolic pe artera femurală
-

117. CM. Pentru confirmarea formai ischemice a piciorului diabetic sunt utilizate:

- a) Determinarea indicelui braheo-maleolar
 - b) Testul Semmes-Weinstein
 - c) Determinarea transcutanată a presiunii oxigenului în țesuturile plantei (T_{cp}O₂)
 - d) Determinarea presiunii sistolice digitale prin fotopletismografie
 - e) Radiografia plantei
-

118. CM. Infecția superficială a piciorului diabetic afectează:

- a) Pielea
 - b) Țesutul adipos subcutanat
 - c) Mușchii
 - d) Tendoanele
 - e) Oasele
-

119. CM. Infecția profundă a piciorului diabetic afectează:

- a) Vasele sangvine
- b) Nervii
- c) Mușchii

- d) Tendoanele
 - e) Oasele
-

120. CS. Conform clasificării Wagner, gangrena degetelor plantei este apreciată ca picior diabetic de:

- a) Gradul 1
 - b) Gradul 2
 - c) Gradul 3
 - d) Gradul 4
 - e) Gradul 5
-

121. CS. Conform clasificării Wagner, gangrena extinsă a plantei este apreciată ca picior diabetic de:

- a) Gradul 1
 - b) Gradul 2
 - c) Gradul 3
 - d) Gradul 4
 - e) Gradul 5
-

122. CM. Conform clasificării Wagner, piciorului diabetic de gradul 0 îi corespunde:

- a) Ulcerul plantar superficial ce nu perforază stratul subcutanat
 - b) Gangrena extinsă a plantei
 - c) Ulcerul plantar, complicat cu osteomielită, abces sau flegmon
 - d) Ulcerul plantar epitelizat
 - e) Absența defectelor țesuturilor plantei
-

123. CM. Indicați preparatele medicamentoase care se utilizează în tratamentul și profilaxia complicațiilor vasculare a bolnavilor cu sindromul de plantă diabetică:

- a) Antispastice (papaverina, no-spa)
 - b) Antitrombotice (aspirina, clopidogrel, ticlid)
 - c) Vitaminele grupei B
 - d) Analogul sintetic al prostaglandinei E1
 - e) Statine (Simvastatina, Atorvastatina)
-

124. CM. Indicați modificările în analizele de laborator, caracteristice pentru planta diabetică infectată.

- a) Leucocitoză
 - b) Monocitoză
 - c) Hiperglicemie
 - d) Hipoglicemie
 - e) Eozinofilie
-

125. CM. Tratamentul chirurgical complex al formei ischemice a plantei diabetice, de gradul 4 conform clasificării Wagner, include:

- a) Închiderea ulcerului plantei cu lambou cutanat pediculat migrat
 - b) Efectuarea operațiilor reconstructive pe arterele magistrale
 - c) Înlăturarea țesuturilor devitalizate
 - d) Efectuarea amputației primare la nivelul treimii distale a gambei
 - e) Excizia băătăurii de pe suprafața ventrală a plantei
-

Apendicita acută

1. CS Cel mai sugestiv semn în diagnosticul apendicitei acute este:
 - A. Triada Dieulafoy
 - B. Semnul Kocher
 - C. Semnul Bartomier-Michelson
 - D. Semnul Sitkovsky
 - E. Semnul Blumberg
2. CS Notați care strat al peretelui apendicular este dotat cu un număr mare de foliculi, fapt pentru care apendicele a fost numit „amigdala abdominală”:
 - A. Submucoasa
 - B. Mucoasa
 - C. Musculara
 - D. Seroasa
 - E. Toate răspunsurile sunt corecte.
3. CS Selectați afirmația corectă privind tratamentul plastronului apendicular în faza de infiltrație:
 - A. Conservativ
 - B. Chirurgical
 - C. Medico-chirurgical
 - D. Fizioterapeutic
 - E. Toate răspunsurile sunt corecte
4. CS Calea de abord preferată în abcesul de sac Douglas este:
 - A. Rectotomie
 - B. Laparotomie subombilicală
 - C. Laparotomie în fosa iliacă dreaptă
 - D. Prin laparotomie supra- și subombilicală
 - E. Laparotomie tip Kocher
5. CS Manevra Blumberg constă în:
 - A. Durere provocată la palparea fosei iliace drepte
 - B. Durere în fosa iliacă dreaptă la extensia corpului
 - C. Durere în fosa iliacă dreaptă la tușeul rectal
 - D. Durere la decompresiunea bruscă în fosa iliacă dreaptă
 - E. Durere în fosa iliacă dreaptă la palpare în momentul flexiei membrului inferior drept
6. CS Semnul Kocher în cazul apendicitei acute semnifică debutul durerii în:
 - A. Fosa iliacă dreaptă
 - B. Epigastru
 - C. Pe toată suprafața abdomenului
 - D. Fosa iliacă stângă
 - E. Hipogastru
7. CS Un apendice tensionat „măciucat” la vârf, cu seroasa mată și mezoul infiltrat indică un proces de:
 - A. Apendicită acută catarală
 - B. Apendicită acută flegmonoasă
 - C. Apendicită cronică
 - D. Apendicită acută gangrenoasă
 - E. Apendicită acută perforativă
8. CS Semnul funcțional cardinal al apendicitei acute este:
 - A. Durerea abdominală
 - B. Inapetența
 - C. Greața
 - D. Vărsăturile

- E. Tulburările de tranzit intestinal
9. CS Referitor la frecvența apendicitei acute se pot afirma următoarele, CU EXCEPȚIA:
- A. E cea mai frecventă urgență abdominală
 - B. Frecvența la vârstnici este mai mare
 - C. În perioada pubertății și adolescenței sexul feminin pare a fi mai afectat
 - D. Frecvența este mai redusă la nou născuți și sugari
 - E. Frecvența maximă e în primele 3 decade de viață
10. CS În faza infiltrativă a plastronului apendicular atitudinea terapeutică se reduce la:
- A. Tratament conservativ (punga cu gheață, dietă, antibiotice, fizioterapie)
 - B. Tratament chirurgical la tineri
 - C. Tratament chirurgical la vârstnici
 - D. Tratament chirurgical când procesul este situat în pelvis
 - E. Tratament chirurgical când clinic nu se exclude un cancer al cecului
11. CM Tactica medico-chirurgicală optimală în plastronul apendicular abcedat confirmat este:
- A. Tratament medical, inclusiv antibioticoterapie și fizioterapie
 - B. Drenarea extraperitoneală a abcesului (după Pirogov)
 - C. Drenarea abcesului sub controlul ecografiei
 - D. Drenarea abcesului prin laparotomie mediană inferioară
 - E. Drenarea abcesului prin incizie oblică tip McBurney
12. CM Urmărirea evoluției plastronului apendicular se face prin examinarea clinică și paraclinică. Selectați-le.
- A. Termometria
 - B. Leucocitoza în dinamică
 - C. Determinarea în dinamică a fosfatazei alcaline
 - D. Ultrasonografia abdominală în dinamică
 - E. Evoluția dimensiunilor formațiunii inflamatorii
13. CM Tabloul clinic al apendicitei acute la debut, include:
- A. Febra și vomele anticipează durerea în abdomen
 - B. Vomele, care pot apărea în scurt timp după apariția durerilor în abdomen
 - C. Senzația de greață se atestă după apariția durerilor în abdomen
 - D. Oprirea gazelor, balonarea abdomenului
 - E. Poate fi diaree
14. CM Marcați laturile triunghiului Iacobovici:
- A. Linia bispinală
 - B. Linia mediană subombilicală
 - C. Marginea externă a mușchiului rect abdominal
 - D. Treimea externă dreaptă a liniei bispinale
 - E. Linia spino-ombilicală dreaptă
15. CM Ce afirmații sunt corecte referitor la apendicita acută cu localizare în sacul herniar:
- A. Apendicele inflamate este depistat în sacul herniar inghinal
 - B. Simulează o hernie strangulată
 - C. Poartă denumirea de hernia Littre
 - D. Poate evolua în flegmon al sacului herniar
 - E. Poartă denumirea de hernia Amyand
16. CM Plastronul apendicular se poate manifesta prin următoarele semne:
- A. Formațiune indoloră în fosa iliacă dreaptă
 - B. Alterarea stării generale este însoțită de diaree
 - C. Dureri la palpare în fosa iliacă dreaptă
 - D. Prezența fluctuenței în fosa iliacă dreaptă
 - E. Formațiune doloasă cu contur neregulat situată în fosa iliacă dreaptă
17. CM Care dintre următoarele simptome corespund tabloului clinic al apendicitei acute?
- A. Durere epigastrică

- B. Durere spontană și provocată în fosa iliacă dreaptă
 - C. Greață și vărsături
 - D. Dureri abdominale colicative generalizate
 - E. Scaune diareice repetate care ușurează starea bolnavului
18. CM În apendicita acută constatată se impun următoarele manipulații medico-chirurgicale:
- A. medicație laxativă
 - B. Clismele evacuatorii
 - C. Antibiotice cu spectru larg
 - D. Intervenție chirurgicală
 - E. Apendicectomia laparoscopică
19. CM Peritonita generalizată de origine apendiculară se caracterizează prin:
- A. Stare generală alterată
 - B. Tranzit intestinal dereglat
 - C. Febră
 - D. Leucocitoza 15-20.000
 - E. Dureri abdominale cu iradiere posterioară
20. CM Indicați semnele clinice ale apendicitei acute la adult la debutul bolii:
- A. Durere în fosa iliacă dreaptă
 - B. Inapetență precoce
 - C. Febra mai mare de 39°C
 - D. Limba saburată
 - E. Oprirea tranzitului intestinal
21. CM Indicați variantele posibile de evoluție a plastronului apendicular:
- A. Peritonită generalizată în *doi timpi*
 - B. Favorabilă în urma tratamentului medical
 - C. Abcedare
 - D. Întotdeauna regresează spontan
 - E. Fistulizare
22. CM Formele morfopatologice ale apendicitei acute sunt:
- A. Catarală
 - B. Toxică
 - C. Gangrenoasă
 - D. Flegmonoasă
 - E. Chistică
23. CM Diagnosticul diferențial al apendicitei acute la copil se face cu:
- A. Gastroenterita acută
 - B. Adenita mezenterică
 - C. Invaginația intestinală
 - D. Omfalocel
 - E. Infecția urinară
24. CM Selectați variantele corecte de poziționare ale apendicelui vermicular:
- A. Retrocecală
 - B. Mezoceliacă
 - C. Retrogastrică
 - D. Pelvină
 - E. Juxtapancreatică
25. CM Indicați semnele clinice ale plastronului apendicular în faza infiltrativă:
- A. Leucocitoză
 - B. Tumoră dureroasă, cu contururi difuze, care apare la a 3-5 zi de la debutul bolii
 - C. Semnul Blumberg pozitiv în fosa iliacă dreaptă
 - D. Fenomenul de fluctuență în fosa iliacă dreaptă
 - E. Febră

Apendicita acută (răspunsuri)

- | | |
|-------------|-------------|
| 1. A | 21. A,B,C,E |
| 2. B | 22. A,C,D |
| 3. A | 23. A,B,C,E |
| 4. A | 24. A,B,D |
| 5. D | 25. B,C,E |
| 6. B | |
| 7. B | |
| 8. A | |
| 9. B | |
| 10. A | |
| 11. A,B,C | |
| 12. A,B,D,E | |
| 13. B,C,E | |
| 14. A,C,E | |
| 15. A,B,D,E | |
| 16. C,E | |
| 17. A,B,C | |
| 18. C,D,E | |
| 19. A,B,C,D | |
| 20. A,B,D | |

Herniile peretelui abdominal

1. CS Care dintre următoarele afirmații caracterizează hernia inghinală directă:
 - A. Nu coboară niciodată în scrot
 - B. Este congenitală
 - C. Este mai frecvent unilaterală
 - D. Se strangulează foarte frecvent
 - E. Este o hernie de efort
2. CS Strangularea diverticului Meckel poartă denumirea de hernie:
 - A. Richter
 - B. Maydl
 - C. Littre
 - D. Hesselbach
 - E. Brock
3. CS Peretele posterior al canalului inghinal este reprezentat de:
 - A. Fascia transversalis
 - B. Oblicul intern
 - C. Tendonul conjunct
 - D. Arcada crurală
 - E. Oblicul extern
4. CS Strangularea parietală antimezocolică este hernia:
 - A. Brock
 - B. Gheselbach
 - C. Maydl
 - D. Richter
 - E. Littre
5. CS Colul sacului herniei femurale tipice se găsește:
 - A. Anterior de arcada crurală

- B. Medial de vasele femurale
 - C. Lateral de vasele femurale
 - D. Posterior de vasele femurale
 - E. Medial de ligamentul Cooper
6. CS Sacul herniar lipsește în hernia:
- A. Inghinală congenitală
 - B. Ombilicală
 - C. Inghinală prin clivaj
 - D. Perineală
 - E. Diafragmală posttraumatică
7. CS În tratamentul herniilor femurale care procedeu de plastie prevede consolidarea peretelui posterior al canalului inghinal?
- A. Rudji
 - B. Postempsky
 - C. Rudji-Parlavecchio
 - D. Lexer
 - E. Bassini
8. CS În herniile ombilicale la copii cu inel herniar până la 3 cm mai preferabilă este metoda de plastie:
- A. Mayo
 - B. Bassini
 - C. Sapejko
 - D. Lexer
 - E. Martynov
9. CS Aforismul renumit *“În fiecare caz de ocluzie intestinală să fie examinate porțile herniare în căutarea herniilor strangulate”* îi aparține lui:
- A. Iudin
 - B. Spasokukotsky
 - C. Kukudjanov
 - D. Mondor
 - E. Bassini
10. CS Aloplastia Lichtenstein în tratamentul chirurgical al herniei inghinale prevede consolidarea peretelui canalului inghinal:
- A. Anterior
 - B. Posterior
 - C. Superior
 - D. Inferior
 - E. Lateral
11. CM În stadiul de ischemie a unei hernii strangulate găsim următoarele semne:
- A. Ansa aferentă dilatată și cianotică
 - B. Tromboza venelor mezoului
 - C. Peretele intestinului îngroșat cu false membrane pe seroasă
 - D. În sacul herniar este prezent lichid purulent, fecaloid
 - E. Ansa eferentă palidă, colabată
12. CM Tranzitul intestinal este păstrat în următoarele forme ale herniilor strangulate:
- A. Hernia Litre
 - B. Hernia Maydl
 - C. Hernia Brock
 - D. Hernia Gheselbah
 - E. Hernia Richter
13. CM Pseudostrangularea la un purtător de hernie se manifestă în următoarele situații:
- A. Colecistita acută gangrenoasă cu peritonită difuză

- B. Pancreatita pseudotumorală
 - C. Ulcerul gastroduodenal perforat
 - D. Apendicita acută perforativă
 - E. Perforația atipică a ulcerului duodenal
14. CM Tratatamentul conservativ (bandajul) al herniei este indicat:
- A. În caz de refuz categoric al pacientului la operație
 - B. În hernia reponibilă
 - C. Când intervenția chirurgicală este contraindicată
 - D. În herniile ireductibile
 - E. În hernia inghinală strangulată la vâstnic
15. CM Selectați afirmațiile corecte referitor la herniile inghinale oblice:
- A. Sacul herniar poate coborî în scrot
 - B. Sacul se extinde anterio-medial de cordonul spermatic
 - C. Sacul se află medial de vasele epigastrice inferioare
 - D. Sacul se extinde lateral de cordonul spermatic
 - E. Este mai rar bilaterală decât cea directă
16. CM Dacă la deschiderea sacului herniar vom depista o ansă de culoare roșie închisă, dilatată cu seroasa fără luciu și cu sufuziuni în regiunea șanțului de strangulare, vom constata:
- A. Stadiul de congestie
 - B. Stadiul de ischemie
 - C. Stadiul de gangrenă
 - D. Stadiul de perforație
 - E. Reversibilitatea schimbărilor morfopatologice
17. CM Selectați afirmațiile corecte referitor la herniile strangulate:
- A. Toate sunt asociate cu stoparea tranzitului intestinal
 - B. Hernia femurală are o rată de strangulare mai mare decât a liniei Spiegel
 - C. Strangularea la copii lipsește
 - D. Hernia Brock nu se caracterizează prin ischemie
 - E. În hernia Maydl suferă numai ansa aferentă
18. CM Selectați afirmațiile corecte referitor la hernia inghinală prin alunecare pe stânga:
- A. Porțile herniare sunt mari
 - B. Conține întotdeauna numai intestin subțire
 - C. Colonul sigmoid este un perete al sacului herniar
 - D. Nu strangulează niciodată
 - E. Este însoțită de dereglare a micțiunii
19. CM În herniile inghinale directe scopul major al operației este plastia peretelui posterior al canalului inghinal. Dintre cele enumerate mai frecvent sunt folosite procedeele:
- A. Bassini
 - B. Girard-Spasokukotsky
 - C. Postempsky
 - D. Kimbarovsky
 - E. Martynov
20. CM Indicați care pot fi complicațiile herniilor:
- A. Coprostaza
 - B. Prostatita
 - C. Strangularea
 - D. Flegmonul sacului herniar
 - E. Ireductibilitatea
21. CM În hernia strangulată Richter constatăm:
- A. Tranzit intestinal păstrat
 - B. Vărsături
 - C. Tumoră ireductibilă la nivelul zonei herniare respective

- D. Oprirea tranzitului intestinal
 - E. Febră la debut
22. CM Care organe cel mai frecvent herniază:
- A. Vezica urinară
 - B. Epiploonul
 - C. Colonul ascendent
 - D. Intestinul subțire
 - E. Prostata
23. CM Durerea într-o hernie reponibilă poate fi:
- A. Sub forma de greutate sau jenă dureroasă
 - B. Violentă
 - C. Colicativă
 - D. Se accentuează la efort fizic
 - E. Poate fi absentă
24. CM Aloplastia Lichtenstein este utilizată în tratamentul chirurgical al herniilor:
- A. Ombilicale
 - B. Femurale
 - C. Inghinale
 - D. Liniei albe
 - E. Diafragmale posttraumatice
25. CM Orificiul intern al canalului femural este delimitat de:
- A. Vena femurală
 - B. Ligamentul Cooper
 - C. Ligamentul Gimbernati
 - D. Ligamentul Poupart
 - E. Ligamentul ombilical median

Herniile (răspunsuri)

- | | |
|-------------|-------------|
| 1. A | 14. A,C |
| 2. C | 15. A,D,E |
| 3. A | 16. A,E |
| 4. D | 17. B,D |
| 5. B | 18. A,C |
| 6. E | 19. A,C |
| 7. C | 20. A,C,D,E |
| 8. D | 21. A,C |
| 9. D | 22. B,D |
| 10. B | 23. A,D,E |
| 11. A,B,C,E | 24. B,C |
| 12. A,C,E | 25. A,B,C,D |
| 13. A,C,D | |

Ocluzia intestinală

1. CS Durerea în ocluzia intestinală prin strangulare poate fi:
 - A. Continuă, puternică, dramatică
 - B. Colicativă
 - C. Doar o senzație de vagă durere difuză
 - D. Intermitentă sub formă de "colici de luptă"
 - E. Nu este specifică
2. CS În ocluzia intestinală semnul Schlinge se caracterizează prin:
 - A. Prezența clapotajului de asupra ansei balonate

- B. Zgomotul picăturii în cădere
 - C. Timpanism pronunțat de asupra asimetriei
 - D. Prezența ampulei rectale lărgite și goale
 - E. Prezența hiperperistaltismului prin zgomote vii, frecvente care se aud la distanță
3. CS În debutul ocluziei intestinale o distensie generalizată a anselor intestinale fără imagini hidroaerice la examenul radiologic mărturisește despre:
- A. Ocluzia intestinală dinamică
 - B. Volvulusul sigmoidian
 - C. Hernia inghinală strangulată
 - D. Sindromul Bouveret
 - E. Ocluzie provocată de cancerul de cec
4. CS Semnul Sklearov în ocluzia intestinală se caracterizează prin:
- A. Timpanism pronunțat de asupra locului asimetric
 - B. Rezistența elastică a peretelui abdominal
 - C. Balonare asimetrică a abdomenului
 - D. Prezența clapotajului de asupra ansei balonate
 - E. Zgomotul “picăturii în cădere”
5. CS Cea mai frecventă cauză a ocluziei intestinale la distanță la un bolnav laparotomizat este:
- A. Invaginația
 - B. Ileusul biliar
 - C. Bridele, aderențele
 - D. Corpii străini postoperatorii
 - E. Stenoza intestinală postoperatorie
6. CS Indicați ileusul dinamic prezent în pleurezii, fracturi vertebrale, hematom retroperitoneal:
- A. Toxic
 - B. Reflexogen
 - C. Metabolic
 - D. Neurogen
 - E. Spastic
7. CS La devolvularea intestinului subțire s-a constatat necroza unui segment al ileonului. Limita rezecției ansei necrotizate în direcția cranială (ansa aferentă) va trece la distanța de la marginea vizibilă a necrozei:
- A. 10 - 15 cm
 - B. 20 - 30 cm
 - C. 5 - 10 cm
 - D. 30 - 40 cm
 - E. 15 - 20 cm
8. CS Indicați presiunea intraintestinală în normă:
- A. 2-4 cm H₂O
 - B. 6-8 cm H₂O
 - C. 10-12 cmH₂O
 - D. 14-16 cm H₂O
 - E. 18-20 cmH₂O
9. CS Care este cea mai frecventă cauză de ocluzie intestinală la bătrâni:
- A. Fecaloamele
 - B. Neoplasmul de colon stâng
 - C. Invaginația
 - D. Neoplasmul de colon drept
 - E. Volvulusul de intestin subțire
10. CS. Diverticulul Meckel poate provoca următorul tip de ocluzie intestinală:
- A. Ocluzie dinamică
 - B. Volvulus de sigmoid

- C. Ileus biliar
 - D. Ocluzie intestinală mecanică
 - E. Ocluzie intestinală joasă
11. CM Semnele clinice ale deshidratării extracelulare sunt următoarele:
- A. Uscăciunea și paliditatea tegumentelor
 - B. Limba uscată și saburată
 - C. Setea chinuitoare
 - D. Grețurile și voma
 - E. Hipotonia arterială, tahicardia
12. CM La constituirea sectorului III lichidian patologic în ocluzia intestinală contribuie următoarele fenomene:
- A. Transudarea lichidului în lumenul intestinului de asupra obstacolului
 - B. Staza gastrică
 - C. Transudarea lichidului în peretele intestinului
 - D. Absorbția excesivă în intestinul mai jos de obstacol
 - E. Transudarea lichidului în cavitatea peritoneală
13. CM Cele mai informative metode în diagnosticul ocluziei mecanice pe intestinul subțire sunt:
- A. Proba Schwartz
 - B. Ultrasonografia abdominală
 - C. Irigoscopia
 - D. Laparoscopia
 - E. Radiografia abdominală de ansamblu
14. CM În care ocluzie intestinală, de la debut se afectează vascularizarea segmentului implicat în procesul patologic?
- A. Volvulusul
 - B. Invaginația
 - C. Corpii străini intralumenali
 - D. Strangularea
 - E. Leziunile parietale inflamatorii specifice
15. CM Fiind o ocluzie intestinală joasă, volvulusul sigmoidian:
- A. Este precedat frecvent de colici sau crize subocluzive
 - B. Debutează brusc cu dureri în fosa iliacă stângă și distensie abdominală asimetrică
 - C. Tranzitul intestinal este întrerupt de la debutul bolii
 - D. Examenul radiologic al abdomenului arată o imagine aerică cu aspect de "anvelopă de bicicletă"
 - E. Provoacă vome frecvente
16. CM Care dintre următoarele cauze pot determina un ileus paralytic?
- A. Fitobezoarul
 - B. Colica nefretică
 - C. Peritonita
 - D. Volvulusul sigmoidian
 - E. Abcesul retroperitoneal
17. CM În ocluzia intestinală înaltă gazele se acumulează în lumenul intestinal:
- A. 70% din aerul înghițit
 - B. 100% în urma proceselor de fermentație a florei microbiene și reacțiilor biochimice ale sucurilor digestive
 - C. 70% în urma proceselor de fermentație a florei microbiene
 - D. 30% în urma reacțiilor biochimice ale sucurilor digestive
 - E. 30% în urma proceselor de fermentație a florei microbiene și reacțiilor biochimice ale sucurilor digestive
18. CM Aspirația gastrointestinală în ocluzia intestinală prin strangulare cu rezecție de intestin subțire și anastomoză termino-terminală, urmărește câteva obiective:

- A. Ameliorează microcirculația intestinului
 - B. Previne dehiscenta anastomozei
 - C. Previne eviscerația plăgii
 - D. Previne ocluzia paralică
 - E. Previne pancreatita postoperatorie
19. CM Aspectul radiologic în ocluzia intestinală joasă provocată de adenocarcinom este reprezentat prin:
- A. Aspect de “nisă”
 - B. Defect de umplere
 - C. Aspect de “mar mușcat”
 - D. Prezența imaginilor hidroaerice
 - E. Stenozarea lumenului intestinal
20. CM Diagnosticul pozitiv în ocluziile intestinale mecanice se face în baza:
- A. Semnelor clinice
 - B. Semnelor radiologice
 - C. Semnelor ecografice
 - D. Antecedentelor patologice ale bolnavului
 - E. Angiografiei mezenterice
21. CM Radiografia abdominală simplă în ocluzia intestinală evidențiază:
- A. Distensia gazoasă a anselor intestinale
 - B. Imaginile hidroaerice
 - C. Defectul de umplere
 - D. Îngustarea lumenului intestinal
 - E. Plicele semilunare
22. CM. Irigoscopia poate avea și rol terapeutic în:
- A. Cancerul sigmoidian
 - B. Invaginația iliocecală la copil
 - C. Hernia inghinoscrotală voluminoasă strangulată
 - D. Volvulusul sigmoidian
 - E. Atrezia rectului la copil
23. CM Diagnosticul clinic al ocluziei intestinale precoce înalte se pune în baza:
- A. Contracturii musculare a peretelui abdominal
 - B. Durerilor colicative în abdomen
 - C. Grețurilor și vomiei
 - D. Prezenței semnului Blumberg
 - E. Intreruperii din primele ore ale bolii a tranzitului intestinal pentru materii fecale și gaze
24. CM Indicați afirmațiile corecte cu privire la ocluzia intestinală prin cancer de colon:
- A. Frecvența mai mare a cancerului pe colonul drept decât pe cel stâng
 - B. Debut brusc cu vărsături frecvente
 - C. Examenul endoscopic de urgență este "standardul de aur" pentru diagnostic
 - D. Distensia abdominală asimetrică
 - E. În antecedente se constată scăderea ponderală, colici, diaree, constipație
25. CM Care dintre afirmațiile de mai jos sunt corecte cu privire la etiopatogenia ocluziei intestinale?
- A. Ocluziile dinamice sau funcționale recunosc cauze multiple care produc dezechilibre simpatico-parasimpatice
 - B. Traumatismele cranio-cerebrale pot genera ocluzii intestinale
 - C. Intoxicațiile profesionale pot instala ocluzii intestinale dinamice
 - D. Compresiunile extrinseci nu pot produce ocluzii intestinale
 - E. Ocluziile prin strangulare interesează și vascularizarea segmentului afectat

Ocluzia intestinală (răspunsuri)

- | | |
|-------------|-------------|
| 1. A | 14. A,B,D |
| 2. E | 15. B,C,D |
| 3. A | 16. B,C,E |
| 4. D | 17. A,E |
| 5. C | 18. A,B,D |
| 6. B | 19. B,C,D,E |
| 7. D | 20. A,B,C,D |
| 8. A | 21. A,B,E |
| 9. B | 22. B,D |
| 10. D | 23. B,C |
| 11. A,B,D,E | 24. D,E |
| 12. A,B,C,E | 25. A,B,C,E |
| 13. A,E | |

Litiază iliară

- CS. Indicați semnul clinic caracteristic litiazei veziculare obstructive cronice:
 - Febră marcantă
 - Vome multiple
 - Constipații
 - Icter
 - Masă tumorală palpabilă, moderat dureroasă în hipocondrul drept
- CS. Alegeți cea mai frecventă cauză a icterului în colecistita acută:
 - Hepatita virală
 - Spasmul sfîcterului Oddi
 - Extinderea procesului inflamator în calea biliară principală
 - Edemul pancreatic
 - Coledocolitiază primară
- CS. Fistula bilio-digestivă se traduce prin apariția unei comunicări a veziculei biliare cu organele învecinate. Cel mai des afectat este:
 - Stomacul
 - Duodenul
 - Ileonul
 - Colonul transvers
 - Jejunul
- CS. În colecistita acută litiazică perforativă este pozitiv simptomul:
 - Bereznigovsky
 - Bartomie-Mihelson
 - Körte
 - Mondor
 - Blumberg
- CS. Care din complicațiile litiazei biliare necesită intervenție chirurgicală în urgență chirurgicală în primele 2 ore de la spitalizare?
 - Coledocolitiază
 - Fistula colecisto-coledociană
 - Pancreatita acută biliară
 - Colecistita acută distructivă complicată cu peritonită difuză
 - Icterul mecanic
- CS. Litiază coledociană primară este consecința:
 - Migrării calculilor din vezicula biliară în coledoc
 - Unei fistule bilio-biliare
 - Formării calculului biliar în coledoc

- D. Unei fistule bilio-digestive
 - E. Colicii biliare
7. CS. O bolnavă în vârstă de 44 ani se internează cu dureri colicative în hipocondrul drept, febră, icter. Bilirubina totală este de 40 mmol/l. Ce explorare poate orienta diagnosticul?
- A. Colangiografia intravenoasă
 - B. Colecistografia orală
 - C. Radiografia abdominală pe gol
 - D. Scintigrafia hepatică
 - E. USG abdominală
8. CS. Mecanismul de apariție a icterului hemolitic este:
- A. Eritropoeza inefficientă
 - B. Hemoliza intra- și extravasculară excesivă
 - C. Deficitul tranzitor de transferază hepatică
 - D. Infecțiile neonatale
 - E. Stricturile căilor biliare intrahepatice
9. CS. Una dintre caracteristicile de mai jos nu corespunde colecistitei cronice sclero-atrofice:
- A. Vezicula conține bila de stază
 - B. Calculii pot lipsi, dacă a existat un pasaj coledocian
 - C. Există pericolecistită
 - D. Pereții sunt infiltrați sclero-lipomatoși
 - E. Reprezintă o formă anatomopatologică
10. CS. Selectați complicația mecanică a litiazei biliare:
- A. Colecistita acută
 - B. Hidropsul vezicular
 - C. Pancreatita biliară
 - D. Stenoza oddiană
 - E. Cancerul vezicular
11. CM. Care dintre metodele de investigație enumerate sunt mai frecvent utilizate pentru confirmarea colecistitei acute?
- A. Radiografia abdominală în ortostatism
 - B. Ultrasonografia
 - C. Tomografia computerizată
 - D. Colescintigrafia
 - E. Laparoscopia
12. CM. Ce poate servi drept indicație la colangiografie în cadrul intervenției pentru colecistita acută:
- A. Calculi de dimensiuni mari în vezicula biliară
 - B. Litiază de coledoc
 - C. Dilatarea căilor biliare
 - D. Angină pectorală
 - E. Icter în anamneză
13. CM. Dintre cele enumerate mai jos sporesc riscul de leziuni intraoperatorii ale căilor biliare:
- A. Hemoragia intraoperatorie masivă

- B. Variațiile și anomaliile în structura anatomică a căilor biliare
- C. Manoperele în țesuturile modificate patologic
- D. Tracțiunea veziculei în momentul ligaturării cisticului, investigația instrumentală a căilor biliare
- E. Icter în anamneză

14. CM. Care pot fi consecințele leziunilor iatrogene produse căilor biliare, neobservate intraoperator?

- A. Procesul septic intraabdominal
- B. Fistulele biliare externe
- C. Impermeabilitatea căilor biliare
- D. Angiocolita supurată
- E. Herniile interne

15. CM. Forma dispeptică a unei litiaze veziculare este dominată de:

- A. Greață
- B. Balonări postprandiale
- C. Icter
- D. Tulburări de tranzit intestinal
- E. Durere colicativă

16. CM. Selectați elementele clinice sugestive pentru diagnosticul colecistitei acute?

- A. Dureri în hipocondrul drept
- B. Febră
- C. Contractura care precede colica biliară
- D. Diaree
- E. Icter

17. CM. Ce afirmații referitoare la ileusul biliar sunt corecte?

- A. Clinic se manifestă prin ocluzie înaltă, obstacolul fiind, de cele mai multe ori, plasat la nivelul ileonului terminal
- B. Calculul vezicular cu diametrul minim de 3-4 cm, părăsește colecistul trecând în duoden
- C. Pe radiografia abdominală simplă se evidențiază prezența pneumobiliei
- D. Radiologic se evidențiază "ansa santinelă"
- E. Se însoțește de contractură musculară abdominală

18. CM. În etiopatogenia litiazei veziculare sunt implicați următorii factori:

- A. Excesul colesterolului în compoziția bilei
- B. Scăderea concentrației de acizi biliari și lecitină în bilă
- C. Incapacitatea colecistului de a evacua eficient conținutul
- D. Prezența nucleelor de precipitare (epiteliu, leucocite, germeni)
- E. Implicarea testosteronului

19. CM. Colica biliară prezintă următoarele caracteristici:

- A. Se însoțește de durere violentă cu exacerbări pe fondul unui sindrom dureros permanent
- B. Sediul durerii este în hipocondrul drept cu iradiere epigastrică
- C. Greața și vărsăturile sunt excluse
- D. Sediul durerii este în epigastru cu iradiere posterioară
- E. Este determinată de contractura tetaniformă a musculaturii netede veziculare

20. CM. Tabloul clinic al colecistitei acute la vârstnici relevă următoarele particularități:
- Regresia totală a simptomatologiei după administrarea tratamentului medicamentos
 - Dureri locale nepronunțate cu prevalența simptomelor de intoxicație
 - Febră moderată în forme destructive
 - Simptome de iritare peritoneală neclare în asocierea complicațiilor
 - Diaree
21. CM. Colangiografia intraoperatorie permite:
- Aprecierea prezenței și localizării calculilor în calea biliară principală
 - Constatarea comunicării veziculei biliare cu organele învecinate
 - Constatarea comunicării veziculei biliare cu calea biliară principală
 - Aprecierea permeabilității coledocului terminal
 - Lichidarea spasmului căilor biliare
22. CM. Sindromul Mirizzi reprezintă:
- Comunicarea veziculei biliare cu ductul hepatic comun
 - Comunicarea veziculei biliare cu ductul hepatic drept
 - Comunicarea veziculei biliare cu ductul coledoc
 - Comunicarea veziculei biliare cu duodenul
 - Comunicarea veziculei biliare cu colonul transvers
23. CM. Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică este indicată în:
- Colecistita acută litiazică fără icter
 - Dilatarea coledocului cu icter tranzitor
 - Icter în antecedente
 - Litiază coledociană suspectă
 - Colangită
24. CM. Decompresia tractului biliar în cazul icterului mecanic poate fi efectuată prin:
- Papilosfincterotomie endoscopică
 - Colecistectomie
 - Colecistectomie cu drenarea tractului biliar
 - Drenare transparietohepatică a tractului biliar
 - Drenare endoscopică nazo-biliară
25. CM. Microlitiază veziculară poate provoca următoarele nozologii:
- Pancreatita acută biliară
 - Icter mecanic tranzitor
 - Colica biliară
 - Ileusul biliar
 - Colecistita acută

Litiază biliară (răspunsuri)

- | | |
|------|-------------|
| 1. E | 14. A,B,C,D |
| 2. B | 15. A,B,D |
| 3. B | 16. A,B |
| 4. E | 17. A,B,C |
| 5. D | 18. A,B,C,D |
| 6. C | 19. A,B,E |
| 7. E | 20. B,C,D |
| 8. B | 21. A,B,C,D |

- 9. B
- 10. B
- 11. B,C,E
- 12. B,C,E
- 13. B,C,D

- 22. A,B,C
- 23. B,C,D,E
- 24. A,C,D,E
- 25. A,B,C,E

Pancreatita acută

1. CS. Dintre cele enumerate șocul pancreatogen este determinat de:
 - A. Peritonita pancreatogenă
 - B. Comprimarea porțiunii distale a coledocului și apariția holemiei
 - C. Toxemia fermentativă
 - D. Hipertensiua biliară
 - E. Ileusul intestinal dinamic
2. CS. În diagnosticul pancreonecrozei cea mai informativă metodă instrumentală de diagnostic va fi:
 - A. Termografia
 - B. FEGDS
 - C. Amilaza urinei
 - D. Amilaza sângelui
 - E. Laparoscopia diagnostică
3. CS. Selectați semnul care NU este caracteristic pancreatitei acute:
 - A. Durerea „în bară”
 - B. Voma incoercibilă
 - C. Hipertensiunea arterială în primele ore de la debutul maladiei
 - D. Colapsul
 - E. Tahicardia
4. CS. Enumerați complicațiile pancreatitei acute, cu excepția:
 - A. Abcesului bursei omentale
 - B. Insuficienței hepato-renale
 - C. Pseudochistului pancreatic
 - D. Peritonitei fermentative
 - E. Colelitiazei
5. CS. La un pacient cu pancreonecroză în antecedente (6 luni în urmă) s-a depistat clinic o formațiune tumorală în regiunea epigastrică și hipocondrul stâng de 15x20 cm, la palpare – dură, puțin dureroasă, fără episoade febrile. La FEGDS se determină prolabarea peretelui posterior al stomacului, cadranul duodenal fiind deformat. Stabiliți diagnosticul:
 - A. Tumoră a colonului transvers
 - B. Tumoră a pancreasului
 - C. Pseudochist pancreatic
 - D. Polichistoză renală
 - E. Abces al bursei omentale
6. CS. În evoluția pancreatitei acute rolul decisiv aparține:
 - A. Florei microbiene
 - B. Infiltrației plasmocitare
 - C. Agresiunii fermentative
 - D. Stazei venoase
 - E. Trombozei mezenterice
7. CS. Petele de citosteatonecroză sunt rezultatul:
 - A. Necrobiozei proteolitice a pancreatocitelor sub acțiunea tripsinei și hemotripsinei
 - B. Acțiunii elastazei asupra pereților venulelor

- C. Acțiunii fermenților lipolitici asupra pancreatocitelor și țesutului adipos interstițial
 - D. Diminuării spontane a proceselor autolitice cu involuția focarelor de pancreonecroză microfocală
 - E. Asocierii infecției pe fondalul pancreatitei acute interstițiale
8. CS FEGDS efectuată la pacienții cu pancreatită acută relevă:
- A. Starea papilei Vater
 - B. Confirmarea existenței pancreatitei acute
 - C. Localizarea procesului patologic în pancreas
 - D. Răspândirea procesului patologic în pancreas
 - E. Forma pancreatitei acute
9. CS Prezența durerii la palpare în regiunea unghiului costo-diafragmal stâng este semnul:
- A. Mayo-Robson
 - B. Körte
 - C. Grey-Turner
 - D. Mondor
 - E. Voskresensky
10. CS Echimozele pe flancurile abdominale laterale în pancreatita acută sunt caracteristice semnului:
- A. Mayo-Robson
 - B. Körte
 - C. Grey-Turner
 - D. Mondor
 - E. Voskresensky
11. CS Cea mai informativă metodă instrumentală de diagnostic în pancreatita acută este:
- A. Pneumoperitoneumul diagnostic
 - B. Radiografia de ansamblu a abdomenului
 - C. Laparoscopia diagnostică
 - D. FEGDS
 - E. Determinarea amilazei urinei și sângelui
12. CS Pentru diminuarea durerilor în pancreatita acută cel mai efectiv este:
- A. Administrarea spasmoliticelelor
 - B. Anestezia peridurală
 - C. Antibioticoterapia
 - D. Blocada ligamentului rotund al ficatului
 - E. Administrarea i/m sau i/v a sol. Morfini
13. CS În patogeneza pancreatitei acute nu participă următorul ferment:
- A. Enterochinaza
 - B. Elastaza
 - C. Fosfolipaza
 - D. Tripsina
 - E. Streptochinaza
14. CS În cazul supurării pseudochistului pancreatic se indică:
- A. Doar tratament conservativ cu antibiotice
 - B. Tratamentul nonoperator
 - C. Intervenție chirurgicală de urgență
 - D. Supraveghere în dinamică
 - E. Fizioterapie
15. CS Cea mai frecvent utilizată metodă neinvazivă de diagnosticare a pancreatitei acute este:
- A. Radiografia de ansamblu a abdomenului
 - B. USG abdominală
 - C. Analiza generală a sângelui

- D. Laparoscopia diagnostică
 - E. CT abdominală
16. CM Selectați manifestările clinice caracteristice pancreatitei acute:
- A. Creșterea tensiunii arteriale
 - B. Vome multiple
 - C. Simptomul Mayo-Robson
 - D. Simptomul Bonde
 - E. Diminuarea peristaltismului intestinal
17. CM Indicați măsurile curative orientate la combaterea toxemiei în pancreonecroză:
- A. Administrarea i/v a antifermenților
 - B. Administrarea intraaortală a Ciclofosfanului sau a Fluorofurului
 - C. Inducerea diurezei forțate
 - D. Drenarea externă a ductului limfatic toracic
 - E. Administrarea opioidelor
18. CM Un pacient de 24 ani care s-a îmbolnăvit cu 12 ore în urmă, a fost diagnosticat cu pancreonecroză. Indicați măsurile medico-chirurgicale ce urmează a fi efectuate:
- A. Laparotomia de urgență
 - B. Laparoscopia diagnostică cu drenarea cavității peritoneale
 - C. Decompresia nasogastrică
 - D. Colectomie laparoscopică la prezența litiazei biliare
 - E. Repleție volemică
19. CM În clasificarea pancreatitei acute după V.Filin se includ următoarele forme:
- A. Pancreatita cronică pseudotumorală
 - B. Pancreatita acută interstițială
 - C. Pancreonecroza lipidică
 - D. Pancreatita acută infiltrativ-necrotică
 - E. Pancreatita acută hemoragică
20. CM Principiile de bază în tratamentul patogenetic al pancreatitei acute sunt:
- A. Suprimarea funcției excretorii a pancreasului
 - B. Repleția volemică
 - C. Inactivarea fermenților pancreatici
 - D. Diminuarea secreției gastrice
 - E. Activarea peristaltismului intestinal
21. CM În pancreatita acută interstițială se pot determina următoarele manifestări clinice:
- A. Vome repetate
 - B. Contractură musculară abdominală
 - C. Matitate deplasabilă pe flancurile abdomenului
 - D. Dureri colicative localizate în epigastru
 - E. Febră hectică în orele matinale
22. CM Enumerați cele mai informative metode de diagnostic pozitiv în pancreatita acută:
- A. Radiografia de ansamblu a abdomenului
 - B. Celiacografia
 - C. CT abdominală
 - D. Laparoscopia diagnostică
 - E. pH-metria gastrică
23. CM Enumerați procedeele curative necesare pentru combaterea toxemiei în pancreonecroză:
- A. Administrarea antifermenților
 - B. Drenajul laparoscopic al cavității peritoneale
 - C. Diureza forțată

- D. Inhibitorii pompei de protoni
- E. Colecistostomia laparoscopică
- 24. CM În pancreatita acută se determină următoarele modificări biochimice ale sângelui:
 - A. Hipolipidemie
 - B. Hiperazotemie
 - C. Hipocalciemie
 - D. Hipercalcemie
 - E. Hipoprotrombinemie
- 25. CM Enumerați caracteristicile abcesului pancreatic:
 - A. Febră hectică
 - B. Infiltrat în regiunea epigastrică
 - C. Icter
 - D. Hiperamilazemie
 - E. Dilatarea coledocului la USG abdominală
- 26. CM Enumerați complicațiile caracteristice pancreonecrozei:
 - A. Abcesul pancreatic
 - B. Pseudochistul pancreatic
 - C. Flegmonul retroperitoneal
 - D. Stenoza esofagiană
 - E. Fistula pancreatică
- 27. CM Enumerați indicațiile pentru laparotomie în pancreatita acută:
 - A. Peritonita fermentativă
 - B. Peritonita purulentă
 - C. Pancreonecroza aseptică
 - D. Pancreonecroza septică
 - E. Șocul pancreatogen
- 28. CM Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică la un bolnav cu pancreatită acută este indicată în următoarele cazuri:
 - A. Pancreatita biliară
 - B. Dilatarea coledocului la examenul ultrasonor
 - C. Creșterea de mai mult de 3 ori a fermenților de citoliză hepatică
 - D. Creșterea nivelului fosfatazei alcaline
 - E. Este obligatorie în toate cazurile
- 29. CM Enumerați caracteristicile sindromului algic în pancreatita acută:
 - A. Localizarea durerilor în epigastriu
 - B. Durerile sunt colicative
 - C. Iradierea durerilor cranial
 - D. Prezența durerilor „în centură”
 - E. Iradierea durerilor caudal
- 30. CM Care dintre date pot fi constatate la USG abdominală la un pacient cu pancreatită acută la debut:
 - A. Zone de necroză intrapancreatică
 - B. Colecții retroperitoneale
 - C. Examen irelevant din cauza meteorismului intestinal
 - D. Pancreasul fără modificări
 - E. Lichid liber intraperitoneal
- 31. CM Enumerați indicațiile către TC spiralată în pancreatita acută:
 - A. Apariția complicațiilor
 - B. Absența răspunsului terapeutic după 72 de ore
 - C. Scor Ranson sub 3

- D. Diagnostic clinic incert în primele 72 de ore
- E. Hiperamilazemie și semne de pancreatiă acută severă
- 32. CM Selectați afirmațiile referitoare la chistul pancreatic postnecrotic:
 - A. Reprezintă colecție lichidiană intra- sau extrapancreatică
 - B. Are pereți proprii tapetați cu epitelii cilindric
 - C. Reprezintă colecție de suc pancreatic, sfaceluri necrotice, sânge și limfă
 - D. Localizarea cea mai frecventă este la nivelul istmului și corpului pancreasului
 - E. Localizarea de elecție este bursa omentală sau spațiul retroperitoneal
- 33. CM Enumerați criteriile, în baza cărora se instalează diagnosticul de pancreatită acută:
 - A. Amilazemia este criteriul diagnostic cert
 - B. Durerea abdominală cu debut acut, severă și persistentă, cu localizare epigastrică
 - C. Aspectul caracteristic de pancreatită acută la CT cu contrast, RMN sau ecografie abdominală
 - D. Activitatea lipazei serice (sau a amilazei) mai mare decât triplul valorii normale maxime
 - E. Durere abdominală cu debut lent progresiv, severă și persistentă, cu localizare epigastrică
- 34. CM Enumerați variantele posibile de evoluție a plastronului pancreatic:
 - A. Formarea unui pseudochist pancreatic
 - B. Eruperea plastronului în cavitatea peritoneală
 - C. Reabsorbția treptată a infiltratului timp de 1-3 luni
 - D. Malignizarea plastronului
 - E. Supurația plastronului cu dezvoltarea pancreatitei și parapancreatitei purulente
- 35. CM Enumerați caracteristicile peritonitei fermentative în pancreatita acută:
 - A. Lichidul peritoneal conține nivel înalt al enzimelor pancreatice
 - B. Peritonita este aseptică
 - C. Necesită laparotomie cu asanarea cavității peritoneale
 - D. Se dezvoltă în fazele tardive ale bolii
 - E. Necesită lavaj peritoneal laparoscopic

Pancreatita acută (răspunsuri)

- | | |
|-------------|--------------|
| 1. C | 14. C |
| 2. E | 15. B |
| 3. C | 16. B,C,D,E |
| 4. E | 17. A,B,C,D |
| 5. C | 18. C,D,E |
| 6. C | 19. B,D |
| 7. C | 20. A,B,C,D |
| 8. A | 21. A,B,C |
| 9. A | 22. C,D |
| 10. C | 23. A,B,C |
| 11. C | 24. B,C |
| 12. B | 25. A,B |
| 13. E | 26. A,B,C,E |
| 27. B,D | 28. A,B |
| 29. A,D | 30. C,D,E |
| 31. A,B,D,E | 32. A,C,D,E, |
| 33. B,C,D | 34. A,B,C,E |
| 35. A,B,E | |

Maladia ulceroasă

1. CS Selectați zona unde sunt localizate celulele Brunner ce secretă mucus:
 - A. Cardia gastrică
 - B. Bulbul duodenal cu partea descendentă
 - C. Partea fundică a stomacului
 - D. Partea orizontală și ascendentă a duodenului
 - E. Partea antrală a stomacului

2. CS Alegeți factorul patogenetic, dezechilibrul căruia determină apariția ulcerului gastric:
 - A. Secretor
 - B. Alimentar
 - C. Neuro-psihic
 - D. Protector
 - E. Ereditar

3. CS Selectați testul diagnostic util în monitorizarea terapiei anti-Helicobacter pylori:
 - A. Determinarea ureazei
 - B. Biopsia
 - C. Histologia
 - D. Bacteriologia
 - E. Serologia

4. CS Indicați metoda diagnostică utilizată pentru depistarea sursei hemoragiei digestive superioare:
 - A. Scanarea cu radioizotopi
 - B. Ultrasonografia
 - C. Tranzitul baritat esogastroduodenal
 - D. Fibroesofagogastroduodenoscopia
 - E. Angiografia selectivă

5. CS Selectați perioada perforației ulceroase caracterizată prin următoarele semne clinice: vome, puls accelerat, respirație superficială, hipotensiune, abdomen destins și lipsa tranzitului intestinal:
 - A. Pseudoameliorare
 - B. Șoc
 - C. Peritonită difuză
 - D. Perioada preperforație
 - E. Perioada de debut a perforației

6. CS Selectați procedeul chirurgical indicat în perforația ulcerului gastric cronic la un bolnav de 40-60 ani, cu până la 6 ore de la perforație:
 - A. Sutura simplă a ulcerului
 - B. Rezecția gastrică
 - C. Biopsia și suturarea ulcerului procedeu Oppel
 - D. Excizia cuneiformă a ulcerului cu vagotomie
 - E. Vagotomie tronculară bilaterală cu sutură simplă

7. CS Selectați semnul clinic dominant al ulcerului cronic duodenal:
 - A. Hematemeza
 - B. Grețurile

- C. Vărsăturile
 - D. Durerea
 - E. Tenesmele
8. CS Definiți semnul Bergman, întâlnit în hemoragia ulceroasă:
- A. Atenuarea durerilor în epigastru la debutul hemoragiei
 - B. Hemoragie microscopică superioară
 - C. Prezența adenomului ulcerogen în pancreas
 - D. Hemoragie din rect
 - E. Hemoragie din varicele esofagiene
9. CS Malignizarea ulcerului gastro-duodenal mai des se întâlnește când acesta este localizat:
- A. Pe curbura mare a stomacului
 - B. În bulbul duodenal
 - C. În cardia gastrică
 - D. În fundul gastric
 - E. Pe curbura mică a stomacului
10. CS Selectați faza secreției gastrice apreciată prin testul Hollender:
- A. Nocturnă
 - B. Bazală
 - C. Intestinală
 - D. Cefalică
 - E. Hormonală
11. CS Selectați gradul hemoragiei digestive superioare la pierderea a 1000-1500 ml sânge (30% din volumul circulant):
- A. Gradul IV
 - B. Gradul I
 - C. Gradul II
 - D. Gradul III
 - E. Gradul V
12. CS Ulcerul micii curburi conform clasificării Johnson este de:
- A. Tipul IV
 - B. Tipul V
 - C. Tipul I
 - D. Tipul II
 - E. Tipul III
13. CS Indicați cea mai frecventă operație de drenaj gastric asociată vagotomiei tronculare în chirurgia bolii ulceroase:
- A. Piloroplastia Judd
 - B. Piloroplastia Finney
 - C. Gastroduodenostomia Jaboulay
 - D. Gastrojejunostomia
 - E. Piloroplastia Heineke-Miculicz
14. CS Selectați complicația cazuistică, ce se întâlnește în ulcerul duodenal:
- A. Malignizarea
 - B. Stenoza
 - C. Hemoragia

- D. Penetrația
- E. Perforația

15. CS La un pacient de 45 ani cu anamneza îndelungată de ulcer duodenal refractar la terapia medicamentoasă și prevalarea hiperacidității după testul Kay, cea mai indicată operație este:

- A. Vagotomia supraselectivă
- B. Vagotomia tronculară cu excizia ulcerului și operație de drenaj gastric
- C. Vagotomia selectivă cu gastroduodenostomie Jaboulay
- D. Vagotomia tronculară cu anastomoză gastrojejunală
- E. Rezecția gastrică 2/3

16. CM Selectați elementele conduitei curative în sindromul Mallory-Weiss:

- A. Antacide și hemostatice
- B. Terapie hormonală (corticosteroidi)
- C. Pituitrină
- D. Sonda Blakemore
- E. Hemostaza endoscopică

17. CM Selectați tipurile de stenoze ulceroase:

- A. Stenoza cardiei
- B. Stenoza mediogastrică
- C. Stenoza pilorobulbară
- D. Stenoza postbulbară
- E. Stenoza fundică

18. CM Selectați complicațiile frecvente în ulcerul duodenal:

- A. Malignizarea
- B. Stenoza
- C. Hemoragia
- D. Penetrația
- E. Perforația

19. CM Selectați afirmațiile corecte referitor la hemoragia digestivă superioară:

- A. La vârstnici hemoragia digestivă superioară se stopează mai ușor decât la tineri
- B. Este important de a diferenția hemoragia ulceroasă de cea din varicele esofagiene
- C. Se așteaptă 48 ore pentru efectuarea hemostazei medicale
- D. Se operează după 48 ore pentru a reduce mortalitatea
- E. Sursa hemoragiei este situată până la lig. Treitz

20. CM Alegeți caracteristicile sindromului Zollinger-Ellison:

- A. Creșterea secreției bazale nocturne
- B. Constipația
- C. Vome abundente, frecvente și cu caracter acid
- D. Hemoragii digestive superioare frecvente
- E. Durere epigastrică intensă, continuă, cu crize nocturne

21. CM Selectați tipurile perforației ulceroase atipice:

- A. Acoperită
- B. Oarbă
- C. A peretelui duodenal posterior
- D. A porțiunii cardiale a stomacului

E. În peritoneul liber

22. CM Alegeți situațiile clinice ce se manifestă radiologic prin pneumoperitoneu:

- A. Perforația esofagului abdominal
- B. Perforația gastroduodenală
- C. Perforația colonului
- D. Perforația colecistului
- E. Perforațiile vezicii urinare

23. CM Tabloul clinic al ulcerului duodenal perforat în faza a III-ea de evoluție este dominat de:

- A. Abdomen „de lemn”
- B. Distensie abdominală
- C. Hemoragie digestivă superioară
- D. Șoc septic
- E. Dureri în hipocondrul drept

24. CM Specificați maladiile ce pot induce apariția ulcerului de stres:

- A. Arsurile extinse
- B. Fibroza pulmonară
- C. Politraumatismele severe
- D. Ingestia cronică de aspirină
- E. Sepsisul

25. CM Alegeți componentele sindromului Darrow, caracteristic stenozei ulceroase:

- A. Hipocloremie
- B. Hipokaliemie
- C. Hiperpotasemie
- D. Hiperazotemie
- E. Alcaloză metabolică

26. CM Alegeți componentele triadei Mondor, caracteristice ulcerului perforat:

- A. Durere epigastrică violentă
- B. Contractură musculară abdominală
- C. Hiperestezie cutanată
- D. Pneumoperitoneum
- E. Antecedente ulceroase

27. CM Specificați semnele ce pot fi întâlnite în ulcerul perforat la percuția abdomenului:

- A. Dispariția matității hepatice
- B. Semnul Celaditi
- C. Apariția matității în spațiul parieto-colic drept
- D. Semnul Mandel
- E. Clapotaj în epigastru

28. CM Prezența aerului liber subdiafragmatic pe o radiografie abdominală, pledează pentru:

- A. Ulcer gastric perforat
- B. Ileus biliar
- C. Ocluzie intestinală aderențială
- D. Colecistita acută perforativă
- E. Ulcer duodenal perforat

29. CM Selectați tehnicile endoscopice de hemostază utilizate în hemoragia digestivă ulceroasă:

- A. Electro-, termo- sau fotocoagularea ulcerelor hemoragice
 - B. Injectare locală de alcool și trombină
 - C. Sclerozarea
 - D. Ligatura cu benzi elastice
 - E. Aplicarea clipselor hemostatice
30. CM Specificați afirmațiile corecte despre tratamentul maladiei ulceroase cu inhibitori de pompă de protoni:
- A. Acționează prin inhibarea ATP-azei H⁺/K⁺
 - B. Se administrează zilnic la orele 18.00
 - C. Doza standard de lansoprazol este de 30 mg/zi, 4-8 săptămâni
 - D. Nivelul seric al gastrinei revine la normal după 2 luni de la oprirea tratamentului
 - E. La oameni nu a fost raportat hiperplazia celulelor enterocromofine ale mucoasei gastrice după administrarea de Lansoprazol
31. CM Enumerați indicațiile suturii în ulcerul perforat:
- A. Ulcer acut perforat la tineri
 - B. Ulcer cronic calos gastric
 - C. Ulcer acut la bătrâni cu comorbidități severe
 - D. Ulcer cronic cu peritonită peste 24 ore
 - E. Ulcere “kissing”
32. CM Ulcerul gastric Johnson III are următoarele caracteristici:
- A. Se menționează hipersecreția
 - B. Este localizat în antru piloric
 - C. Ulcer gigant localizat în cardiac
 - D. De genă etiologică prin RAINS
 - E. De regulă este însoțit de gastrită
33. CM Indicați semiologia radiologică a “nișei” gastrice benigne:
- A. Pliurile mucoasei sunt simetrice, convergente, vizibile până la marginile “nișei”
 - B. Prezența unui colet radiotransparent regulat care înconjoară craterul ulceros datorat edemului
 - C. Proiecția “nișei” nu este în afara lumenului gastric
 - D. Absența peristalticii în zona periulceroasă
 - E. Incizură spastică situată pe peretele opus “nișei”
34. CM Care dintre estimările endoscopice completează indicațiile pentru tratamentul chirurgical de urgență în ulcerul gastroduodenal hemoragic?
- A. Clasa Ia – sângerare “în jet”
 - B. Clasa Ib – sângerare “în pânză”
 - C. Clasa IIa – vas vizibil în craterul ulceros > 2 mm
 - D. Clasa IIb – cheag aderent la baza ulcerului
 - E. Clasa III – baza curată a ulcerului
35. CM Selectați ulcerele discirculator-hipoxice care apar ca consecință a deficitului factorilor de protecție gastro-intestinală:
- A. Ulcerul aterosclerotic
 - B. Ulcerul Curling
 - C. Ulcerul Cushing
 - D. Ulcerul din șocul hipovolemic
 - E. Ulcerul din sindromul Zollinger-Ellison

Maladia ulceroasă (răspunsuri)

1.B	19.BE
2.D	20.ACDE
3.A	21.BCD
4.D	22.ABC
5.C	23.BD
6.B	24.ACE
7.D	25.ABDE
8.A	26.ABE
9.A	27.ACD
10.D	28.AE
11.C	29.ABE
12.C	30.ACE
13.A	31.ACD
14.A	32.AB
15.E	33.ABE
16.ADE	34.AC
17.BCD	35.ABCD
18.BCDE	

Traumatismele toracice

- CS În traumatismele toracice toracotomia este indicată în următoarea situație clinică:
 - În fractura costală simplă, pentru a stabili focarul de fractură și a preveni agravarea leziunilor
 - Dacă pe tubul de toracostomie se exteriorizează o hemoragie cu un debit de peste 300ml/oră mai mult de 3 ore
 - Dacă pe tubul de toracostomie se exteriorizează inițial un volum de 1000 ml de sânge
 - Dacă la 2 ore de la plasarea tubului de toracostomie încă se mai elimină aer pe dren
 - Dacă pe tubul de toracostomie se exteriorizează inițial o cantitate mare de aer
- CS Pentru contuziile pulmonare este corectă următoarea afirmație:
 - Gravitatea contuziei se evaluează prin radiografie pulmonară, examenul CT fiind inutil în aceste cazuri
 - Necesită cel mai adesea toracotomie exploratorie
 - Pot îmbrăca forme grave până la dezvoltarea plămânului de șoc (ARDS posttraumatic)
 - Sunt întotdeauna leziuni minore și superficiale care necesită doar tratament medicamentos
 - Sunt produse exclusiv prin traumatisme închise
- CS Selectați afirmația falsă în leziunile traumatiche ale esofagului:
 - Pot fi spontane
 - Asociază frecvent leziuni pleurale
 - În prezent cele mai frecvente sunt leziunile iatrogene
 - Tratamentul chirurgical se recomandă în primele 24 ore
 - FEGDS este test diagnostic obligatoriu care confirmă prezența plăgii
- CS Selectați cel mai fezabil semn pentru leziune traumatică de aortă la radiografia toracică simplă:
 - Obliterarea ferestrei aorto-pulmonare
 - Compresia bronhiei principale pe stânga
 - Deplasarea traheei
 - Lărgirea mediastinului
 - Contur anormal al aortei

5. CS Leziunile aortei mai frecvent sunt cauzate prin:
- Plăgi prin armă albă
 - Plăgi prin armă de foc
 - Strivirea toracelui
 - Traumatism închis prin decelerare
 - Traumatism închis prin lovitură din spate
6. CM Selectați afirmații false în hemotorace:
- Este o acumulare de sânge în cavitatea pleurală
 - Cea mai frecventă sursă sunt vasele intercostale
 - Apare insuficiența respiratorie obstructivă severă
 - Poate fi cauza tulburărilor respiratorii de tip restrictiv
 - Se impune întotdeauna toracotomia
7. CM În traumatismele toracice toracocenteza reprezintă:
- O manevră complexă, cu risc de sângerare și alte complicații importante, care se va realiza numai de către chirurgul toracic în sala de operații
 - Ameliorează spectaculos starea pacientului cu pneumotorace masiv
 - Este exclusiv o manevră curativă, nu și diagnostică
 - Poate fi terapeutică
 - Poate fi diagnostică
8. CM Toracocenteza se realizează ținând cont de următoarele afirmații corecte:
- Prezintă numeroase riscuri și nu este indicată în absența unui diagnostic cert
 - Este indicată în hemotorace
 - Este indicată în toate cazurile de pneumotorace
 - Poate fi terapeutică
 - Este exclusiv diagnostică
9. CM Volumul intervenției chirurgicale în tamponada cardiacă în traumatisme constă:
- Se evacuează sângele din pericard
 - Permite masajul cardiac direct
 - Toracotomia antero-laterală este abordul cel mai util
 - Sternotomia mediană permite un acces rapid și larg
 - Pericardul se suturează etanș pentru a proteja cordul
10. CM Fracturile sternale sunt caracterizate prin:
- Fracturile fără deplasare nu exclud prezența leziunilor intratoracice
 - Centura de siguranță necuplată prezintă factor de risc
 - Se asociază de obicei cu fracturi costale
 - Apar frecvent în cadrul accidentelor rutiere
 - Centura de siguranță cuplată prezintă factor de risc
11. CM Voletul costal produce:
- Scăderea debitului cardiac prin balansarea mediastinului
 - Scăderea ventilației efective din cauza respirației paradoxale
 - Respirația paradoxală cu deplasarea voletului în interior în timpul expirului
 - Scăderea ventilației efective din cauza respirației pendulare
 - Respirația paradoxală cu deplasarea voletului în exterior în timpul inspirului
12. CM Leziunile cardiace din cadrul traumatismelor toracice pot fi caracterizate prin următoarele enunțuri corecte:
- Plăgile sunt mai frecvente decât contuziile
 - Prezența sângelui în pericard necesită intervenție chirurgicală de urgență
 - Freamătul pericardic este semn constant
 - Triada Beck este constant prezentă
 - Contuziile sunt mai frecvente decât plăgile
13. CM Enunțați indicațiile pentru toracotomie în traumatismul toracic:
- Hemoragia inițială de 1000 ml pe tubul de drenaj

- B. Sângerarea cu debit de peste 250 ml/oră timp de 2 ore
 - C. Hemotoracele coagulat
 - D. Sângerarea cu debit de peste 50 ml/oră timp de 5 ore
 - E. Sângerarea cu debit de peste 100 ml/oră timp de 2 ore
14. CM Tratamentul de urgență al traumatizaților cu volet costal constă în:
- A. Tratamentul insuficienței respiratorii
 - B. Imobilizarea cu pansamente fixate cu benzi adezive
 - C. Imobilizarea cu benzi circulare a toracelui
 - D. Imobilizarea permanentă a toracelui prin restricție externă
 - E. Tratamentul insuficienței cardio-circulatorii acute
15. CM Specificați modificările clinice la un pacient cu pneumotorace sufocant:
- A. Cianoză
 - B. Dispnee
 - C. Puls filiform, tahicardie
 - D. Bradipnee
 - E. Agitație

Traumatismele toracice (răspunsuri)

- | | | | |
|----|-------|-----|---------|
| 1. | B | 8. | B,D |
| 2. | C | 9. | A,B,C |
| 3. | E | 10. | A,B,C |
| 4. | D | 11. | B,D |
| 5. | D | 12. | B,E |
| 6. | C,E | 13. | B,C |
| 7. | B,D,E | 14. | A,B,E |
| | | 15. | A,B,C,E |

Traumatismele abdominale

1. CS Indicați afirmația ce caracterizează leziunile traumatice ale viscerelor:
 - A. Leziunile colonului necesită rezecție și anastomoză indiferent de extensie datorită contaminării cu materii fecale
 - B. Leziunile intestinale care interesează mai puțin de ½ din circumferința intestinală se pot sutura de cele mai multe ori
 - C. Antibioticoprofilaxia pentru 24 de ore este suficientă
 - D. Plăgile gastrice nu se suturează ci se drenează prin gastrostomie temporară
 - E. Leziunile viscerelor abdominale sunt cel mai des rezultatul unor traumatisme închise
2. CS Alegeți semnul clinic cel mai frecvent în hematoamele retroperitoneale:
 - A. Polachiuria
 - B. Spasmul mușchilor lombari
 - C. Disuria
 - D. Colica reno-ureterală
 - E. Hematuria
3. CS Indicați complicația postoperatorie postsplenectomică specifică:
 - A. Leziune de pancreas
 - B. Hemoperitoneu
 - C. Infecții sistemice cu germeni încapsulați
 - D. Eventrație postoperatorie
 - E. Supurația plăgii postoperatorii
4. CS Manevra Pringle pentru controlul temporar al hemoragiei în laparotomia exploratorie reprezintă:

- A. Aplicare de hemostatice locale
 - B. Pensare digitală a surselor de hemoragie
 - C. Incizie mediană xifopubiană
 - D. Pensarea pediculului hepatic în sângerări din rupturile hepatice
 - E. Pensarea hilului lienal în leziunile în „doi timpi”
5. CS Selectați metoda de tratament corectă în plăgile penetrante perforante:
- A. Administrarea de analgezice și supravegherea plăgii
 - B. Pansamentul plăgii asociat cu antibioterapia
 - C. Vaccinarea împotriva infecțiilor cu pneumococ
 - D. Laparotomie, explorarea întregului tub digestiv și tratamentul leziunilor
 - E. Stimularea tranzitului intestinal
6. CS Indicați complicația mai frecventă ce poate apărea în rezultatul traumatismului pancreatic:
- A. Peritonita septică generalizată
 - B. Hemoperitoneul masiv
 - C. Abcesul subfrenic pe dreapta
 - D. Pancreatita acută
 - E. Pancreatita cronică
7. CS Selectați opțiunea chirurgicală în cazul leziunilor lienale cu hemodinamică stabilă:
- A. Splenectomie
 - B. Antibioterapie
 - C. Vaccinarea împotriva infecțiilor cu pneumococ
 - D. Imobilizarea fracturilor costale
 - E. Tratament nonoperator
8. CS Selectați măsura obligatorie în toate cazurile de plăgi abdominale:
- A. Laparotomie exploratorie
 - B. Profilaxia tetanosului și antibioticoprofilaxie
 - C. Plagă nepenetrantă – explorarea întregului tub digestiv
 - D. Laparoscopie diagnostică
 - E. Tomografie computerizată
9. CS Cauza agitației pacientului în faza de debut a șocului hemoragic este determinată de:
- A. Vasoconstricție
 - B. Anxietate
 - C. Scăderea masei sangvine circulante
 - D. Oxigenarea insuficientă a creierului
 - E. Tahicardiei
10. CS Hemoragia intraabdominală se definește ca:
- A. Hematemeză
 - B. Hemobilie
 - C. Epistaxis
 - D. Hemoptizie
 - E. Hemoperitoneu
11. CM Selectați afirmațiile ce caracterizează traumatismele abdominale închise:
- A. În caz de impact pe zone laterale ale abdomenului se afectează preponderent organele cavitare
 - B. Leziunile intestinale sunt mai rare și pot fi omise la examenul clinic inițial
 - C. Leziunile prin decelerare sunt întâlnite predilect în accidente rutiere
 - D. Leziunile etajului supravezicolic sunt însoțite constant de fracturi ale oaselor bazinului
 - E. Contuziile abdominale centrale interesează în special organele parenchimotoase
12. CM Plăgile abdominale pot avea caracteristicile:
- A. Cele produse prin agenți contondenți asociază cu efectul distructiv al contuziei

- B. Cele produse prin arme de foc de obicei sunt grave
 - C. Profilaxia tetanosului este obligatorie
 - D. Cele produse prin arme albe sunt de obicei multiple și asociază leziuni vasculare
 - E. Se clasifică în penetrante, nepenetrante, transfixiante
13. CM Specificați elementele corecte ale laparotomiei exploratorii în traumatismele abdominale:
- A. Leziunile intestinale previn contaminarea abdominală
 - B. Incizia este mediană, xifopubiană
 - C. Manevra Pringle se realizează în caz de sângerare hepatică
 - D. În contaminările importante, pielea se suturează
 - E. Este indicată numai după identificarea organului traumatizat
14. CM Managementul nonoperator al leziunilor hepatice și lienale în contuziile abdominale se caracterizează prin:
- A. Prezența leziunilor asociate extraabdominale sunt contraindicație pentru tratamentul nonoperator
 - B. În cazul eșecului tratamentului nonoperator, se intervine chirurgical
 - C. Examinarea CT este obligatorie în identificarea leziunilor și inițierea tratamentului
 - D. Majoritatea traumatismelor splenice sângerează activ și nu pot fi abordate nonoperator
 - E. Este contraindicat la pacienții cu hemoperitoneu
15. CM Selectați afirmațiile ce caracterizează tactica chirurgicală în leziunile lienale:
- A. Prevenirea infecțiilor grave se face prin vaccinare în primele 41 de zile
 - B. Tratamentul nonoperator este privit ca prima intenție
 - C. Hemostaza se obține exclusiv prin electrocoagulare și sutură
 - D. Se încearcă tratamentul chirurgical cât mai des
 - E. Dacă se intervine chirurgical se încearcă conservarea totală sau parțială a splinei
16. CM Semnele clinice ale șocului hipovolemic sunt următoarele:
- A. Scăderea TA (sistolice < 90 mmHg și TA medii < 50-60 mmHg)
 - B. Tahicardia
 - C. Tahipnea
 - D. Creșterea reflectorie a debitului urinar cu poliurie
 - E. Alterarea stării de conștiență
17. CM Alegeți metodele diagnostice contraindicate la pacienții cu hemodinamică instabilă:
- A. Tomografia computerizată
 - B. Laparoscopia
 - C. Toracocenteza
 - D. FAST
 - E. Laparocenteza
18. CM Indicați elementele „Triadei Letale” la politraumatizați:
- A. Hipotermia
 - B. Acidoza
 - C. Anuria
 - D. Coagulopatia
 - E. Sindromul de detresă respiratorie a adultului
19. CM Selectați metodele de diagnostic pentru aprecierea leziunilor mușchilor recti abdominali:
- A. Lavajul peritoneal diagnostic
 - B. Laparoscopia
 - C. Tomografia computerizată
 - D. Toracosopia
 - E. Ultrasonografia abdominală
20. CM Specificați metodele de hemostază folosite în rezolvarea leziunilor hepatice:
- A. Lărgirea leziunii hepatice cu suturarea sau ligatura sursei de hemoragie

- B. Tamponarea plăgii hepatice transfixiante
 - C. Injectarea hemostaticelor locale în leziunile hepatice superficiale
 - D. Diatermocoagularea leziunilor hepatice superficiale
 - E. Meșierea perihepatică (packing)
21. CM Leziunile căror organe se vor manifesta clinic prin peritonită:
- A. Vezicula biliară
 - B. Ileonul
 - C. Rinichii
 - D. Splina
 - E. Colonul
22. CM Selectați fazele evolutive în perioada posttraumatică la pacienții cu leziuni de diafragmă:
- A. Infiltrație
 - B. Abcedare
 - C. Leziune în „doi timpi”
 - D. Pseudoameliorare
 - E. Herniere și strangulare
23. CM Selectați caracteristicile hematomului supraaponevrotic:
- A. Detașarea pielii și planului celular subcutanat de la aponevroză
 - B. Aprecierea unei colecții fluctuente la palpare
 - C. Tegumentele supraiacente reci, cianotice
 - D. Poate fi însoțit de fals sindrom peritoneal
 - E. Puncția este managementul chirurgical indicat
24. CM Radiografia abdominală în ruptura diafragmei poate constata:
- A. Hipertransparența organelor migrate în cavitatea toracică
 - B. Ascensionarea hemidiafragmului afectat
 - C. Imagini hidroaerice
 - D. Atelectazie pulmonară
 - E. Deplasarea mediastinului spre partea afectată
25. CM Indicați criteriile abordării nonoperatorii a leziunilor hepatice și lienale:
- A. Hemodinamica stabilă
 - B. Absența semnelor peritoneale
 - C. Lipsa conștienței
 - D. Prezența leziunilor asociate
 - E. Tomografia computerizată este obligatorie în aprecierea severității și evoluției leziunilor

Traumatismele abdominale

- | | | |
|-----|---------|-------------|
| 1. | B | 20. A,B,D,E |
| 2. | E | 21. A,B,E |
| 3. | C | 22. D,E |
| 4. | D | 23. A,B,C,E |
| 5. | D | 24. A,B,C,D |
| 6. | D | 25. A,B,E |
| 7. | E | |
| 8. | B | |
| 9. | D | |
| 10. | E | |
| 11. | B,C | |
| 12. | A,B,C,E | |
| 13. | B,C | |
| 14. | B,C | |
| 15. | B,E | |
| 16. | A,B,C,E | |

- 17. A,B
- 18. A,B,D
- 19. C,E

Peritonitele

1. CS Indicați forma peritonitei care evoluează fără prezența germenilor patogeni:
 - A. Primitivă
 - B. Secundară
 - C. Terțiară
 - D. Specifică
 - E. Postoperatorie
2. CS La un bolnav de 46 ani care a suportat apendicectomie pentru apendicită acută gangrenoasă, la a 5 zi postoperator au apărut dureri surde în regiunea suprapubiană, tenesme, dureri acute la defecație și disurie, febră 37,8- 38,5°C. Care este diagnosticul prezumptiv?
 - A. Paraproctită acută
 - B. Tromboză anorectală acută
 - C. Peritonită difuză
 - D. Abces al spațiului Douglas
 - E. Pielonefrită acută
3. CS Indicați cauza cea mai frecventă a peritonitelor:
 - A. Ileusul intestinal acut
 - B. Ulcerul gastroduodenal perforat
 - C. Salpingita acută
 - D. Apendicita acută
 - E. Cancerul gastric
4. CS Pentru peritonita acută NU este caracteristic:
 - A. Defansul muscular abdominal
 - B. Simptomul Courvoisier
 - C. Tahicardia
 - D. Reținerea eliminărilor de gaze și mase fecale
 - E. Vomele
5. CS Indicați semnul clinic principal în peritonita acută:
 - A. Vomele
 - B. Durerile abdominale
 - C. Scaunul sangvinolent
 - D. Reținerea eliminărilor de mase fecale și gaze
 - E. Febra
6. CS Peritonita acută poate fi secundară următoarelor afecțiuni, CU EXCEPȚIA:
 - A. Perforației diverticulului Meckel
 - B. Maladiei Crohn
 - C. Stenozei papilei Vater
 - D. Strangulării Richter
 - E. Ileusului intestinal acut
7. CS Indicați gestul chirurgical în abcesul de sac Douglas:
 - A. Puncția ecoghidată a abcesului prin cavitatea peritoneală
 - B. Clistere evacuatorii
 - C. Deschiderea și drenarea abcesului prin laparotomie mediană inferioară
 - D. Puncția, deschiderea și drenarea transrectală a abcesului
 - E. Doar tratament conservativ

8. CS Indicați semnul cel mai sugestiv pentru stabilirea diagnosticului de peritonită acută postoperatorie:

- A. Febra
- B. Durerea
- C. Pneumoperitoneul
- D. Ileusul intestinal persistent
- E. Diureza

9. CS La un pacient de 70 ani cu infarct miocardic acut în anamneză, este prezent tabloul clinic al peritonitei generalizate cu un debut de 3 zile. Indicați tactica medico-chirurgicală:

- A. Intervenție chirurgicală de urgență după 24 ore de pregătire preoperatorie
- B. Intervenție chirurgicală imediată după administrarea preparatelor cardiotonice
- C. Intervenție chirurgicală urgentă după repleție hidro-electrolitică
- D. Nu necesită pregătire preoperatorie
- E. Intervenție chirurgicală urgentă după stabilirea diagnosticului cu corecția insuficienței cardiace

10. CS La un pacient cu peritonită acută difuză fecaloidă în timpul laparotomiei s-a depistat neoplasm rezecabil al ascendentului cu perforația intestinului proximal de tumoră. Indicați volumul operației:

- A. Suturarea perforației cu aplicarea ileotransversanastomozei
- B. Hemicolectomie dreaptă cu aplicarea ileostomiei terminale
- C. Suturarea perforației cu aplicarea ileostomiei terminale
- D. Suturarea perforației cu drenarea cavității peritoneale
- E. Aplicarea cecostomiei cu suturarea perforației

11. CM Indicați scopul intubației gastrointestinale în tratamentul peritonitei difuze purulente:

- A. Evidența pierderilor lichidiene din tractul digestiv
- B. Decompresia intestinului
- C. Alimentarea pacientului prin sondă
- D. Introducerea prin sondă a preparatelor medicamentoase
- E. Profilaxia ocluziei intestinale paralitice

12. CM Indicați manifestările clinice atribuite fazei reactive ale peritonitei acute:

- A. Dureri în regiunea suprapubiană la efectuarea tușeului rectal
- B. Tahicardie
- C. Dereglări ireversibile hidroelectrolitice
- D. Defans muscular al peretelui abdominal anterior
- E. Leucocitoză

13. CM Indicați căile cel mai frecvent utilizate de administrare a antibioticelor în perioada postoperatorie la pacienții cu peritonită difuză:

- A. Subcutan
- B. Intramuscular
- C. Intravenos
- D. Intrarterial
- E. Intraabdominal

14. CM Indicați afirmațiile corecte privind argumentarea efectuării inciziei laparotomice în peritonita acută difuză:

- A. Revizia adecvată a cavității peritoneale
- B. Asanarea optimală a cavității peritoneale
- C. Traumatismul minor al organelor cavității peritoneale
- D. Pierderi minore de sânge
- E. Risc minimal de supurare a plăgii

15. CM Indicați formele peritonitei acute, în care se determină depuneri de fibrină pe foițele parietală și viscerală ale peritoneului:

- A. Seroasă
- B. Purulentă

- C. Fecaloidă
- D. Fermentativă
- E. Fibrinoasă

16. CM Indicați maladiile care pot cauza sindromul de abdomen chirurgical fals:

- A. Anevrismul disecant de aortă
- B. Hematomul retroperitoneal
- C. Fracturile multiple costale
- D. Sindromul Reily
- E. Hernia femurală strangulată

17. CM Peritonita acută difuză se poate instala în următoarele forme ale apendicitei acute:

- A. Colica apendiculară
- B. Apendicita acută catarală
- C. Apendicita acută flegmonoasă
- D. Apendicita acută gangrenoasă
- E. Apendicita acută perforativă

18. CM Pentru faza terminală a peritonitei acute sunt caracteristice:

- A. Adinamia
- B. Hipertermia
- C. Tahicardia
- D. Hipotonia arterială
- E. Hipertensiunea arterială

19. CM Enumerați măsurile terapeutice ale tratamentului complex al peritonitei acute difuze:

- A. Tratamentul non operator
- B. Diminuarea intoxicației
- C. Corecția dereglărilor metabolice
- D. Antibioterapie
- E. Tratamentul parezei intestinale

20. CM Indicați criteriile de diagnostic al peritonitei anaerobe:

- A. Evoluție fulminantă
- B. Intoxicație pronunțată
- C. Confirmare bacteriologică
- D. Cantitate enormă de exudat în cavitatea peritoneală cu o nuanță verzuie-cafenie
- E. Lipsa exudatului în cavitatea peritoneală

21. CM Indicați tratamentul etiologic al peritonitei acute:

- A. Antibioticoterapie
- B. Pleurostomie
- C. Lavajul cavității peritoneale
- D. Tratament chirurgical
- E. Corticoterapie

22. CM Enumerați consecințele peritonitei acute la nivel sistemic:

- A. Alcaloza metabolică
- B. Acidoza metabolică
- C. Acidoza respiratorie
- D. Insuficiența hepatică
- E. Insuficiența renală

23. CM Specificați simptomele care facilitează diagnosticul de peritonită postoperatorie:

- A. Febra persistentă
- B. Prezența hiperperistaltismului
- C. Insuficiența renală acută, insuficiența respiratorie acută
- D. Secreții purulente prin plagă/pe tuburile de dren
- E. Prezența pneumoperitoneumului

24.CM Specificați semnele clinice prezente la palparea abdomenului în peritonita secundară difuză:

- A. Prezența matității hepatice
- B. Apărarea musculară
- C. Matitate deplasabilă pe flancuri
- D. Fluctuență în fosa iliacă dreaptă
- E. Împastare epigastrică

25.CM Indicați microflora prezentată în peritonitele terțiare:

- A. Fungii
- B. Bacteriile cu patogenitate scăzută
- C. Enterococii
- D. Clostridiile
- E. Stafilococii

Peritonitele (răspunsuri)

1.	C	14. A,B
2.	D	15. B,C,E
3.	D	16. A,B,C,D
4.	B	17. C,D,E
5.	B	18. A,C,D
6.	C	19. B,C,D,E
7.	D	20. A,B,C,D
8.	D	21. A,C,D
9.	C	22. B,D,E
10.	B	23. A,C,D
11.	A,B,C,D	24. B,C
12.	B,D	25. A,B
13.	B,C	

Boala varicoasă

1. CS Enumerați afirmațiile adevărate pentru sistemul venos profund al membrelor inferioare, CU EXCEPȚIA:

- A. Sistemul venos profund drenează circa 90% din debitul sanguin al membrelor
- B. Circulația venoasă în regiunea labei piciorului este bidirecțională
- C. Forța gravitațională este cel mai important factor favorizant în întoarcerea venoasă
- D. Venele profunde sunt situate subaponeurotic
- E. Dopplerografia este metoda de elecție în evidențierea permeabilității

2.CS Indicați semnele caracteristice dereglărilor trofice în boala varicoasă:

- A. Scăderea temperaturii locale, diminuarea stratului pilos
- B. Colorația brună a pielii, celulita indurativă, eczema, prezența ulcerelor trofice
- C. Hipertrofia și alungirea membrului afectat, prezența angioamelor, varice congenitale
- D. Pigmentația membrelor inferioare, atrofie cutanată, fistule arterio-venoase
- E. Hipertrofia osoasă, hiperpigmentația, ulcere trofice circulare, angioame

3.CS În tromboflebita ascendentă a venei safene magna cu răspândirea procesului la nivelul treimeii superioare a coapsei se indică:

- A. Bandajul elastic al membrului
- B. Administrarea dezagregantelor
- C. Aplicarea locală a unguentelor cu heparină

- D. Intervenție chirurgicală de urgență
- E. Administrarea preparatelor ce îmbunătățesc calitățile reologice sanguine

4. CS Indicați intervenția patogenetică optimală în boala varicoasă complicată cu ulcer trofic de gambă:

- A. Troianov-Trendelenburg
- B. Babcock
- C. Linton
- D. Madelung
- E. Narath

5. CS Conform clasificării CEAP (2004) stadiul C₅ al bolii varicoase se caracterizează prin:

- A. Jenă în gambă, oboseală preponderent în ortostatism
- B. Senzație de greutate în gambă („gambă de plumb”)
- C. Eczemă, dermatită pigmentară, lipodermo-scleroză, ulcer vindecat
- D. Senzație de tensiune în molet
- E. Eczemă, dermatită pigmentară, lipodermo-scleroză, ulcer activ

6. CM Care dintre factorii enumerați stau la baza instalării dereglărilor trofice cutanate în boala varicoasă:

- A. Ocluzia arterelor tibiale
- B. Insuficiența valvelor venelor perforante
- C. Tromboza venelor profunde ale gambei
- D. Insuficiența valvulei ostiale a venei safene magna
- E. Limfostaza

7. CM Probele funcționale practicate în diagnosticul bolii varicoase pot furniza următoarele date:

- A. Aprecierea insuficienței valvulare a venelor superficiale
- B. Diagnosticarea tromboflebitei venelor superficiale
- C. Aprecierea sediului perforanțelor insuficiente
- D. Evidențierea fistulelor arterio-venoase
- E. Aprecierea permeabilității venelor profunde

8. CM Fluxul sanguin venos fiziologic al membrilor inferioare este caracterizat prin:

- A. Flux de la periferie spre atrul drept
- B. Flux din venele superficiale în cele profunde
- C. Flux din venele profunde în cele superficiale
- D. Flux bidirecțional
- E. Flux de la cord spre periferie

9. CM Enumerați complicațiile ce pot surveni în rezultatul scleroterapiei bolii varicoase:

- A. Infiltrate
- B. Tromboflebită acută a venelor superficiale și celor profunde
- C. Trombembolie a arterei pulmonare
- D. Necroză regională a tegumentelor
- E. Fistulă arterio-venoasă

10. CM Enumerați metodele ce pot fi utilizate pentru prevenirea trombemboliei masive pulmonare în cazul unui tromb flotant al venei cave inferioare:

- A. Trombectomia
- B. Plicația venei cave inferioare
- C. Rezecția venei cave inferioare
- D. Implantarea cava-filtrelor

E. Crearea fistulei aorto-cavale

11. CM Selectați metodele de diagnostic specifice embolismului pulmonar:

- A. Radiografia orientativă a cutiei toracice
- B. Electrocardiografia
- C. USG cordului
- D. Angiopulmonografia
- E. Scanarea perfuzantă pulmonară

12. CM Indicați factorii implicați în formarea trombilor:

- A. Deteriorarea peretelui venos
- B. Prezența șunturilor arterio-venoase congenitale
- C. Marirea coagulabilității sângelui
- D. Dereglarea ritmului cardiac
- E. Incetinirea fluxului sanguin în vene

13. CM Enumerați caracteristicile sindromului posttromboflebitic:

- A. Alungirea membrelor inferioare
- B. Durerile la nivelul extremităților
- C. Creșterea volumului membrelor
- D. Deformarea articulațiilor piciorului
- E. Ulcerele trofice

14. CM Enumerați vizele intervenției chirurgicale în varicele primare, CU EXCEPȚIA:

- A. Suprimarea refluxului venos ostial
- B. Plastia valvulelor incompetente
- C. Întreruperea refluxului prin colateralele crosei venei safene magna
- D. Implantarea cava-filtrelor
- E. Stoparea refluxului prin venele comunicante și colaterale

15. CM Indicați factorii, care influențează pozitiv circulația de reflux sanguin venos:

- A. Forța sistolică reziduală
- B. Aspirația diastolică a atriilor
- C. Aspirația toracică
- D. Presiunea intraabdominală
- E. Pompa musculo-venoasă

Boala varicoasă (răspunsuri)

- | | | |
|-----------|--------------|--------------------|
| 1. | C | 9. A,B,C,D |
| 2. | B | 10. B,D |
| 3. | D | 11. D,E |
| 4. | C | 12. A,C,E |
| 5. | C | 13. B,C,E |
| 6. | B,D | 14. B,D |
| 7. | A,C,E | 15. A,B,C,E |
| 8. | A,B | |

**Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
“Nicolae Testemițanu”**

Catedra Chirurgie Nr.2

T E S T E

**pentru examen de Stat “Boli chirurgicale”
Anul universitar 2019 2020**

**Șef catedra, d.h.ș.m.,
Profesor universitar, Adrian Hotineanu**

(teste rom)

Chișinău, 2020

CHIRURGIE ENDOCRINĂ

1. CM În legatura cu gușa sporadică sunt adevărate următoarele afirmații:

- A. Creștere de volum a tiroidei
- B. Normofuncție tiroidiană
- C. Apare la cca 20% din populația unei zone
- D. Apare mai frecvent la femei
- E. Se transmite autosomal recesiv

2. CS. Convulsiile, simptomele Chvostek și Trusso după strumectomie se datorează:

- A. Hipotiriozei
- B. Crizei tirot toxice
- C. Traumatisme ale nervilor laringieni
- D. Hipoparatiroidiei
- E. Efectelor reziduale ale tirototoxicității

3. CM Indicații pentru tratamentul chirurgical al unei guși sunt:

- A. Eșecul tratamentului medical
- B. Gușa parenchimatooasă difuză la debut
- C. Gușa hipertiroidizată
- D. Gușa nodulară
- E. Gușa suspectă de malignizare

4. CM În funcție de situație pot fi utilizate următoarele tipuri de intervenții chirurgicale în tratamentul unei guși:

- A. Tiroidectomia subtotală
- B. Lobectomia totală
- C. Tiroidectomia totală
- D. Lobectomia subtotală
- E. Disecție cervicală radicală (radical neck dissection)

5. CS Imaginea scintigrafică a adenomului toxic arată:

- A. Captare difuză și omogenă a traserului radioactiv
- B. Captare difuză dar neomogenă a traserului radioactiv
- C. Captare în "tablă de șah"
- D. "Nodul fierbinte"
- E. „Nodul rece”

6. CS Tratamentul cu iod radioactiv în tireototoxicoză are următoarele indicații:

- A. Boala Basedow
- B. Adenomul toxic
- C. Asocierea hipertiroide – cancer tiroidian
- D. Tireototoxicozele induse de administrarea de hormoni tiroidieni
- E. Hipertiroidii secundare tumorilor secundare tireotrope

7. CS Complicațiile tiroidectomiei includ următoarele, cu excepție:

- A. Pareza de recurent
- B. Mixedem
- C. Criză tetanică
- D. Criza tirototoxică
- E. Sindrom exoflatmic

8. CS. Cea mai frecventă complicație a strumectomiei este:

- A. Lezarea nervului recurent

- B. Recidiva tiriotoxicozei
- C. Hiperplazia aparatului limfoid
- D. Tetania
- E. Hipotirioza

9.CM. Adevărate pentru neoplazia endocrină multiplă de tip I (MEN1) sunt următoarele afirmații:

- A. Este compusă din tumori sau hiperplazii ale paratiroidelor, insulelor pancreatice și hipofizei
- B. Este compusă din tumori sau hiperplazii ale suprarenalelor, pancreasului și hipofizei
- C. În cadrul MEN 1 hiperparatiroidismul este cea mai comună manifestare (90-100%)
- D. Adenomul hipofizar pare a fi prezent la aproape toți pacienții cu MEN 1
- E. MEN 1 este o anomalie genetică autozomal dominantă

10.CS. Ce afirmație referitor la tiroidita cronică Riedel este falsă?

- A. Glanda tiroidă este invadată de țesut fibros sclerozant, dens
- B. Poate însoți alte afecțiuni fibrozante idiopatice
- C. Clinic apare ca o gușă dură, lemnoasă
- D. Pacienții prezintă gușă omogenă (nodulară bine delimitată, palpator moale)
- E. Scintigrama cu I^{131} evidențiază o captare difuză, neomogenă

11.CM. Ce afirmații referitor la tiroidita limfocitară Hashimoto sunt adevărate?

- A. Este boala autoimună
- B. Apare predominant la femei
- C. În serul pacienților se evidențiază titruri mari de anticorpi antitiroidieni
- D. Boala este deseori familială însoțită cu alte afecțiuni autoimune
- E. Clinic apare ca o gușă dură, lemnoasă, compresivă

12. CS. O complicație care nu este caracteristică intervențiilor chirurgicale pe glanda tiroidă este:

- A. Hemoragie
- B. Embolismul aerian
- C. Embolie grasă
- D. Leziuni traheale
- E. Afectarea nervului recurent

13.CM. Ce afirmații referitor la neoplaziile endocrine multiple sunt incorecte?

- A. Sunt sindroame în care la același individ sunt prezente tumori interesând două sau mai multe glande endocrine
- B. Ambele forme MEN I și MEN II au și o componentă tiroidiană
- C. În formele MEN I și MEN II lipsește componenta tiroidiană
- D. Sindromul MEN II prezintă trei varietăți: tipul a, B și tip familial
- E. Feocromocitoma este componentă a sindromului MEN I

14.CM. Sindromul Zollinger-Ellison are următoarea triadă caracteristică:

- A. Ulcere multiple sau multiplu recidivante, atipică, cu evoluție gravă și rapidă
- B. Hiposecreție gastrică cantitativă și calitativă
- C. Chimismul gastric indică hipersecreție bazală abundență
- D. Tumoră gastrino-secretoare (gastrinom)
- E. Valorile gastrinei serice sunt mult scăzute

15.CS. Ce afirmație referitor la feocromocitom este incorectă:

- A. Boala reprezintă 1-5% din maladiile suprarenalelor
- B. Are o incidență maximă între 20-35 de ani
- C. Este o tumoră a celulelor cromofine
- D. Mai frecvent se localizează în suprarenală dreaptă

E. Este o tumoră malignă

16.CS. Care din afirmații referitoare la tratamentul feocromocitomului este incorectă:

- A. Extirparea tumorii este unica soluție terapeutică
- B. Gestul chirurgical trebuie precedat, însoțit și urmat de tratamentul medicamentos de reglare a tensiunii arteriale
- C. Se practică enuclearea tumorii, rezecția parțială a suprarenalelor sau adrenalectomia totală
- D. Manipularea intraoperatorie a tumorii poate determina o criză hipertensivă
- E. Gestul chirurgical se efectuează numai pe calea toracică

17.CM. Caracteristic timomului este:

- A. Este o tumoră a timusului
- B. Este o tumoră a suprarenalelor
- C. Este o tumoră a tiroidei
- D. Tumora poate fi asimptomatică, cu semne clinice compresive sau cu sindroame concomitente
- E. Miastenia în combinație cu timom are un prognostic nefavorabil

18.CS. Care din afirmații referitor la răsunetul clinic al miasteniei, la bolnavii cu timoame, este incorectă:

- A. Debut acut și decurgere malignă
- B. Crize colinergice șă/sau miastenice
- C. Dereglări severe motorice
- D. Hipotrofii musculare
- E. Respirație paradoxală

19.CM. Următoarele fac parte din sindromul MEN-IIA:

- A. Carcinom medular multicentric
- B. Feocromocitom
- C. Hiperparatiroidism primar
- D. Hiperplazie de celule C
- E. Hiperplazie timică

20.CS. Următoarele fac parte din sindromul MEN-IIB, cu excepția:

- A. Carcinom medular de tiroidă
- B. Feocromocitom
- C. Ganglioneuroame intestinale
- D. Insulinom
- E. Nervoame mucoase

21.CM. Următoarele semne clinice pledează pentru un hiperparatiroidism primar:

- A. Sete, poliurie, pierdere ponderală.
- B. Crampe, fibrilații musculare.
- C. Slăbiciune generală și musculară severă.
- D. Durere în oasele supuse presiunii, fracturi patologice.
- E. Tegumente îngroșate, depigmentate.

22.CM. Caracteristic pentru o criză tireotoxică este:

- A. Hipertermie, tahicardie, hipertensiune
- B. Termofobie, transpirații, parastezii
- C. Agitație, stare confuzională, vărsături
- D. Exoftalmie, insomnie, atrofii musculare
- E. Enoftalm

23.CS. Pentru neoplazia endocrină multiplă de tip I (MEN1) nu este caracteristic:

- A. Este compusă din tumori sau hiperplazii ale paratiroidelor, insulelor pancreatice și hipofizei
- B. Este compusă din tumori sau hiperplazii ale suprarenalelor, pancreasului și hipofizei
- C. În cadrul MEN 1 hiperparatiroidismul este cea mai comună manifestare (90-100%)
- D. Adenomul hipofizar pare a fi prezent la aproape toți pacienții cu MEN 1
- E. MEN 1 este o anomalie genetică autozomal dominantă

24.CM. Ce afirmații referitor la tiroidita subacută de Quervain sunt adevărate?

- A. Este mai frecventă la bărbați
- B. Apare după un epizod de infecție a căilor respiratorii superioare
- C. Debutează cu febră/frison
- D. Tiroida crește rapid în volum, dureroasă la palpare
- E. Este o forma gravă de tireotxicoză

25.CS. Sindromul MEN-IIA nu include:

- A. Carcinom medular multicentric
- B. Feocromocitom
- C. Hiperparatiroidism primar
- D. Hiperplazie de celule C
- E. Hiperplazie timică

KEY (Chirurgia endocrină)

1ABDE; 2D; 3ACDE; 4ABCD; 5D; 6D; 7E; 8E; 9ACDE; 10D, 11ABCD; 12C;; 13CE; 14ACD; 15E; 16E, 17ACE, 18E, 19ABCD; 20D, 21ACD; 22AC; 23B, 24BCD; 25E,.

AFEȚIUNILE PLEURO-PULMONARE SUPURATIVE

(Abcesul pulmonar, Boala bronșiectatică, Gangrenul pulmonară, Pleureziile purulente nespecifice)

1.CS. Care este localizarea mai frecventă a abceselor pulmonare prin aspirație:

- A. segmentele bazale anterioare ale lobilor inferiori
- B. segmentele laterale ale lobilor inferiori
- C. segmentele apicale ale lobilor superiori
- D. segmentele anterioare ale lobilor superiori
- E. segmentele posterioare ale plămânilor /preponderent lobii superior/

2.CM. Abcesele de origine bronhogenică în majoritatea cazurilor sunt:

- A. multiple
- B. periferice
- C. solitare
- D. centrale
- E. bilaterale

3.CS. Care simptom nu este caracteristic pentru I faza a abcesului pulmonar acut?

- A. tușea
- B. sindromul de intoxicație septico-purulentă
- C. expectorație purulentă
- D. dispnee
- E. sindromul algic

4.CS. Care metoda de diagnostic este mai informativă în faza I a abcesului pulmonar acut ?

- A. scanarea cu radionuclizi
 - B. bronhoscopia
 - C. tomografia asociata cu puncție transtoracală
 - D. ultrasonografia
 - E. bronhografia
- 5.CM. Cea mai informativă metodă de diagnostic în faza a II a abcesului pulmonar acut este:
- A. angiopulmonografia
 - B. radiografia de ansamblu în doua proiecții
 - C. scanarea cu radionuclizi
 - D. tomografia
 - E. ultrasonografia
- 6.CS. Cu care dintre formațiunile cavitare ale toracelui diagnosticul diferențial al abcesului pulmonar este mai dificil de efectuat?
- A. cancerul pulmonar forma atipică
 - B. tuberculoza pulmonara forma excavată
 - C. chist supurat cu fistulă bronșică
 - D. boala bronșiectatică
 - E. abces mediastinal
- 7.CS. Hemoragia profuză survine mai frecvent în:
- A. boala bronșiectatică
 - B. abcesele pulmonare
 - C. tuberculoza pulmonară
 - D. cancerul pulmonar
 - E. gangrena pulmonară
- 8.CS. Metoda de elecție în asanarea abceselor voluminoase cu sechestre și intoxicație septică pronunțată este:
- A. toracopneumocinteza cu drenaj
 - B. bronhoscopia
 - C. lavajul bronsic prin cateterism
 - D. microtraheostomia
 - E. toracopneumotomia și drenarea abcesului
- 9.CS. Metoda de baza al tratamentului local în cazul rupturii abcesului piogen sau gangrenos în cavitatea pleurala, este:
- A. bronhoscopia cu lavaj
 - B. puncția pleurala repetată
 - C. pleurotomie minimă (închisă)
 - D. toracotomie largă, asanarea, drenarea cavității pleurale și abcesului
 - E. rezecția pulmonară
- 10.CM. Care din cauzele enumerate duc la cronicizarea abcesului pulmonar?
- A. tratamentul conservator întârziat
 - B. terapia antibacteriană defectuoasă
 - C. localizarea apicală a abcesului
 - D. terapia de detoxifiere neadecvată
 - E. abcesul pulmonar voluminos cu sechestre, asanat defectuos
- 11.CS. Complicația cea mai gravă a abcesului pulmonar cronic este:
- A. tuberculizarea cavității reziduale

- B. suprainfectarea cu fungi
 - C. amiloidoza viscerală
 - D. hemoptizia
 - E. pioscleroza cu bronșiectazii secundare
- 12.CS. Metoda de elecție în tratamentul abcesului pulmonar cronic este:
- A. tratamentul medical general
 - B. bronhoscopie cu lavaj
 - C. toracopneumotomia cu drenaj
 - D. terapia antibacteriană
 - E. rezecția pulmonară
- 13.CS. Boala bronșiectatică se dezvoltă pe fondul:
- A. piosclerozei
 - B. pneumoniei cronice
 - C. parenchimului neschimbat
 - D. emfizemului pulmonar
 - E. empiemului pleural cronic
- 14.CS. Care este simptomul funcțional dominant al bolii bronșiectatice?
- A. sindromul algic
 - B. sindromul hemoptoic
 - C. sindromul de intoxicație septico-purulentă
 - D. sindromul bronșic
 - E. febra
- 15.CS. Boala bronșiectatică afectează preponderent:
- A. lobul superior al plămânului drept
 - B. lobul mediu al plămânului drept
 - C. lobul superior al plămânului stâng
 - D. lobul superior și mediu al plămânului drept
 - E. lobi inferiori
- 16.CM. Diagnosticul diferențial al bolii bronșiectatice este cel mai dificil de efectuat cu una din următoarele maladii:
- A. bronșitele supurate fără dilatații bronșice
 - B. supurații bronhopulmonare cronice cu bronșiectazii secundare
 - C. tuberculoza pulmonară
 - D. bronhocelele
 - E. formele chistice sau pseudochistice ale bolilor congenitale pulmonare
- 17.CS. Metoda cea mai eficientă de diagnostic a bolii bronșiectatice este:
- A. angiopulmonografia
 - B. radiografia de ansamblu
 - C. tomografia
 - D. bronhografia
 - E. bronhoscopia
- 18.CS. Tratamentul strict conservator a bolii bronșiectatice este indicat în următoarele cazuri, exceptând:
- A. bolnavii cu boli concomitente decompensate
 - B. stadiile inițiale a maladiei, mai cu seama, la copii
 - C. cazurile de afectare a unui plămân și al unui lob sau mai mulți din partea opusă
 - D. afectarea limitată a ambilor plămâni

E. degerescența amiloida gravă a organelor interne

19.CS. Tratamentul conservator al bolii bronșiectatice include obligatoriu următoarele măsuri, exceptând:

- A. corecția homeostazei
- B. terapia de detoxicare
- C. dezinfectia bronșiilor și a căilor aeriene superioare
- D. combaterea secreției gastrice
- E. tratamentul balneo-climatic

20.CS. Tratamentul chirurgical al bolii bronșiectatice în dependență de procesul local este indicat rar în următoarele cazuri:

- A. bronșiectazii supurate unilaterale
- B. plămân bronșiectatic complet distrus
- C. bronșiectazii localizate bilateral bine delimitate
- D. bronșiectazii difuze din copilărie, mai cu seamă bilaterale, fără complicație
- E. bronșiectazii secundare, mai cu seama, hemoptoice

21.CS. Care din complicațiile postoperatorii imediate în rezecțiile pulmonare pentru boala bronșiectatică necesită reintervenție chirurgicală de urgență majoră?

- A. atelectazia
- B. șocul de durere
- C. hemoragia intrapleurală
- D. pneumotoraxul
- E. inundația traheo-bronșică

22.CS. Care metoda electivă de diagnostic în pleureziile purulente acute ?

- A. ultrasonografia
- B. scanarea plămânilor cu radionuclizi
- C. radiografia de ansamblu în diferite poziții /de profil, de față, laterografia/
- D. angiopulmonografia
- E. bronhoscoopia

Key (AFECȚIUNILE PLEURO-PULMONARE SUPURATIVE):

1E, 2CD, 3C,4C, 5BD, 6C,7E, 8E, 9D, 10ABDE,11C,12E, 13C, 14D, 15E, 16 BE, 17D, 18D,19D, 20D,21C, 22C;

MALADIILE NESUPURATIVE PLEURO-PULMONARE

1.CS.Care este calea principală de infestare în hidatidoza pulmonară primară:

- A. Calea respiratorie
- B. Calea digestivă
- C. Calea directă prin mucoase
- D. Calea directă prin mușcăături
- E. Calea directă prin tegumente

2.CM. Echinococoza pulmonară secundară se produce pe:

- A. Cale enterogenă
- B. Cale bronhogenă
- C. Prin mucoase
- D. Pe cale hematogenă
- E. Pe cale limfogenă

- 3.CS. Care dintre cele enumerate reprezintă elementele structurale propriie ale chistului hidatic pulmonar, exceptând:
- A. Membrana chitinoasă
 - B. Adventiția (adventia)
 - C. Membrana proligeră
 - D. Scolecș
 - E. Vezicule fiice
- 4.CS. Care din complicații chistului hidatic pulmonar se asociază cu șoc anafilactic:
- A. Ruperea în bronhie
 - B. Supurația
 - C. Ruperea în cavitatea pleurală
 - D. Ruperea în bronhie cu aspirație în plămânul sănătos
 - E. Hemoragia
- 5.CS. Care din cele enumerate este complicația cea mai frecventă al chisturilor aeriene pulmonare subpleurale?
- A. Supurația
 - B. Pneumotoraxul spontan
 - C. Hemoptezia
 - D. Cancerizarea
 - E. Sindromul compresiv
- 6.CS. Diagnosticul diferențial al chisturilor aeriene pulmonare se face cu următoarele afecțiuni, exceptând:
- A. Tuberculoza excavată
 - B. Cancerul cavitărilor
 - C. Hidatidoza pulmonară necomplicată
 - D. Abcesul piogen pulmonar
 - E. Pleurezia purulentă interlobară cu fistula bronșică
- 7.CS Care din investigațiile enumerate sunt primordiale în stabilirea diagnosticului de chist aerian pulmonar:
- A. Investigație cu radionuclizi
 - B. Toracosopia
 - C. Investigații radiologice
 - D. Bronhosopia
 - E. Investigațiile citologice și morfologice
- 8.CS. Factorul etiologic al revărsatului pleural nesupurativ este, cu excepția:
- A. Trauma canalului limfatic toracic (chilotoraxul)
 - B. Traumatismul toracelui cu lezarea pleurei, arterelor intercostale, parenchimului pulmonar (hemotoraxul)
 - C. Revărsatul pleural pancreatogen
 - D. Ruperea abcesului pulmonar în cavitatea pleurală
 - E. Revărsatul pleural malign (metastatic)
- 9.CS. Care din semnele enumerate sunt caracteristice pentru pneumotoraxul cu supapă, cu excepție:
- A. Dureri violente
 - B. Dispnee pronunțată
 - C. Bombarea unui semitorace
 - D. Turgistența venelor gâtului și a membrilor superioare

E. Hemoptizii

10.CS. Semnele radiologice caracteristice pentru pneumotoraxul compresiv sunt, cu excepția:

- A. Hipertransparenta unui hemitorace
- B. Deplasarea pronunțată a mediastinului
- C. Colabarea plămânului
- D. Deplasarea semidiafragmului corespunzător spre cavitatea peritoneală
- E. Balansarea mediastinului

11.CS. Care este procedeul terapeutic primordial în ajutorul medical de urgență majoră în pneumotoraxul cu supăa?

- A. Administrarea de oxigen
- B. Administrarea analepticilor respiratori
- C. Transferarea pneumotoraxul cu subapă în pneumotoraxul deschis
- D. Administrarea de cardiotoraxiei
- E. Respirație controlată

Key (Afecțiunile pleuro-pulmonare nesupurative)

1B, 2BD, 3B, 4C, 5B, 6C, 7C, 8D, 9E, 10E, 11C,

CARDIOPATIILE CONGENITALE ȘI DOBÂNDITE

1. CS. Canalul arterial permeabil (CAP), selectați răspunsul fals:

- A. CAP unește cârja aortei cu artera pulmonară
- B. CAP unește aorta ascendentă cu artera pulmonară
- C. în perioada inițială a CAP oxigenarea sângelui în circuitul mic este mărită
- D. inițial în hipertenzia pulmonară miofibrele arteriole se hipertrofiază
- E. în faza IV a hipertenziei pulmonare torentul sanguin își schimbă direcția prin CAP

2.CS. Defectul septului ventricular (DSV), care răspuns este greșit?

- A. în DSV suflul sistolic se propagă pe toată cutia toracică
- B. viciul din palid se poate transforma în cianotic
- C. operația paliativă poate fi efectuată numai după vârsta de un an
- D. operația paliativă poate fi efectuată în primele trei luni de viață
- E. operația efectuată în faza cianogenă este neefectivă

3.CS. Defectul septului atrial (DSA), care este răspunsul incorect ?

- A. în plastia defectului septului se aplică surjet în cotinuu
- B. în plastia DSA se aplică suturi punctate
- C. electrocardiografia depistează semne de suprasolicitare numai a camerelor drepte ale inimii
- D. ventriculul stâng rămâne subsolicitat
- E. schimbările morfologice în micul circuit sangvin apar treptat

4.CS. Coarctația aortei, care răspuns este fals?

- A. îngustarea aortei are loc după începutul arterei brahiocefalice
- B. îngustarea are loc distal de artera subclavă stângă
- C. sângele trece în partea inferioară a corpului prin artera subclavă dilatată
- D. tensiunea în arterele femorale este micșorată
- E. plastia în coarctația aortei constă în excizia segmentului îngustat cu suturarea termino-terminal sau șutare cu proteză vasculară, sau aplicarea protezei vasculare

- 5.CS. Stenoza izolată a arterei pulmonare (SIAP), care răspuns este fals?
- A. în SIAP îngustarea poate fi valvulară sau subvalvulară
 - B. în SIAP trunchiul arterei pulmonare este dilatat
 - C. în SIAP tensiunea în micul circuit sangvin reflector se mărește
 - D. în SIAP zgomotul doi pe artera pulmonară este diminuat
 - E. operația în SIAP consta în comisurotomie deschisa, excizia surplusului muscular, aplicarea peticului din material plastic
- 6.CS. Tratamentul chirurgical în tetrada Fallot. Care răspuns este fals?
- A. operația radicală subînțelege dilatarea arterei pulmonare, plastia defectului septal cu deplasarea aortei spre ventriculul stâng
 - B. operațiile paliative sunt mai efective pînă la vârsta de trei ani
 - C. mai frecvent în operația paliativă se restituie anastomoza a.subclavă - ramura arterei pulmonare pe dreapta
 - D. în tetrada Fallot numărul eritrocitelor este diminuat
 - E. la ECG predomină semne de suprasolicitare a ventriculului drept
- 7.CM. Tamponada cardiacă se traduce prin următoarele semne:
- A. presiune venoasă crescută
 - B. șoc
 - C. minut-volum cardiac scăzut
 - D. umplere diastolică a inimii crescută
 - E. tensiune arterială scăzută
- 8.CS. Anevrismul disecant al aortei toracice este favorizat, în primul rând, de:
- A. ateroscleroză
 - B. sifilis
 - C. degenerescenta tunicii medii
 - D. traumă
 - E. coarctarea de aortă
- 9.CM. Stenoza mitrală poate rezulta din următoarele:
- A. scădere a debitului cardiac
 - B. fibrilație arterială
 - C. embolie sistemică
 - D. creștere a rezistenței periferice
 - E. edem pulmonar
- 10.CS. Cel mai frecvent viciu cardiac congenital este:
- A. tetrada Fallot
 - B. comunicarea interventriculară
 - C. canalul arterial persistent
 - D. comunicarea interatrială
 - E. transpoziția vaselor mari

Key (Cardiopatiile congenitale și dobândite)

1B, 2ACDE, 3B, 4E, 5E, 6D, 7B, 8E, 9ABCE, 10D.

ARTERIOPATIILE PERIFERICE OBLITERANTE

- 1.CS. Tratatamentul fistulelor artero-venoase consta în:
 - A excizia fistulei cu restabilirea continuității vaselor
 - B ligaturarea arterei distale de fistula
 - C amputația membrului
 - D ligaturarea venei distale de fistula
 - E tratament exclusiv medicamentos

- 2.CM. Schimbările trofice condiționate de ischemia cronică includ următoarele:
 - A căderea parului
 - B modificările unghiilor
 - C atrofia pielii
 - D atrofia musculaturii
 - E osteoporoza

- 3.CS. Embolii arteriali se fixează mai des la nivelul:
 - A bifurcației aortice
 - B arterei iliace comune
 - C arterei femurale comune
 - D vaselor cerebrale
 - E arterei poplitee

- 4.CS. Ce afirmație referitoare la particularitățile maladiei Burger este incorectă?
 - A se întâlnește mai frecvent la bărbați
 - B se observa între 20 și 40 ani
 - C este însoțită de claudicație intermitentă
 - D este în raport strâns cu fumatul
 - E prezintă o formă deosebită de ateroscleroza

- 5.CS. Claudicația intermitentă ca urmare a aterosclerozei avansate a arterelor iliace externe este mai efectiv tratată prin
 - A simpatectomie lombară
 - B gimnastica efectuată zilnic
 - C by-pass
 - D vasodilatatoare
 - E rezecție a segmentului afectat cu anastomoza

- 6.CS. La apariția trombozei acute arteriale al membrilor contribuie:
 - A. cardioscleroza aterosclerotică
 - B. endocardita septică
 - C. viciul mitral reumatic
 - D. ateroscleroza obliterantă al vaselor membrilor inferioare
 - E. toate cele enumerate

- 7.CS. Date despre starea arterelor magistrale distal de locul emboliei putem obține la:
 - A. capilaroscopie
 - B. examenul obiectiv
 - C. examinare radionuclidă
 - D. dopplerografie
 - E. toate cele menționate

- 8.CS. Operația de bază, efectuată în embolia arterii femurale este:
 - A. dilatare rengenovasculară

- B. trombintimectomia
- C. embolectomia
- D. profundoplastia
- E. by-pass

9.CS. Factorul principal, ce determină tactica de tratament în insuficiența arterială acută este:

- A. vârsta pacientului
- B. gravitatea stării generale
- C. gradul ischemiei membrului
- D. prezența ocluziei aterosclerotice concomitente
- E. localizarea trombului sau embolului

10.CS. Restabilirea circulației sanguine în insuficiența arterială acută al membrului este absolut contraindicată în:

- A. ischemia de gr. Ia lent progresivă
- B. ischemia de gr. IIb pacientul cu infarct miocardic
- C. ischemia de gr. IIIa la pacient cu ictus
- D. ischemia de gr. IIIc
- E. vârsta pacientului >85 ani

11.CS. Amputația ca operație de elecție în insuficiența arterială acută al membrului este indicată:

- A. în ateroscleroza avansată al vaselor magistrale al membrului cu manifestările incipiente ale trombozei acute
- B. la pacienți în vârstă avansată
- C. în gradul IIIb de ischemie
- D. numai în gradul IIIc de ischemie
- E. în internare tardivă a pacientului

12.CS. Terapia conservativă în embolie acută arterială poate fi metoda de elecție în :

- A. în stadiu avansat al ischemiei acute
- B. la pacienți în vârstă >80 ani
- C. la pacienți cu patologie concomitentă gravă
- D. în caz de contraindicații absolute pentru tratament chirurgical
- E. în prezența maladiilor trombogene și embologene

13.CS. Pentru tromboza acută a arterei magistrale a piciorului nu este caracteristic:

- A. paliditate
- B. dureri
- C. edem
- D. parastezie
- E. dispariția pulsului

14.CS. Către sindromul ischemic al membrului inferior se atirna tot în afara de:

- A. lipsa pulsului
- B. parastezii
- C. ulcere trofice a gambei
- D. paralizie inferioară
- E. paliditatea tegumentelor și dureri

15.CS. În embolia arterei femurale, ischemie gradul III (contractura piciorului) metoda de elecție este:

- A. embolectomie de urgență
- B. terapie trombolitică
- C. terapie cu anticoagulanți

- D terapie simptomatica
E amputația primara a piciorului
- 16.CS. Embolia arterei brahiale poate fi cauzata de ori și care maladie cu excepție:
A stenoza mitrala
B infarct miocardic acut
C aneurisma cordului
D aneurism a aortei abdominale
E comprimarea arterei subclavia cu o coasta cervicala adaugatoare
- 17.CS. Viabilitatea piciorului ischemizat de origina embolica se poate aprecia prin:
A sfigmografie
B reovazografie
C scintigrafie cu Te 99 (tehneta)-pirofosfat
D pletismografie
E termografie
- 18.CS. Cel mai perfect instrument pentru embolectomie din artera magistrala este:
A inelul vascular Wolmar
B vacuum-aspirator
C cateterul Fogarti cu balonaș
D cateter Dormia
E pensa fenestrata
- 19.CS. Aneurismele aterosclerotice periferice se localizează cel mai frecvent la nivelul arterei
A carotide
B subclaviculare
C femurale
D poplitee
E ulnare
- 20.CS. Un bolnav în vârsta de 80 ani se prezintă cu maladie cardiaca severa si claudicatie intermitenta pronunțata in piciorul drept. Tratamentul de electie in acest caz este:
A by-pasul aorto-femural
B by-pasul axilo-femural drept
C by-pasul femuro-femural
D by-pasul aorto-iliac drept
E simpatectomia dreapta
- 21.CS. Sindromul Leriș - aceasta este:
A artereita nespecifică brahiocefala
B ocluzie aterosclerotica a bifurcatiei aortei
C capilaropatia periferica a extremităților
D trombangiita migranta
E ocluzia venei cave inferioare
- 22.CS. Pentru sindromul Leriș este caracteristic, tot afara de:
A hipotermia membrelor inferioare
B paliditatea pielii
C tromboflebita migranta a membrelor
D dureri in regiunea fesiera la șezut
E impotentei
- 23.CS. Pentru sindromul Takayasu nu este caracteristic:

- A dispariția pulsului la membrele inferioare
 - B dispariția pulsului membrele inferioare
 - C grafospasm
 - D cefalee, vertijuri
 - E scădere vederii până la cecitate
- 24.CS. Pentru tratamentul chirurgical in sindromul Leriș ce-a mai reușita metoda va fi:
- A simpatectomie lombara
 - B simpatectomie periarteriala
 - C sunt aorto-femural bifurcați anal
 - D sunt aorto-femural unilateral
 - E trombectomie cu cateterul Fogarti
- 25.CS .Alegeți afirmație corectă referitor la manifestarea clinica aneurizmului aortic abdominal (AAA):
- A. În 70-75% de cazuri din toate aneurizmului aortic abdominal sunt simptomatice la diagnosticare
 - B. Examinare fizicala de rutină și metodele imagistice permit a stabili diagnosticul
 - C. AAA frecvent se diagnostica întâmplător în timpul operațiilor abdomenale pentru alte patologii
 - D. Pacienții des pun diagnosticul de sinestător
 - E. Hipotenzie și șoc sunt caracteristice pentru aneurizmului aortic abdominal neerupt
- 26.CM. Alegeți afirmațiile corecte referitor la manifestarea clinica aneurizmului aortic abdominal erupte:
- A. Durere abdomenale, șoc și tumora pulsativa abdominală
 - B. Durere sunt avansate, dar sunt caracteristice și pentru aneurizmului aortic abdominal neerupt
 - C. Durere abdomenale nu depind de poziția bolnavului și relativ sunt constante
 - D. Hipotenzie și șoc nu sunt caracteristice pentru aneurizmului aortic abdominal neerupt
 - E. Icter
- 27.CM. Alegeți afirmațiile corecte referitor la aneurizmului aortic abdominal:
- A. Creșterea incidenței a aneurizmului aortic abdominal reflecta creștere vârstei medie a populației, îmbunătățirea metodelor diagnostice
 - B. Incidența aneurizmului aortic abdominal crește cu alte leziuni aterosclerotice
 - C. La pacienți cu aneurizmul femoral sau popliteal incidența aneurizmului aortic abdominal crește până la 50%
 - D. Majoritatea aneurizmului aortic abdominal sunt simptomatice înainte de erupție
 - E. Aneurizmului aortic abdominal este asociat cu boala varicoasă a membrilor inferioare

KEY (ARTEROPATIILE PERIFERICE OBLITERANTE):

1A, 2ABCD, 3C, 4E, 5C, 6D, 7D, 8C, 9C, 10D, 11D, 12D, 13C, 14C, 15E, 16D, 17C, 18C, , 19D, 20C, 21B, 22C, 23B, 24C, 25 B, 26ABCD, 27 ABC.

AFEȚIUNILE CHIRURGICALE A DIAFRAGMULUI

1. CM. Enumerați părțile slabe ale diafragmului:
- A. Fisura Larrey
 - B. Fisura Morgani
 - C. Fisura Bohdalec
 - D. Triunghiului lui Paimerov

E. Hiatus aorticus

2.CS. Tabloul clinic al herniei hiatale prin alunecare include :

- A. Disfagie
- B. Vome frecvente
- C. Perozis
- D. Micșorarea ponderei corporeale
- E. Nici un răspuns corect

3.CS. Pacientul a fost internat în clinică cu dureri în regiunea hemitoracelui stâng, dispnee care se intensifică postprandial și la efort fizic, de asemenea în poziție orizontală a corpului, grețuri, vome repetate care ușurează starea pacientului. La radiografia cutiei toracice sa depistat o formațiune de volum cu nivel hidroaeric.

Stabiliți diagnosticul :

- A- Pneumonie abscedantă pe stânga
- B- Angina pectorală
- C- Hernie hiatală prin alunecare
- D- Hemotorace pe stânga
- E. Hernia posttraumatică a diafragmului

4.CS. Care sunt condițiile necesare pentru diagnosticul radiologic al herniilor hiatale prin alunecare?

- A. În poziție verticală
- B. În poziție semisezindă
- C. În poziție Trendelenburg
- D. Hipotonie artificială a duodenului
- E. În poziție orizontală

5.CS. Enumerați cele mai frecvente semne clinice ale herniei hiatale prin alunecare:

- A. Perozis; Dureri retrosternale; Melenă
- B. Dureri retrosternale; Melenă; Ocluzie intestinală; Vome
- C. Ocluzie intestinală; Vome; Perozis
- D. Perozis
- E. Perozis; Vome; Melenă

6.CS. Care vor fi recomandările pentru un pacient cu esofagită de reflux pe fond de hernie hiatală:

- A. Poziție ridicată a regiunii cefalice a corpului în timpul somnului; Administrarea antacidelor; Administrarea Cerucalului
- B. Alimentare fracționată în porții mici; Poziție ridicată a regiunii cefalice a corpului în timpul somnului; A nu se culca posprandial
- C. Administrarea antacidelor; Administrarea Cerucalului; A nu se culca posprandial
- D. Alimentare fracționată în porții mici; Administrarea antacidelor; A nu se culca posprandial
- E. Alimentare fracționată în porții mici; Poziție ridicată a regiunii cefalice a corpului în timpul somnului; Administrarea antacidelor; Administrarea Cerucalului; A nu se culca posprandial

7.CS. Pacienta 54 ani acuză dureri retrosternale și în regiunea epigastrală postprandial , disfagie , eructații. La radiografia cutiei toracice în mediastinul posterior s-a depistat o formațiune rotundă cu nivel hidric .După administrarea contrastului s-a vizualizat porțiunea cardială a stomacului supradiafragmal. Ce patologie suspectați?

- A. Cancer a regiunii cardiale a stomacului
- B. Diafragm relaxat
- C. Hernie hiatală
- D. Hernie retrosternală Lorrey

E. Hernie paraesofagiană

8.CS. Pacient în vîrstă de 40 ani acuză dureri retrosternale cu iradiere în regiunea scapulară, eructații, perozis. Semnele susnumite se intensifică la flexia anterioară a corpului. La bolnav este suspectată hernie hiatală. Care investigații le enumerate permit de a concretiza diagnosticul?

- A. FEGDS; CPGRE; pH – metria stomacului
- B. FEGDS; R- grafia stomacului în poziție Trendelenburg; Ionomanometrie esofagiană; pH – metria stomacului
- C. R- grafia stomacului în poziție Trendelenburg; CPGRE; Ionomanometrie esofagiană; pH – metria stomacului
- D. FEGDS; R- grafia stomacului în poziție Trendelenburg; CPGRE; pH – metria stomacului
- E. R- grafia stomacului în poziție Trendelenburg; CPGRE; Ionomanometrie esofagiană; pH – metria stomacului

9.CS. Pacientul acuză perozis, dureri retrosternale, dureri în regiunea hipocondrului stîng cu iradiere în regiunea cordului și scapulară stîngă. Mai frecvent apar la flexia anterioară a corpului, postprandial. La examenul radiologic s-a depistat esofagul scurt, nedilatat. Substanța de contrast din esofag pătrunde într-o formațiune semisferică cu pereți subțiri localizată supradiaphragmal. Apoi pătrunde în stomac vizualizînd pliurile pronunțate.

Concluziile D-stră?

- A. Acalazie a esofagului
- B. Hernie diafragmală Bohdalec
- C. Cancer esofagian cu trecere în stomac
- D. Hernie hiatală prin alunecare
- E. Hernie paraesofagiană

10.CS. Care sunt indicațiile pentru tratamentul chirurgical al herniei hiatale?

- A. Tratament conservativ neeficace, Hemoragii esofagiene frecvente, Hernii hiatale prin alunecare necomplicate
- B. Formarea stricturilor de origine inflamatorii a esofagului; Hemoragii esofagiene frecvente
- C. Tratament conservativ neeficace; Formarea stricturilor de origine inflamatorii a esofagului; Hemoragii esofagiene frecvente
- D. Hernii hiatale prin alunecare necomplicate; Esofag scurt congenital
- E. Tratament conservativ neeficace; Formarea stricturilor de origine inflamatorii a esofagului; Hemoragii esofagiene frecvente; Esofag scurt congenital

11.CS. Esofagita eroziv- ulceroasă poate fi o complicație a:

- A. Cancerului gastric
- B. Ulcerului duodenal
- C. Cardospazmului
- D. Herniei hiatale prin alunecare
- E. Gastritei cronice

KEY (AFECȚIUNILE CHIRURGICALE A DIAFRAGMULUI)

1A BCE; 2C; 3C; 4C; 5A; 6E; 7C; 8B; 9D; 10E; 11D.

CHIRURGIA MEDIASTINULUI

1.CM. Care din metodele de investigații enumerate se folosesc pentru aprecierea localizării tumorilor și chisturilor în mediastin?

- A metodele radiologice

- B bioloația ultrasonoră
- C rezonanța magnetică nucleară
- D metodele instrumentale de diagnostic
- E investigațiile morfologice

2.CS. Care din metodele de investigații enumerate confirmă histogeneza tumorilor mediastinului?

- A rezonanța magnetică nucleară
- B tomografia computerizată
- C mediastinografia
- D examenul morfologic
- E pneumomediastinografia

3.CS. Tumorile mediastinului de origine embrionară sunt următoarele, exceptând:

- A chisturile dermoide și teratoamele
- B seminoamele primitive
- C tumorile benigne și maligne din mezenhim
- D corioepiteliomul primitiv
- E cordomul

4.CM. Tumori dezvoltate pe seama țesuturilor mediastinale adulte sunt următoarele, exceptând:

- A tumori din țesutul conjunctiv
- B tumori neurogene
- C tumori din țesut adipos celular
- D tumori epiteliale
- E tumori din vasele sanguine și limfatice

5.CM. Tumori și chisturi mediastinale primitive sunt următoarele, exceptând:

- A tumori timice
- B meningocelul
- C chistul hidatic
- D tumori metastatice
- E maladia Hodgkin

6.CM. Contraindicațiile absolute pentru intervenția chirurgicală în tumorile maligne mediastinale sunt următoarele:

- A metastaze la distanță
- B sindromul venei cave superioare
- C paralizie laringiană stabilă (persistentă)
- D disfagie
- E sindromul dolic

7.CS. Care afirmație este corectă în atitudinea tactice de tratament a tumorilor benigne și chisturilor mediastinale?

- A supraveghere în dinamică
- B tratamentul chirurgical
- C tratamentul radioterapeutic
- D chimioterapia
- E tratamentul combinat

8. CS. Cea mai eficace metodă de tratament în tumorile maligne neganglionare a mediastinului este următoarea:

- A tratamentul chirurgical
- B tratamentul radioterapeutic

- C tratamentul chimioterapeutic
- D tratamentul radioterapeutic și chimioterapeutic
- E tratamentul combinat: chirurgical și chimioterapeutic

9.CM. Emfizemul mediastinului poate fi provocat de următoarele cauze:

- A ruptura traheei
- B ruptura esofagului
- C ruptura bronșiilor
- D ruptura stomacului
- E ruptura pericardului

10.CM. Care forme ale mediastinitei acute nespecifice sunt primitive?

- A mediastinita cauzata de traumatismulmediastinului fără lezarea organelor mediastinului
- B mediastinita cauzată de traumatismul mediastinului cu lezarea organelor mediastinului
- C mediastinita cauzată de trauma mediastinului cu lezarea pleurei și plămânilor
- D mediastinita consecutiv unui focar din vecinătate
- E mediastinita metastatică (consecutiv unor infecții generalizate)

11.CS. Care din metodele enumerate de diagnostic în mediastinita acută purulentă sunt cele mai informative?

- A ultrasonografia
- B investigațiile de laborator
- C metodele radiologice
- D bronhoscopia
- E pneumoperitoneum

12.CM. Care din sindroamele și simptomele enumerate sunt caracteristice pentru mediastinita acută?

- A. Dureri retrosternale
- B. Dureri interscapulare
- C. Disfagie
- D. Dereglări respiratorii
- E. Stabilitatea hemodinamice

KEY (Afecțiunile chirurgicale ale mediastinului)

1-ABCD; 2-D; 3-C;4-ABCE; 5-BCD; 6- ABC;7-B; 8-E;9-ABC;10- ABC; 11-C; 12-ABCD.

PATOLOGIA CHIRURGICALĂ A ESOFAGULUI

1.CS. Sindromul esofagian cuprinde următoarele semne, exceptând:

- A regurgitații
- B sialoree
- C sughiț
- D disfagie
- E dureri retrosternale

2.CS. Disfagia paradoxală caracterizează

- A tumori esofagiene benigne
- B cancerul esofagian
- C diverticuli esofagieni
- D stenozele esofagiene peptice
- E acalazia cardiei

- 3.CS. Care din explorările următoare poate evidenția cel mai exact refluxul gastroesofagian?
- A endoscopia
 - B esofagomanometria
 - C tranzitul baritat eso-gastric
 - D scintigrafia esofagiană
 - E pH-metria esofagoană
- 4.CS. Ruptura spontană a esofagului se traduce prin următoarele semne, exceptând:
- A durere vie retrosternală la deglutiție
 - B voce nazonată
 - C emfizem subcutan cervical
 - D disfagie paradoxală
 - E hidropneumotorax
- 5.CS. Care este cea mai frecventă complicație a diverticului Zenker?
- A hemoragia
 - B perforația
 - C malignizarea
 - D complicațiile pulmonare
 - E flegmonul peridiverticular
- 6.CS. Care afirmație referitoare la diverticulul Zenker este falsă?
- A este un diverticul de pulsuniune
 - B se localizează în 1/3 inferioară a esofagului
 - C se poate rupe în timpul manevrelor endoscopice
 - D peretele diverticulului este constituit din mucoasă
 - E se operează numai dacă este simptomatic
- 7.CS. Care afirmație referitor la diverticulul epifrenic nu este exactă?
- A este însoțit de reflux gastro-esofagian
 - B este un diverticul de tracțiune
 - C se poate confunda cu hernia hiatală
 - D poate fi mai mare decât diverticulul bifurcațional
 - E se poate însoți de alte boli esofagiene
- 8.CS. O disfagie capricioasă, intermitentă, accentuată de emoții evocă cel mai adesea:
- A o esofagită peptică
 - B un reflux gastro-esofagian
 - C un megaesofag
 - D un cancer esofagian
 - E o sclerodermie
- 9.CS. Stenozele esofagiene postcaustice se caracterizează prin următoarele, exceptând:
- A sunt multiple și etajate
 - B sunt excentrice
 - C se situează la nivelul strâmtorilor anatomice esofagiene
 - D interesează numai mucoasa
 - E se pot însoți de stenoza pilorică
- 10.CS. Următoarele circumstanțe pot antrena un reflux gastro-esofagian, exceptând:
- A diverticulul Zenker
 - B hernia hiatală prin alunecare
 - C gastrectomia polară superioară
 - D brahiesofagul

- E scăderea presiunii sfincterului esofagian inferior
- 11.CS. In acalazia cardiei persistă următoarele semne clinice cu excepția:
- A disfagiei frecvent paradoxale
 - B rolul declanșator al emoțiilor
 - C vărsăturile sunt frecvente
 - D evoluție capricioasă
 - E este posibilă malignizarea
- 12.CS. Intervenția chirurgicală de elecție în cardiospasm este:
- A esofagogastrostomia
 - B vagotomia tronculară cu drenaj
 - C rezecția de esofag
 - D esocardiomiectomia combinată cu un procedeu antireflux
 - E operația Nissen
- 13.CS. Tratamentul de elecție în acalazia cardiei gr. I-II este:
- A spazmolitice
 - B dilatarea instrumentală a sfincterului esofagian inferior
 - C esofagomiectomia
 - D sedarea bolnavului
 - E dieta în asocieră cu neurotropice
- 14.CS. Factorul declanșator în cardiospasm este:
- A combustibile
 - B refluxul gastro-esofagian
 - C dereglările sistemului nervos central și vegetativ
 - D anomaliile de dezvoltare
 - E pirozismul
- 15.CS. Ulcerul Barrett este definit de:
- A scăderea pH-ului esofagian
 - B leziuni termice și corozive
 - C metaplazie prin celule cilindrice de mucoasă gastrică
 - D perforație de corp străin
 - E reflux gastro-esofagian
- 16.CM. Sindromul Boerhaave este caracteristic:
- A ruptură postemică la nivelul esofagului distal
 - B mediastinită acută
 - C defect liniar de mucoasă în regiunea cardială cu hemoragie
 - D defans muscular abdominal
 - E prezența gazului sub diafragm la radiografia de panoramă a abdomenului
- 17.CM. Semnele radiologice ale acalaziei cardiei sânt:
- A îngustarea esofagului la nivelul sfincterului inferior esofagian
 - B îngustări segmentare localizate pe traiectul esofagului
 - C semnul „cozii de șoricel”
 - D dilatare suprastenotică în formă de „pâlnie” a esofagului
 - E lipsa sincronizării deschiderii sfincterului inferior esofagian cu deglutiția
- 18.CM. Tratamentul chirurgical al acalaziei are următoarele obiective:
- A cardiomiectomia extramucoasă
 - B crurorafie posterioară

- C vagotomie tronculară
 - D fundoplicație
 - E rezecție de esofag
- 19.CM. Numiți mecanismele ce împiedică refluarea conținutului gastric în esofag:
- A contracțiile tonice ale sfîcterului inferior esofagian
 - B gradientului dintre presiunea toracică și cea abdominală
 - C reflexul deschiderii cardiei la deglutiție
 - D unghiul His
 - E valva Gubarev
- 20.CM. După localizare se disting diverticuli esofagieni:
- A faringoesofagieni
 - B supraaortici
 - C bifurcaționali
 - D epifrenici
 - E cardiali
- 21.CM. Numiți particularitățile distinctive ale diverticului Zenker
- A este localizat pe peretele anterior la trecerea faringelui în esofag
 - B este un diverticul tracțional
 - C presiunea mărită și discordanța contracțiilor musculare sunt cauzele formării diverticului
 - D necesită diverticulotomie
 - E poate fi rezolvat prin invaginare
- 22.CM. Pentru diverticuli bifurcaționali este caracteristic:
- A rupere în trahee
 - B dureri retrosternale
 - C defans muscular abdominal
 - D este prezent semnul „șnuririi ghetelor”
 - E mai des au clinică mută
- 23.CM. Complicațiile diverticulelor esofagieni sunt considerate:
- A perforația, penetrația, hemoragia
 - B stenoza de esofag
 - C acalazia cardiei
 - D fistulele
 - E cancerul
- 24.CM . Indicații pentru tratament chirurgical al diverticulelor esofagieni servesc:
- A complicațiile diverticulelor
 - B diverticulele mici fără complicații
 - C pseudodiverticulele
 - D retenție de mase ingerate în diverticul
 - E diverticule mari cu retenție minimă de mase ingerate
- 25.CM. Care fenomene produse de perforația esofagului formează triada Mackler:
- A vomismente
 - B hemoragie
 - C durere toracică joasă
 - D emfizem subcutanat cervical
 - E disfagie
- 26.CM. Care fenomene produse de perforația esofagului formează triada Barret:

- A dispnee
- B vomismente
- C diaree
- D emfizem subcutanat
- E defans muscular epigastral

27.CM. Care fenomene produse de perforația esofagului formează triada Anderson:

- A vomismente
- B emfizem subcutan
- C polipnee
- D contractură abdominală
- E hemoragie

KEY (AFECȚIUNILE CHIRURGICALE A ESOFAGULUI)

1-C; 2-E; 3-C; 4-D; 5-D; 6-B; 7-B; 8-C; 9-D; 10-A; 11-C; 12-D; 13-B; 14-C; 15-C; 16-ABD; 17-ACDE; 18-AD; 19-ABDE; 20-ACD; 21-CD; 22-ABE; 23-ABDE; 24-ADE; 25-ACD; 26-ADE; 27-BCD .

HEMORAGIILE DIGESTIVE

1. CS. Unde se afla linia de demarcație, pornind de la care putem vorbi despre hemoragii din segmentul superior si din cel inferior ale tubului digestiv

- A la nivelul papilei Vater
- B la nivelul flexurii inferioare a duodenului
- C la nivelul unghiului duodeno-jejunal
- D cu 30-50 cm distal de ligamentul Treitz
- E la nivelul valvulei Bauhin

2. CS. Din semnele clinice ale hemoragiei cel mai puțin relevant ca criteriu de gravitate a pierderii de sânge este...

- A Hematemeza
- B caracteristica pulsului si valoarea tensiunii arteriale
- C frecventa muscarilor respiratorii
- D semnele vasoconstricției periferice
- E melena

3.CS. Despre influenta microcirculației deficitare asupra organelor interne in condiții de hipovolemie, cauzata de pierderea de sânge, este mai lesne sa judecam după tulburările funcționale interesind...

- A encefalul
- B cordul
- C plămâni
- D intestinul
- E rinichii

4.CS. Din metodele de diagnostic al hemoragiilor din segmentul superior al tubului digestiv este prioritara..

- A endoscopia
- B radiografia baritata
- C scintigrafia
- D angiografia

- E laparotomia exploratorie
5. CS. Ce afirmatie referitoare la ulcerele de stres este eronata
- A se observa in stari de risc sporit
 - B ulceratiile sint multiple
 - C pina la aparitia complicatiilor evolueaza asimptomatic
 - D se complica prin hemoragie si perforatie
 - E hemoragiile din ulcerele acute au tendinta de hemostaza spontana
6. CS. In terapia incipienta a hemoragiilor, conditionate de ulceratiile acute, se aplica in primul rînd...
- A blocanti H2 histaminici
 - B antacide
 - C perfuzie selectiva cu vasopresina
 - D perfuzii intravenoase, si refrigeratie gastrica
 - E vitamina A in megadoze
7. CS. Persistenta hemoragiei dupa tratamentul conservator al ulcerelor acute, impune masuri suplimentare de tipul celor enumerate mai jos. Care din ele sint preferabile
- A diatermo- si fotocoagularea
 - B VT cu piloroplastie
 - C VT cu antrectomie
 - D rezectia subtotala a stomacului
 - E gastrectomia
8. CS. Hemoragia difuza redutabila din mucoasa gastrica nu se preteaza hemostazei prin metode conservatoare de rutina, coroborate de perfuzia selectiva cu vasopresina, de embolizarea vaselor gastrice si de fotocoagulare. In 24 de ore bolnavului i s-au transfuzat 2,5 l de sînge, insa starea lui ramine instabila. In aceste circumstante este mai rationala ...
- A VT cu piloroplastie
 - B VT cu antrectomie
 - C rezectia subtotala a stomacului
 - D rezectia proximala a stomacului
 - E gastrectomia
9. CS. Solutia de continuitate a mucoasei in sindromul Mallory-Weiss se produce predilect...
- A in zona jonctiunii cardioesofagiane
 - B pe peretele antral anterior
 - C pe peretele antral posterior
 - D pe mica curbura a stomacului
 - E in zona pilorului
10. CS. Instalarea sindromului Mallory-Weiss este favorizata de urmatoorii factori, exceptind...
- A perturbarea functiei evacuatoare a stomacului
 - B reducerea mobilitatii mucoasei si submucoasei
 - C disarmonia dintre contractiile esofagului si stomacului
 - D refluxul gastroesofagian
 - E distensia brusca a stomacului
11. CS. Din timpii operatori in sindromul Mallory-Weiss nu fac parte
- A gastrotomia larga
 - B explorarea stomacului in intregime
 - C suturarea fisurii prin zind straturile submucos si muscular
 - D explorarea organelor adiacente

E piloroplastia

12. CS. Un remediu eficient de reducere a circulației portale în hipertensiunea portală îl constituie...

- A lactuloza
- B cimetidina
- C neomicina
- D vasopresina
- E sedativele

13. CS. Până la 80-90% din cazurile de hemoragii acute din varicele esofagiene se pretează controlului. Din metodele aplicate în acest scop este prioritară..

- A vasopresina
- B tamponamentul prin sonda Sengstaken-Blakemore
- C scleroterapia
- D embolizarea transplachetară a venelor gastrice
- E anastomoza porto-cava

14. CS. Tamponamentul cu sonda Sengstaken-Blakemore al varicelor esofagiene singure de 4-9% complicații. Cea mai frecventă dintre ele este...

- A aspirația
- B obstrucția traheei
- C necroza unor porțiuni de mucoasă
- D necroza esofagului
- E ruptura esofagului

15. CS. Cea mai frecventă cauză a hemobilei o constituie

- A traumatismul ficatului
- B tumorile ficatului și cailor biliare
- C litiaza biliară
- D patologia vaselor intra- și extrahepatice
- E abcesul hepatic

16. CS. Pentru hemobilie sunt caracteristice următoarele simptome, exceptând..

- A colica hepatică
- B icterul
- C hemoragiile în tubul digestiv
- D hepatomegalia
- E melena

17. CS. Care afirmație referitoare la hemoragiile inferioare din tractul digestiv este eronată

- A afecțiunile, care se complică prin hemoragii, sunt foarte variate
- B până la declanșarea hemoragiei manifestările clinice ale bolii sunt frecvent fruste, nespecifice sau absente
- C sursele de hemoragii se pot localiza simultan în diferite segmente ale intestinului
- D nu este obligatoriu, ca patologia depistată în cadrul examenului preoperator, să constituie și cauza hemoragiei
- E sursa de hemoragie se identifică mai ușor prin laparotomie

18. CS. Hemoragiile joase masive din tractul gastrointestinal sunt mai puțin verosimile, când sursa corelează cu ..

- A un proces inflamatoriu
- B o proliferare blastomatoasă
- C o anomalie de dezvoltare a intestinului

- D cauze mecanice
- E o patologie vasculara

- 19.CS. Hemoragia masiva din colon poate fi prima si unica manifestare a afectiunii in ...
- A diverticuloza
 - B polipoza familiala
 - C neoplaziile maligne
 - D colita ulceroasa nespecifica
 - E endometrioza intestinala
20. CS. Hemoragia masiva in diverticuloza colonului se explica in primul rind prin...
- A insuficienta tramei conjunctive din peretele intestinal
 - B amplasarea contigua a numeroase diverticule
 - C corelatiile diverticulului cu vasele peretului intestinal
 - D retentia continutului intestinal in diverticul
 - E diverticulita
21. CS. Pentru tratarea hemoragiei masive pe fond de colita ulceroasa nespecifica este recomandabila
- A atitudinea conservatoare
 - B ileostomia
 - C hemicolectomia stinga
 - D colectomia subtotala
 - E colproctectomia

KEY (HEMORAGIILE DIGESTIVE)

1C; 2E; 3E; 4A; 5E; 6D, 7A, 8 E, 9 A, 10 A, 11 E, 12 D, 13 C, 14 A, 15 A, 16 D, 17 E, 18 A, 19 A, 20 C, 21 D.

BOALA STOMACULUI OPERAT

- 1.CS. Frecvența ulcerului peptic recidivant este determinată în primul rând de:
- A vârsta bolnavului
 - B vechimea bolii
 - C sediul si dimensiunile ulcerului
 - D complicații ale ulcerului existente la momentul operației primare
 - E tipul operației primare
- 2.CS. În urma cărui tip de operație, frecvența ulcerului peptic recidivant este cea mai mică?
- A gastroenteroanastomoză
 - B rezecție gastrică 2/3
 - C vagotomie tronculară cu operație de drenaj gastric
 - D vagotomie tronculară cu rezecție gastrică economă
 - E vagotomie selectivă proximală
- 3.CS. Pentru sindromul cronic al ansei aferente cel mai caracteristic semn clinic este:
- A dureri în epigastriu, grețuri, vome
 - B pirozis
 - C anorexie
 - D constipații
 - E tahicardie

- 4.CS. După care din intervențiile menționate poate apărea gastrita alcalină de reflux ?
- A vagotomie tronculară cu piloroplastie
 - B rezecția gastrică 2/3 tip Bilioth I
 - C vagotomie tronculară cu gastroduodenostomie
 - D vagotomie tronculară cu gastrojejunostomie
 - E oricare din procedeele citate
- 5.CS. Cauza cea mai frecventă pentru apariția ulcerului peptic recidivant este:
- A rezecția economă a stomacului
 - B vagotomia incompletă
 - C rămășița unui sector de țesut a canalului piloric în bontul duodenal
 - D gastrinoma
 - E hiperparatireoidism primar
- 6.CS. Excluderea gastrinomului la un bolnav ulceros, va începe cu:
- A ultrasonografie, computertomografie
 - B angiografie selectivă
 - C testul cu secretina
 - D dozarea gastrinei serice
 - E testele secreției gastrice
- 7.CS. Ulcerul peptic recidivant este cel mai frecvent determinat de:
- A alegerea și efectuarea incorectă a intervenției chirurgicale
 - B hiperparatireoidism
 - C gastrinom
 - D infecție cu *Helicobacter pylori*
 - E reflux duodeno-gastral
- 8.CS. Pentru anemia agastrală sunt caracteristice, excluzând;
- A slăbiciuni generale
 - B amețeli, vertijuri
 - C eritropenie și hipohemoglobinemie
 - D paliditatea tegumentelor
 - E creștere în pondere
- 9.CS. Care maladii ale stomacului operat, ca regulă necesită reintervenție chirurgicală:
- A dumping-sindrom de gr. I – II
 - B anemia agastrală
 - C ulcerul peptic recidivant al gastroduodenoanastomozei
 - D diareea postvagotomică
 - E maladsorbția enterogenă
- 10.CS. Numiți maladiile stomacului operat:
- A hemoragie intraabdominală la a IV-a zi după rezecție gastrică
 - B sindromul hipoglicemic
 - C astenia agastrală
 - D anemia postgastrorezecțională
 - E dehiscența suturilor gastroduodenoanastomozei
- 11.CS. Numiți patologiile care nu sunt calificate drept maladii ale stomacului operat:
- A gradul III al dumping-sindromului
 - B fistula gastrojejunocolică
 - C dehiscența suturilor carenei gastrice
 - D ulcerul peptic al jejunului

- E pancreatita acută postoperatorie în urma rezecției gastrice
- 12.CS. Marcați boala stomacului operat:
- A hemoragia gastrică postoperatorie la a 2 zi postoperatorie
 - B diareea postvagotomică
 - C ulcerul peptic recidivant duodenal
 - D dehiscența bontului duodenal
 - E dehiscența suturilor gastroenteroanastomozei
- 13.CS. Sindromul postvagotomic este:
- A stenoza cicatricială a gastroenteroanastomozei
 - B ulcerul acut al jejunului
 - C gastrostaza
 - D gastrita atrofică
 - E dumping sindromul
- 14.CS. Sindrom postgastrorezețional este:
- A anemia agastrală
 - B sindromul cronic al ansei aferente cauzat de malrotația duodenală
 - C reflux – gastrita biliară
 - D stenoza piloroduodenală după suturarea ulcerului duodenal perforat
 - E ulcerul peptic recidivant după vagotomie selectivă proximală
- 15.CS. Cel mai util în diagnosticul dumping-sindromului se consideră:
- A aprecierea manifestărilor clinice ale maladiei
 - B anamneza
 - C datele examenului radiologic cu masă baritată a tractului digestiv
 - D examinarea funcției de secreție a HCl de către stomac
 - E testul cu soluție de glucoză de 50%
- 16.CS. Operația de elecție în sindromul Zollinger – Ellison de tip II este:
- A rerezecție gastrică tip „Roux”
 - B rerezecție cu vagotomie tronculară
 - C vagotomie tronculară
 - D gastrectomie totală indiferent de faptul înlăturării gastrinomei
 - E înlăturarea gastrinomei depistate
- 17.CS. Disfagia în urma operațiilor pentru ulcere gastrice și duodenale este cauzată de:
- A rezecția înaltă a stomacului
 - B anastomozită
 - C gastrita biliară de reflux
 - D denervarea esofagului
 - E vagotomia incompletă
- 18.CM. Următoarele explorări sunt utile pentru a stabili cauza ulcerului peptic recidivant:
- A esofagogastroduodenoscopia
 - B examenul biopsic
 - C dozarea gastrinemieii
 - D dozarea potasiului seric
 - E testele de evaluare a secreției gastrice
- 19.CM. Cauze ale ulcerului peptic recidivant sunt considerate următoarele, exceptând:
- A rezecția economă a stomacului
 - B gastroenteroanastomoza largă

- C evacuarea continue, rapidă a conținutului gastric
 - D hiperplazia celulelor parietale
 - E reflux-gastrita
- 20.CM. Enumerați operațiile în urma cărora poate survine boala stomacului operat:
- A suturarea ulcerului perforat
 - B rezecția gastrică tip Bilroth I
 - C gastrojejunoanastomoza pe ansa „omega”
 - D vagotomia tronculară cu excizia ulcerului și piloroplastie tip Djudd
 - E rezecția gastrică cu aplicarea gastrojejunoanastomozei pe ansa „omega”
- 21.CM. Este caracteristic pentru gradul I al sindromului Dumping:
- A intensificarea pulsului cu 10-15 bătăi pe min după administrarea glucidelor
 - B căderea TA cu 10-15 mm Hg
 - C ineficacitatea tratamentului conservator
 - D capacitate de muncă pierdută
 - E deficit de masă corporală 5 kg
- 22.CM. Cauzele sindromului cronic al ansei aferente sunt:
- A stenoza ansei aferente
 - B gastrostaza postoperatorie
 - C denervarea duodenului
 - D maladsorbția intestinală
 - E stenoza ansei eferente
- 23.CM. Sindromului acut al ansei aferente este caracteristic:
- A stenoza gastroduodenoanastomozei
 - B prezintă pericol pentru viața pacientului
 - C apare în urma invaginatului ansei aferente
 - D apare în urma cudurii ansei aferente
 - E apare în urma denervării duodenului
- 24.CM. Enumerați operațiile utile în sindromul acut al ansei aferente:
- A reduodenizare
 - B rerezecție cu refacerea GEA pe ansa în „Y” a la Roux
 - C jejunoduodenostomie
 - D reversiunea segmentului jejunal
 - E desinvaginarea ansei aferente
- 25.CM. Enumerați sindroamele postvagotomice:
- A gastrostaza
 - B sindromul Dumping tardiv
 - C duodenostaza
 - D sindromul cronic al ansei aferente
 - E sindromul Dumping precoce
- 26.CM. Enumerați cauzele ulcerului peptic recidivant după vagotomie:
- A secționarea incompletă a ramurilor gastrice ale nervilor vagi
 - B rezecția economă gastrică
 - C drenajul gastric neadecvat
 - D hipercalcemia
 - E hipergastrinemia
- 27.CM. Enumerați operațiile inutile în caz de ulcer peptic recidivant cauzat de mucoasă antrală

reziduală deasupra bontului duodenal:

- A micșorarea dimensiunilor gastroenteroanastomozei
- B reduodenizare
- C rezecția porțiunii antrale deasupra duodenului
- D reduodenizare prin gastrojejunoduodenoplastie
- E reconstrucția anastomozei din Bilioth II în Bilioth I

KEY (CHIRURGIA BOLII ULCEROASE. BOALA STOMACULUI OPERAT)

1E, 2D, 3A, 4E, 5A, 6E, 7A, 8E, 9C, 10B, 11C, 12C, 13C, 14C, 15E, 16D, 17D, 18ABCE, 19BC, 20BDE, 21ABE, 22ACE, 23BCD, 24BC, 25AC, 26AC, 27ABDE.

SINDROMUL DE HIPERTENSIUNE PORTALĂ

1.CS. Care din următoarele intervenții chirurgicale se complică mai rar cu encefalopatie hepatică?

- A. anastomoza porto-cavă termino-laterală
- B. anastomoza porto-cavă latero-laterală
- C. anastomoza spleno-renală proximală
- D. anastomoza spleno-renală distală (Warren)
- E. anastomoza mezenterico-cavă

2.CS. Fibroscopia evidențiază varice esofagiene gr. III care sângerează, mucoasă gastrică fără ulceratii. La ce metodă de hemostază apălați mai întâi?

- A. ligatura varicelor esofagiene
- B. rezecția esofagului inferior cu anastomoză esogastrică
- C. tamponament cu sonda Blackmore, pituitrină intravenos
- D. deconexiune azygo-portală
- E. anastomoză spleno-renală

3.CS. Care din afirmația prezentată mai jos, este eronată:

- A. ficatul posedă o dublă circulație
- B. fluxul sangvin hepatic este de cca 1500 ml/min sau 25-30% din debitul cardiac în repaus
- C. sistemul venos portal leagă 2 rețele capilare
- D. vena portă se formează prin unirea venei mezenterice superioare, mezenterice inferioare și splenice
- E. axul venos porto-caval este bogat în valve ce determină modificările de presiune în tot sistemul venos port

4.CM. Pentru sindromul Baumgarten-Cruveilhier NU este caracteristic:

- A. debut acut
- B. recanalizarea venei portă, apariția capului de meduză și suflu specific la auscultație
- C. emfizem subcutanat
- D. coagulopatie
- E. respirație paradoxală

5.CS. Ce metodă poate fi utilă în tratamentul hipertensiunii portale cirogene?

- A. drenajul Wirsungului
- B. vagotomia tronculară
- C. transplantul lienal
- D. deconexiunea azygo-portală
- E. splenopancreatectomia stîngă

6.CS. Cauza cea mai frecventă a hipertensiunii portale este?

- A. pericardita congestivă
 - B. sindromul Budd-Chiari
 - C. ciroza hepatică cu baraj intrahepatic
 - D. cvadrifurcația venei porte
 - E. tromboza venei lienale
- 7.CS. Pentru aprecierea stării funcționale hepatice la pacienții cirofici cu sindrom de hipertensiune portală se folosește:
- A. scorul Ranson
 - B. indicele Algover
 - C. scorul Apgar
 - D. criteriile Child
 - E. scorul Glasgow
- 8.CS. Pacienții cu șunt porto-cav pot dezvolta o stare de comă hepatică prin :
- A. hipocalcemie
 - B. hiperglicemie
 - C. hiperalbuminemie
 - D. creșterea amonemiei
 - E. creșterea timpului de protrombină
- 9.CS. Operația Tanner are următoarea indicație:
- A. encefalopatia
 - B. ascita refractară tratamentului medicamentos
 - C. hemoragia prin ruptura varicelor esofagiene
 - D. hemoragia prin ruptura varicelor colonice
 - E. hemoragia prin ruptura varicelor rectale
- 10.CS. Ce afirmație referitor la forma prehepatică a hipertensiunii portale este falsă?
- A. apare mai frecvent la copii
 - B. determină apariția claudicației intermitente
 - C. anastomoza spleno-renală distală micșorează presiunea portală
 - D. este cauzată de anomaliile congenitale de dezvoltare ale venei portă
 - E. determină apariția hemoragiei digestive
- 11.CS. Care din manifestările de mai jos NU sunt caracteristice pentru hipertensiunea portală?
- A. ascita
 - B. splenomegalia
 - C. disfagia
 - D. encefalopatia hepatică
 - E. varicele esofago-gastrice
- 12.CM. Condițiile necesare pentru apariția ascitei sunt:
- A. existența sindromului de malabsorbție
 - B. prezența icterului
 - C. prezența hipertensiunii portale cronice și retenția hidrosalină
 - D. prezența hipertensiunii portale acute asociată cu icter intermitent
 - E. hipoalbuminemie
- 13.CS. Intervenție chirurgicală optimă, care poate fi realizată în hemoragiile variciale esofagiene:
- A. operația Patorra
 - B. operația Le Vin
 - C. suturarea portosistemica
 - D. operația Ekkov (fistula porto-cava)

E.splenectomia

- 14.CS. Care din afirmația de mai jos referitoare la hipertensiunea portală este falsă?
- A. evoluția, de obicei, este severă
 - B. determină hemoragia digestivă
 - C. este consecința unui obstacol în sistemul port
 - D. consecințele ei pot fi: splenomegalia, encefalopatia, ascita, hemoragia digestivă
 - E. se micșorează la administrarea 5-ftoruracilului
- 15.CS. Cele enumerate mai jos sunt cauze ale hipertensiunii portale, cu excepția:
- A. sindromul Budd-Chiari
 - B. boala Chiari
 - C. sindrom Zollinger-Ellison
 - D. ciroza hepatică alcoolică
 - E. chist hidatic hepatic gigant (lob drept, S6-7-8)
- 16.CS. Hipertensiunea portală se caracterizează prin următoarele semne, cu excepția:
- A. splenomegalie
 - B. ascită
 - C. circulație colaterală abdominală
 - D. varice esofagiene
 - E. silențiu abdominal
- 17.CS. Alegeți afirmația incorectă pentru hipertensiunea portală:
- A. splenomegalia se însoțește de hipersplenism hematologic predominant de trombocitopenie și leucopenie
 - B. cauzele și clasificarea hipertensiunii portale se bazează pe sediul obstacolului și raportul acestuia cu patul sinusoidal
 - C. hemoragia variceală este complicația hipertensiunii portale
 - D. presiunea în vena portă, în mod normal, este de 10-15 mmHg
 - E. manifestările clinice ale hipertensiunii portale apar dacă gradientul presional este mai mic de 10 mmHg
- 18.CS. Care din cele enumerate mai jos, sunt procedee de deconexiune azygo-portală?
- A. anastomoza spleno-renală centrală
 - B. anastomoza spleno-renală proximală
 - C. anastomoza omfalo-cavă
 - D. anastomoza porto-sistemică în "H"
 - E. operația Șugiura
- 19.CM. Indicați remediile eficiente pentru reducerea hipertensiunii portale?
- A. Cimetidină
 - B. Octreotid
 - C. Mercazolil
 - D. 5-ftoruracil
 - E. Pituitrină
- 20.CS. Operația cea mai frecvent practică în hipertensiunea portală este:
- A. anastomoza porto-cavă
 - B. anastomoza spleno-renală
 - C. deconexiunea azygo-portală
 - D. anastomoza mezenterico-cavă
 - E. anastomoza omfalo-cavă
- 21.CS. Sindromul de hipertensiune portală se caracterizează prin:

- A. este însoțită de creșterea presiunii venoase centrale
 - B. se traduce prin icter progresiv, prurit
 - C. se poate dezvolta pe fonul maladiei Chiari
 - D. se asociază, de regulă, cu angina abdominală
 - E. este însoțită de hipertensiune arterială
- 22.CS. Caracteristic pentru hipersplenismul secundar hipertensiunii portale este:
- A. hiperamilazemia
 - B. hiperleucocitoza și azotemia
 - C. tromboctopenia și anemia
 - D. scăderea ponderală importantă
 - E. hemoragia digestivă ocultă
- 23.CM. Șunturile porto-sistemice non-selective sunt reprezentate de:
- A. șuntul porto-cav termino-lateral
 - B. șuntul porto-cav latero-lateral
 - C. șuntul proximal spleno-renal
 - D. șuntul spleno-renal distal
 - E. șuntul porto-sistemic transjugular intrahepatic
- 24.CS. Ce afirmație referitor la forma suprahepatică a hipertensiunii portale este adevărată?
- A. are un pronostic favorabil
 - B. are debut brutal, legat de un moment alimentar
 - C. cavografia și celiacografia nu sunt utile pentru diagnostic
 - D. se însoțește de hepatomegalie dureroasă
 - E. este asimptomatică
- 25.CS. Sindromul Budd-Chiari se caracterizează prin:
- A. durere în punctul costovertebral stâng la palpare
 - B. debut acut asociat cu dureri intense epigastrice și hepatomegalie dureroasă
 - C. disfagie paradoxală
 - D. atrezia sau hipoplazia venei portă
 - E. obstrucția segmentară a venei lienale
- 26.CS. Care este cea mai frecventă consecință a anastomozei porto-cave?
- A. encefalopatia
 - B. pileflebita purulentă
 - C. abcesul hepatic
 - D. ruptura de splină în "doi timpi"
 - E. hemangiomul hepatic
- 27.CM. Șunturile portocave selective sunt preferate deoarece se complică mai rar cu:
- A. ascită
 - B. encefalopatie portală
 - C. resângerare
 - D. insuficiență renală acută
 - E. sindrom hepatorenal
- 28.CM. Enumerați cauzele de sângerare digestivă în contextul hipertensiunii portale:
- A. ruperea varicelor esofagiene
 - B. gastropatia portal-hipertensivă
 - C. displazia epitelială esofagiană Barret
 - D. ruperea hemoroizilor secundari
 - E. ruperea varicelor gastrice fundice

- 29.CM. Care din următoarele modalități terapeutice pot fi folosite în stoparea hemoragiei din varicele esofagiene rupte?
- A. scleroterapia endoscopică
 - B. rezecarea esofagului toracic plus esofagoplastie
 - C. sonda Sengstaken - Blakemore
 - D. vagotomia cu piloroplastia
 - E. ligatura cu inele elastice
- 30.CM. Care sunt obiectivele tratamentului chirurgical în hipertensiunea portală?
- A. reducerea secreției gastrice
 - B. reechilibrarea volemică și hematică
 - C. reducerea hipertensiunii portale
 - D. controlul hemoragiei acute variceale esofagogastrice
 - E. micșorarea riscului de recidivă a sângerării variceale
- 31.CM. Care dintre următoarele afirmații despre șuntul porto-cav realizat în cazurile de urgență sunt adevărate?
- A. se obține o hemostază promptă
 - B. trebuie să fie urmat de transplant hepatic
 - C. este de preferat șuntul de tip selectiv
 - D. nu are contraindicații
 - E. mortalitatea postoperatorie este mică
- 32.CM. Răspunsul splinei la hipertensiunea portală, indiferent de sediul obstacolului, este:
- A. splenomegalia
 - B. hipervascularizare cu creșterea presiunii portale prin hiperflux
 - C. hipersplenism imunologic
 - D. ratatinarea splinei
 - E. apariția fistulelor arterio-venoase lienale
- 33.CS. Pacientul, 30 de ani, a fost internat în clinică cu plângeri de slăbiciune, amețeli, vărsături, scaune de „pacura”. Durerile abdominale absente. Diagnosticul Dvs. preliminar?
- A. Ulcer perforat (atipic)
 - B. Pancreatonecroza
 - C. Stenoza schimbătoare
 - D. Infarctul intestinului
 - E. Sângerare gastrointestinală
- 34.CM. Care din afecțiunile de mai jos pot cauza obstacol portal intrahepatic?
- A. afecțiuni pancreatice
 - B. splenomegalii primitive
 - C. tumori hepatice
 - D. ciroza hepatică
 - E. sindromul Budd-Chiari
- 35.CM. Cauzele principale ale obstrucției portale suprahepatice sunt:
- A. sindromul Budd-Chiari
 - B. pericardita constrictivă
 - C. tromboza venei lienale
 - D. fibroza ficatului
 - E. ciroza hepatică

KEY (SINDROMUL DE HIPERTENSIUNE PORTALĂ)

1D, 2C, 3E, 4ACDE, 5D, 6C, 7D, 8D, 9C, 10B, 11 C, 12CE, 13A, 14E, 15C, 16E, 17E, 18E, 19BE, 20C, 21C, 22C, 23ABC, 24D, 25B, 26A, 27B, 28ABDE, 29ACE, 30CDE, 31AC, 32ABC, 33E, 34CD, 35AB.

SINDROMUL POSTCOLECISTECTOMIC. ICTER MECANIC

1.CM. Care dintre afirmațiile enumerate pot fi cauzele sindromului postcolecistectomie ?

- A. Confuz de diagnostic
- B. Afecțiunile cardiovasculare
- C. Afecțiunile zonei hepato-pancreatice, ca complicații ale colelitiazei
- D. Operație incompletă sau inadecvată
- E. Leziuni provocate de gestul chirurgical incorect (leziuni iatrogene)

2.CM. Care dintre semnele enumerate ne orientează în favoarea sindromului postcolecistectomie?

- A. Disfagia
- B. Colică biliară
- C. Icter tranzitoriu
- D. Pirozis
- E. Dureri lombare
- F. Sindromul asteno-vegetativ

3.CM. Sindromul postcolecistectomic este motivat de următoarele grupe de patologii:

- A. Afecțiuni a căii biliare principale și a papilei duodenale mari
- B. Afecțiunile ficatului și pancreasului
- C. Afecțiunile duodenului
- D. Maladiile altor organe ale tractului digestiv din vecinătate
- E. Toate cele expuse mai sus

4.CM. Care dintre explorările radiologice enumerate ne permit de a stabili cauza sindromului postcolecistectomic ?

- A. Colangiografia endoscopică retrogradă
- B. Duodenografia cu masă baritată
- C. Colangiografia prin rezonanță magnitico-nucleară
- D. Colangiografia perorală
- E. Colangiografia transparietohepatică

5.CS. În prevenirea sindromului postcolecistectomic importă:

- A. Diagnostic complet pre- și intraoperator
- B. O tehnică corectă chirurgicală
- C. O tactică chirurgicală cât mai adecvată situației clinice
- D. Folosirea colangiografiei intraoperatorii
- E. Toate cele enumerate

6.CS. Icterul mecanic este cauzat de următoarele entități patologice, exceptând:

- A. Coledocolitiază
- B. Cancerul pancreasului și a papilei duodenale mari
- C. Cancerul hepatico-coledocului și a vezicului biliar
- D. Tumorile maligne primare și secundare ale ficatului
- E. Malrotația duodenală

7.CM. Icterul în cancerul cefalopancreatic are următoarele caractere:

- A. Nuanța verzul pământie a tegumentelor
- B. Urina este hipercromă
- C. Scaunele sunt acolice
- D. Prurit pronunțat
- E. Este precedat de colica

8.CM. În care dintre următoarele situații semnul Courvoisier-Terrier lipsește din tabloul clinic al cancerului cefalo-pancreatic:

- A. Pacient colecistectomizat
- B. Pacient cu litiaza coledociana
- C. Pacient cu colecist scleroatropic
- D. Pacient cu ciroza hepatică
- E. Pacient obez cu hepatomegalie

9.CM. Care dintre semnele enumerate sunt caracteristice pentru un icter mecanic benign:

- A. Icter progresiv
- B. Icter fluctuent
- C. Icterul se instalează fără a fi precedat de colice
- D. Colica precede icterul
- E. Prezența semnelui Courvoisier-Terrier

10.CM. Care din procedeele enumerate sunt aplicate pentru decompresia preoperatorie a căilor biliare în icterul mecanic complicat cu angiocolită purulentă?

- A. Drenarea naso-biliară
- B. Papiosfincterotomia endoscopică
- C. Coledocoduodenostomia suprapapilară endoscopică
- D. Litotriție cu unde de șoc
- E. Colangiohepatostomia percutană

11.CM. Metodele definitive endoscopice practicate pentru rezolvarea icterului mecanic benign:

- A. Papiosfincterotomia
- B. Papiosfincterotomia cu litextrație
- C. Colangiohepatostomia percutană
- D. Drenarea naso-biliară
- E. Colangioduodenostomia suprapapilară

12.CM. Triada Charcot include următoarele, exceptând:

- A. Febră cu frisoane
- B. Icter tegumentar
- C. Palparea unei formațiuni în hipocondrul drept
- D. Dureri în hipocondrul drept
- E. Semne de duodenostază.

13.CS. Icterul obstructiv malign este exprimat de regulă de semnele următoare, exceptând:

- A. Febră cu colică biliară,
- B. Icter
- C. Pierdere ponderală,
- D. Prurit cutanat,
- E. Semne dispeptice.

14.CM. Pentada Dargan-Raynold, ce caracterizează angiocolitele, este reprezentată de:

- A. Triada Vilard-Charcot,
- B. Hipotonie,

- C. Encefalopatie,
- D. Ascita,
- E. Hemoragii gastrointestinale,

15.CS. Care este cea mai efectiva explorare in litiaza reziduală coledoceana?

- A colangiografia intravenoasa
- B ultrasonografia
- C tomografia computerizata
- D colangiografia endoscopica retrograda
- E colangiomanometria

16.CS. Pentru tratamentul calculilor reziduali ai coledocului metoda de elecție o constituie:

- A. Papiilosfincterotomie endoscopică cu litextractie
- B. Aplicarea solvenților de contact
- C. Tratament medical
- D. Litotriția extracorporală
- E. Intervenția chirurgicală prin laparotomie și coledocolitotomie

Key SINDROM POSTCOLECISTECTOMIC. ICTER MECANIC

1ACDE, 2BC, 3ABC, 4ACE, 5E, 6E, 7ABCD, 8ACE, 9BD, 10ABCE, 11ABE, 12CE, 13A, 14ABC, 15D, 16A.

INTESTINUL GROS

1.CM. Care din următoarele explorări paraclinice sunt utilizate pentru determinarea stadiului evolutiv al unui neoplazm de colon:

- A. ecografia abdominală
- B. tomografia computerizată
- C. rezonanța magnetică nucleară
- D. ECG
- E. radiografia pulmonară

2.CM. Care din următoarele metode sunt folosite în tratamentul cancerului de colon:

- A. intervenție chirurgicală
- B. radioterapia
- C. chimioterapie
- D. imunoterapie
- E. imunosupresia

3.CM. Care din următoarele metode în chirurgia cancerului de colon au fost introduse în ultimii ani:

- A. disecția și îndepărtarea ganglionilor limfatici
- B. suturile mecanice
- C. circulația extracorporeală
- D. rezecțiile laparoscopice
- E. endoscopia intraoperatorie

4.CM. Care din următoarele principii stau la baza intervenției radicale pentru cancerul de colon drept:

- A. se rezecă colonul drept în întregime (hemicolectomie dreaptă)
- B. refacerea tranzitului se efectuează prin ileotranzverzostomie
- C. concomitent se rezecă pediculii vasculoși și limfoganglionii regionali

- D. refacerea tranzitului se efectuează de obicei într-un al doilea timp
- E. ablația ganglionilor de la originea arterei mezenterice superioare este obligatorie

5.CS. Dilatarea toxică acută a colonului poate să evolueze la următoarea patologie:

- A. diverticuloza colonului
- B. polipoza familială difuză
- C. rectocolita ulceroasă nespecifică
- D. colita ischemică
- E. colita spastică

6.CS. Care din complicațiile enumerate mai jos nu-i caracteristică pentru colita ulceroasă nespecifică:

- A. fistulele intestinale interne
- B. perforația colonului
- C. hemoragia intestinală
- D. malignizarea
- E. dilatarea toxică a colonului

7.CS. În tratamentul conservativ al rectocolitei ulceroase nespecifice totul e coteț, exceptând:

- A. preparatele antibacteriale din grupa salazopirinei
- B. hormonii steroizi
- C. preparatele antidiareice
- D. nutriția parenterală
- E. antibioticoterapia

8.CS. În maladia Crohn pot evalua toate complicațiile enumerate, cu excepția:

- A. hemoragia intestinală
- B. fistulele intestinale interne
- C. plastroanele intraperitoneale
- D. stricturile intestinului
- E. polipoza colonului

9.CS. Schimbări ale mucoasei colonului sub forma "pietrelor de pavaj" pot fi depistate la bolnavii cu:

- A. colită ulceroasă nespecifică
- B. polipoză adenomatoasă familială
- C. maladia Crohn
- D. colită ischemică
- E. boala Hirshprung

10.CS. Examenul histologic al mucoasei colonului poate depista prezența celulelor Langhans la bolnavii cu:

- A. boala Hirshprung
- B. sindromul intestinului excitat
- C. colită ulceroasă nespecifică
- D. maladia Crohn
- E. colită ischemică

11.CS. Metoda de elecție în tratamentul polipilor colonului este:

- A. tratamentul cu suc de rostopască
- B. polipectomia endoscopică
- C. aplicarea anastomozei de derivație
- D. rezecția colonului
- E. chimioterapie

12.CS. Metoda de certitudine în diagnosticul polipozei adenomatoase familiale este:

- A. ultrasonografia
- B. laparoscopia
- C. fibrocolonoscopia cu biopsie
- D. angiografia
- E. tomografia computerizată

13.CS. Toate simptomele enumerate mai jos sunt caracteristice pentru polipoza adenomatoasă familială cu excepția:

- A. hemoragiei intestinale
- B. eliminării de mucus cu masele fecale
- C. anemiei
- D. hipoproteinemiei
- E. achiliei gastrice

14.CS. Ce afirmație referitoare la tumorile vilozice este exactă:

- A. sunt pediculate
- B. se localizează frecvent la nivelul cecului
- C. se pot transforma în adenocarcinom
- D. se întâlnește la copii
- E. au capacitate mică de malignizare

15.CM. În cursul colitei ulcerose nespecifice :

- A. se găsesc emisii gleroase
- B. se pot întâlni perioade lungi de remisiune
- C. colonoscopia trebuie făcută sistematic la fiecare puseu acut
- D. puseele severe se vindecă întotdeauna prin tratament medical intensiv
- E. leziunile sunt maxime la nivelul colonului drept

16.CM. În diverticuloza colonului irigografia prezintă :

- A. dispariția haustrațiilor colonului stâng cu spiculație fină a sigmoidului
- B. obstrucția completă a lumenului
- C. colon cu aspect “în teanc de farfurii”
- D. aspect în “pantaloon de golf”
- E. aspect de “pavaj” al colonului

17.CM. Colectomia în diverticuloza colonului este indicată în următoarele cazuri:

- A. apariția fistulelor
- B. hemoragie digestivă
- C. perforația
- D. absența complicațiilor importante
- E. în caz de diverticulită

18.CM. Boala Crohn și colita ulcerosă nespecifică sunt boli inflamatorii care au caractere comune. Ce afirmație referitoare la caracterele comune ale acestor boli este falsă:

- A. predomină la adultul tânăr
- B. pot interesa și colonul
- C. se pot asocia cu uveită și eritem nodos
- D. pot recidiva după colectomia totală
- E. se pot asocia cu fisuri anale

19.CM. Caracteristicile principale ale polipozei adenomatoase familiale difuze sunt:

- A. transmitere autosomal dominantă
- B. malignizare constantă
- C. necesitatea colectomiei totale
- D. necesitatea supravegherii rectale atente după colectomie
- E. malignizarea este rară

20.CM. Sindromul Peutz-Jeghers:

- A. este forma clinică cea mai frecventă de tumori maligne ce interesează intestinul subțire
- B. se poate manifesta prin accidente ocluzive
- C. malignizarea este foarte frecventă
- D. se însoțește de lentiginoză periorificială
- E. tumorile sunt desmoide

21.CM. Complicațiile polipozei rectocolonice sunt:

- A. anemia secundară
- B. denutriția
- C. ocluzia intestinală prin invaginare
- D. malignizarea
- E. perforația intestinului

22.CM. Intervențiile chirurgicale mai răspândite în tratamentul polipozei rectocolonice sunt:

- A. polipectomia endoscopică
- B. rectocoliectomia totală cu ileostomie
- C. colectomie subtotală cu anastomoză ileorectală
- D. colotomia cu extirparea zonelor polipoase
- E. anusul contra naturii

23.CM. Care investigații sunt mai importante în diagnosticul bolii Hirschprung:

- A. ecografia abdominală
- B. irigografia în contrast dublu
- C. rectoromanoscopia cu biopsia mucoasei rectale după Svenson
- D. tomografia prin rezonanță magnetică nucleară
- E. determinarea reflexului recto-anal

24.CS. Colitei ulceroase nespecifice este o boală, care prinde totdeauna:

- A. colonul
- B. rectul
- C. ileonul terminal
- D. cecul
- E. jejunul

25.CS. Principalul drog acceptat în tratamentul colitei ulceroase nespecifice, capabil să realizeze remisia episoadelor acute, este reprezentat de către:

- A. derivați de sulfsalazină
- B. corticosteroizi
- C. antibiotice cu spectru larg de acțiune
- D. imunodepresoare
- E. interferonul beta

26.CS. Dintre bolile inflamatorii cronice, diagnosticul diferențial al colitei ulceroase nespecifice cel mai frecvent trebuie făcut cu:

- A. colite virale
- B. colite parazitare

- C. neoplasm de colon
- D. Boala Crohn
- E. polipoza rectocolică

27.CS. Cel mai fidel și specific diagnostic în colitei ulceroase nespecifice este realizat prin:

- A. irigografie
- B. explorări imunologice
- C. explorări biologice
- D. rectosigmoidoscopie endoscopică
- E. examen copro-parazitar și coproculturi

28.CM. Macroscopic pentru colita ulceroasă nespecifică sunt caracteristice următoarele particularități:

- A. leziuni cu caracter segmentar
- B. afectarea difuză a mucoasei intestinului gros
- C. leziunile pot fi localizate numai în rect
- D. leziunile pot fi localizate numai în ileon
- E. afectarea se răspândește în direcție proximală

29.CM. Colita ulceroasă nespecifică poate evalua în următoarele variante:

- A. cronică latentă
- B. acută (fulminantă)
- C. cronică recidivantă
- D. cronică indurativă
- E. cronică continuă (permanent progresivă)

30.CM. Manifestările extraintestinale (sistemice) ale colitei ulceroase nespecifice sunt:

- A. panaricii
- B. artrite
- C. uveită
- D. eritem nodular
- E. artralgiile și mialgiile

31.CM. Criteriile endoscopice ale colitei ulceroase nespecifice sunt:

- A. mucoasa cu aspect granulos
- B. eroziuni și ulcere de formă neregulată
- C. afectarea segmentară
- D. pseudopolipi
- E. hemoragii de contact

32.CM. Complicațiile locale ale colitei ulceroase nespecifice sunt:

- A. hemoragie profundă
- B. megacolon toxic
- C. perforație
- D. fistule viscerale
- E. stricturi lumenale

33.CM. La ora actuală, care din următoarele complicații ale colitei ulceroase nespecifice necesită tratament chirurgical:

- A. suspiciunea sau descoperirea unui cancer de colon
- B. megacolonul toxic cu semne clare de perforație
- C. colita acută fulminantă, care răspunde la terapia cu corticoizi
- D. rectoragii masive, ce nu pot fi oprite prin metode conservative
- E. ocluzie prin stricturi colonice

34.CM. Imunitatea are rol în producerea colitei ulcerose nespecifice prin următoarele argumente:

- A. anticorpii anticelulă cu mucus sunt prezenți în serul bolnavilor cu colită ulceroasă
- B. anticorpii anticelulă cu mucus sunt specifici
- C. anticorpii anticelulă cu mucus sunt constanți
- D. la subiecții cu colită ulceroasă nespecifică s-a constatat un deficit în producția de imunoglobuline, în special, a celor din clasa Ig G
- E. fenotipurile HLA-AW 24 și BW 35 sunt mai frecvent corelate cu boala

35.CM. Următoarele afirmații, privind anatomia patologică din colita ulceroasă nespecifică, sunt adevărate, cu excepția:

- A. boala interesează mucoasa și submucoasa colonului
- B. rectul este interesat totdeauna și extensia se poate face la întreg colonul
- C. ileonul terminal poate prezenta semne de inflamație moderată și dilatație
- D. leziunile din colita ulceroasă seamănă foarte bine cu cele din boala Crohn
- E. mucoasa este în totalitate subțiată, friabilă, cu vascularizație bogată

36.CS. În diagnosticul diferențial al colitei ulcerose nespecifice față de boala Crohn, elementul patologic microscopic, care nu apar deloc în colita ulceroasă nespecifică și apar în toate cazurile de boala Crohn, constituie:

- A. inflamația transmurală
- B. îngroșarea submucoasei
- C. fisuri
- D. creșterea celularității submucoasei
- E. granuloame tip Pirogov-Langhans

37.CM. Rolul factorului infecțios în etiologia colitei ulcerose nespecifice pare a fi susținut de următoarele:

- A. culturile aerobe-anaerobe ale conținutului colic în colita ulceroasă nespecifică arată creșteri ale florei colonice
- B. creșterea titrului anticorpilor anti Escherichia coli la pacienții cu colita ulceroasă nespecifică
- C. proliferarea bacteriană este facilitată de antibioticele administrate
- D. anticorpii anticitomegalovirus au frecvență mult mai scăzută la pacienții cu colita ulceroasă nespecifică
- E. prezența agenților infecțioși la acești pacienți nu pare a avea specificitate

KEY (AFECȚIUNILE CHIRURGICALE A INTESTINULUI GROS)

1ABCE; 2ABCD; 3BD; 4ABC; 5C; 6A; 7E, 8E; 9C; 10D; 11B; 12C; 13E; 14C, 15ABC; 16AC, 17ABC; 18D; 19ABC; 20BD; 21ABCD; 22ABCD; 23BCE, 24B, 25B, 26D, 27D, 28BCE, 29BCE; 30 BCDE; 31ABDE, 32ABC, 33ABDE, 34ADE, 35D, 36E, 37BCE.

RECTUL

1.CS. Principalele leziuni precanceroase care duc la apariția cancerului rectal sunt:

- A. melanoamele cu localizare rectală
- B. polipii colorectali, tumori vilozice, rectocolita ulceroasă
- C. hemoroizii și fistulele perianale
- D. anorectitele nespecifice, pectenoza
- E. prolapsul mucos anorectal

- 2.CS. Grading-ul tumoral rectal reprezintă:
- A. clasificarea în funcție de gradul de diferențiere histopatologică
 - B. clasificarea clinică a cancerului rectal
 - C. gradul de invazie tumorală în peretele rectal
 - D. markeri biologici ai cancerului rectal
 - E. metodă complementară de tratament al cancerului de rect
- 3.CS. Examinările specifice în cancerul de rect sunt:
- A. tomografia computerizată, citologia exfoliativă
 - B. tușeul rectal, endoscopia colorectală, irigografia
 - C. echografia pelviană, determinarea antigenului carcinoembrionar
 - D. echografia endoluminală, limfografia, arteriografia
 - E. cromolimfoscopia, echografia transabdominală, citologia exfoliativă
- 4.CM. Tușeul rectal dă informații referitoare la:
- A. tipul histologic tumoral
 - B. localizarea tumorii
 - C. grading-ul tumoral
 - D. extensia tumorii la organele vecine
 - E. grupele ganglionare cu metastaze
- 5.CS. Cea mai informativă metodă de diagnostic a perirectitei acute este:
- A. irigografia
 - B. angiografia
 - C. rectoromanoscopia
 - D. punția colecției purulente
 - E. laparoscopia
- 6.CS. Cea mai informativă metoda de diagnostic a perirectitei cronice este:
- A. ultrasonografia
 - B. colonoscopia
 - C. angiografia
 - D. fistulografia
 - E. tomografia computerizată
- 7.CS. Intervenția chirurgicală de elecție în tratamentul hemoroizilor este considerată:
- A. aplicarea ligaturii
 - B. operația Whitehead
 - C. hemoroidectomie după procedeul Milligan-Morgan
 - D. electrocoagularea hemoroizilor
 - E. fotocoagularea
- 8.CM. Ce semne clinice pot suspecă prezența unei tumori vilozose rectosigmoidiene:
- A. rectoragia
 - B. prezența scaunelor geroase
 - C. scaune purulente
 - D. dureri în timpul defecației
 - E. crampe musculare determinate de hipokaliemie
- 9.CM. Boala Crohn se manifestă prin următoarele semne clinice distructive:
- A. diareea
 - B. scaune sanguinolente
 - C. interesează adultul tânăr
 - D. prezintă adesea leziuni nedureroase

- E. mucoasa rectală este congestivă și hemoragică fără zone sănătoase
- 10.CM. Ce afirmații referitoare la fistulele perianorectale sunt false:
- A. sunt supurații acute
 - B. pot recidiva postoperator
 - C. se malignizează frecvent
 - D. este necesară fistulografia
 - E. tratamentul fistulei anale este exclusiv chirurgical
- 11.CM. Sindromul fisurar cuprinde următoarele semne clinice:
- A. durere tip arsură la defecație
 - B. spasm sfincterian
 - C. ulcerarea comisurii posterioare anale
 - D. melenă
 - E. hemoroid santinelă
- 12.CM. Polipul rectocolic se caracterizează prin următoarele semne distructive:
- A. se localizează frecvent rectosigmoidian
 - B. reproduce histologic glandele Lieberkuhn
 - C. poate da hemoragie episodică
 - D. este mai frecvent tubulos decât vilos
 - E. se întâlnește la subiecții peste 15 ani
- 13.CM. Ce tumori benigne colorectale pot fi considerate hamartoame:
- A. sindrom Gardner
 - B. sindrom Peutz-Jeghers
 - C. polipoza rectocolică familială
 - D. polip juvenil
 - E. lipom
- 14.CM. Ce semne atrag atenția asupra complicațiilor în boala hemoroidală:
- A. rectoragia cu sânge roșu declanșată de emisia scaunului
 - B. durere anală acută ce apare după defecație și persistă câteva ore
 - C. perceperea unei tumori anale de culoare albastru-violaceu
 - D. melena
 - E. febra
- 15.CM. Investigațiile obligatorii la un bolnav cu patologie a rectului sunt:
- A. inspecția vizuală a regiunii anale
 - B. tușul rectal
 - C. pasajul masei baritate
 - D. anoscopia sau rectoromanoscopia
 - E. sfincterometria
- 16.CM. Perirectita acută se divizează după următoarele criterii:
- A. după principiul etiologic
 - B. în funcție de nivelul sediului abceselor, plastroanelor, fuziunilor
 - C. după raportul dintre triectul fistulei și aparatul sfincterian
 - D. după gradul de complexitate
 - E. după timpul trecut de la spitalizarea bolnavului
- 17.CM. După deschiderea abcesului perirectal, se atestă următoarele variante de finalizare a bolii:
- A. formarea fistulei rectale (perirectită cronică)

- B. dezvoltarea perirectitei recidivante cu acutizări ale procesului inflamator
- C. însănătoșire
- D. dezvoltarea amiloidozei organelor parenhimate
- E. dezvoltarea incontinenței sfincterului obturatoriu anal

18.CS. Metoda de elecție în tratamentul fistulei perirectale este:

- A. excizia completă a canalului fistulos cu lichidarea orificiului intern al fistulei
- B. băi de șezut după defecație
- C. spălarea fistulei cu soluții antiseptice
- D. instilații de antibiotice în canalul fistulos
- E. microclisme cu ulei de cătină albă, cu colargol

KEY (AFECȚIUNILE CHIRURGICALE A RECTULUI)

1B; 2A,3B, 4BC,5D, 6D, 7C, 8ABE, 9ABCD, 10AC, 11ABC,12ABCD , 13BD, 14ABC, 15ABD, 16ABCD, 17ABC,18A.

Sef studii ,dsm,conferentiar universitar

Alexandru Iliadi

1)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Selectați afecțiunea în care nou - născutul se asfixiază și respiră greu, iar gura i se umple cu secreții salivare are:

- a) Emfizem lobar congenital acut
- b) Chist bronhogen tensionat
- c) Pneumotorax spontan tensionat
- d) Fistulă eso - traheală
- e) Atrezie de esofag

2)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Selectați semnul de certitudine în diagnosticul stenozei hipertrofice congenitale de pilor:

- a) Vărsătura de la naștere
- b) Pliul cutanat leneș
- c) Scaunul cu caracter de constipație
- d) Palparea olivei
- e) Stagnarea staturo - ponderală

3)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Alegeți simptomul principal la debutul stenozei hipertrofice de pilor:

- a) Ascensiunea termică

- b) Agitația copilului
- c) Vărsătura bilioasă repetată
- d) Vărsătura “albă”, în get
- e) Constipația severă

4)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Alegeți simptomul dominant în atrezia duodenului:

- a) Vărsătura de culoarea laptelui ingerat, în get
- b) Vărsătura bilioasă sau alimentară precoce, repetată
- c) Vărsătura bilioasă, apoi meconială
- d) Vărsătura cu aspect meconial, apoi fecaloid
- e) Abdomenul distensiat

5)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Indicați simptomul clinic al ocluziei intestinale congenitale înalte:

- a) Vărsături alimentare
- b) Vărsături bilioase, lipsa tranzitului meconial
- c) Vărsături meconiale, apoi fecaloide
- d) Vărsături meconiale, apoi fecaloide, lipsa tranzitului meconial
- e) Vărsături hemoragice

6)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Numiți diagnosticul la prezența la nou născut a 2 imagini hidroaerice în etajul abdominal superior (de o parte și de alta a coloanei vertebrale) la radiograma toraco - abdominală simplă în poziție ortostatică:

a) Stenoza hipertrofică congenitală de pilor

b) Atrezia duodenului după papila Vateri

c) Stenoza duodenului

d) Ileusul meconial

e) Peritonita meconială

7)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Selectați simptomul capital în vărsătura bilioasă la nou născut:

a) Stenoza hipertrofică congenitală de pilor

b) Spasmul piloric

c) Ileus meconial

d) Atrezia duodenului după papila Vateri

e) Malformații cardiotuberozitare (hernie hiatală)

8)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Selectați simptomul dominant al ocluziei intestinale congenitale înalte:

a) Vărsătura alimentară

b) Vărsătura bilioasă

c) Vărsătura alimentară cu striuri sanguine

d) Tranzitul meconial redus

e) Distensia abdominală impresionantă

9)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Numiți simptomul dominant al ocluziei intestinale congenitale joase:

a) Vărsături bilioase din primele 24 ore de viață

b) Vărsături bilioase după 24-48 ore de viață, apoi vărsături cu conținut intestinal

c) Durere colicativă abdominală

d) Rectoragie spontană

e) Meconiu foarte vâscos, aderent la peretele intestinului

10)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Numiți afecțiunea congenitală în care trebuie să fie suspectat orice nou – născut care varsă bilios:

a) Reflux gastro - esofagian

b) Stenoză hipertrofică de pilor

c) Ocluzie congenitală duodenală sau de intestin subțire

d) Peritonita meconială

e) Megacolon congenital

11)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Numiți complicația cea mai frecventă și gravă a malrotației intestinului:

- a) Stenoza de ileon
- b) Invaginația intestinală
- c) Gastrita meconială
- d) Enterocolita ulcerosă
- e) Volvulusul intestinului

12)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Numiți cauza care generează apariția afecțiunii Hirschsprung:

- a) Atrezii ano-rectale complete
- b) Atrezii ano-rectale cu fistule perirectale
- c) Fistule congenitale ano-rectale
- d) Aganglionoza sau hipoganglionoza rectală și/sau rectosigmoidală
- e) Alimentație incorectă

13)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Selectați afecțiunea, în care constipația este simptomul principal (cu variații de la caz la caz) în perioada neonatală, de sugar și în restul copilăriei:

- a) Stenoză anorectală
- b) Megacolon idiopatic
- c) Megacolon simptomatic

d) Megacolon congenital

e) Malrotațiile intestinului

14)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Numiți afecțiunea pentru care sunt caracteristice durerile colicative asociate cu vărsături alimentare în plină stare de sănătate la sugarul trecut la alimentație diversificată:

a) Diverticulită

b) Apendicită acută

c) Gastroenterită

d) Invaginație intestinală

e) Enterocolită ulcero-necrotică

15)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Selectați afecțiunea pentru care este caracterizată rectoragia spontană, instalată la 12-24 ore de la debutul bolii la sugarul cu durere abdominală colicativă și vărsături alimentare:

a) Diverticulul Meckel

b) Enterocolită ulcero - necrotică

c) Polipoza rectocolică

d) Polipul rectal

e) Invaginația intestinală

16)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Marcați patologia pentru care este caracterizată triada clasică - dureri abdominale paroxistice în alternanță cu perioade de acalmie, însoțite de vărsături alimentare, sângerare rectală la sugarul de 7 luni:

- a) Apendicită acută
- b) Volvulus intestinal
- c) Invaginație intestinală
- d) Enterocolită acută
- e) Diverticul Meckel hemoragic

17)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Marcați afirmația referitor la invaginația intestinală la sugar:

- a) Este o ocluzie intestinală funcțională
- b) Debutul afecțiunii este lent
- c) Se întâlnește predominant la copilul mare
- d) Nu se întâlnește la sugar
- e) Tratamentul este conservator și /sau chirurgical

18)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Selectați afirmația incorectă referitor la sângerarea rectală în invaginația intestinală la sugar:

- a) Apare precoce cu ocazia primelor crize dureroase
- b) Este un semn tardiv

c) În ce privește gradul sângerării, sub raport cantitativ, există variații

d) Aspectul sângelui eliminat este diferit

e) Prin tușeu rectal sângele trebuie căutat nu așteptat

19)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Marcați simptomul major al ocluziei intestinale mecanice la sugar:

a) Durerea abdominală colicativă, intermitentă

b) Durerea abdominală bontă

c) Poate fi oprit tranzitul intestinal pentru materii fecale

d) Poate fi oprit tranzitul intestinal pentru gaze

e) Hematochezia

20)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Marcați simptomul principal funcțional al apendicitei acute:

a) Inapetența

b) Vărsăturile bilioase

c) Durerea abdominală continuă

d) Durerea abdominală colicativă

e) Meteorismul abdominal

21)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Numiți cea mai frecventă tulburare de tranzit în apendicita acută la nou - născut:

- a) Constipația
- b) Diareea
- c) Rectoragia
- d) Scaune diareice cu mucozități sangvinolente
- e) Nici un răspuns nu este corect

22)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Selectați debutul peritonitei primitive la copil:

- a) Brutal, cu durere abdominală violentă
- b) Lent cu durere continuă
- c) Lent, cu durere difuză ștearsă
- d) Lent, cu durere colicativă
- e) Lent, cu durere crescândă

23)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Marcați complicația cea mai frecventă a enterocolitei ulcero - necrotice la nou - născut, sugarul mic:

- a) Plastronul intraperitoneal
- b) Invaginația intestinală
- c) Volvulus intestinal

d) Peritonita perforativă

e) Metastazele septice viscerale

24)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Numiți cauza predominantă a hemoragiei digestive inferioare la sugar:

a) Sindromul Peutz - Jeggers

b) Invaginația intestinală acută

c) Diverticulul Meckel

d) Purpura Werlhoff

e) Volvulusul cronic de intestin subțire

25)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Precizați cauza hemoragiei digestive la copilul de 1-3 ani cu excepția:

a) Dublicații de intestin

b) Diverticuli Meckel

c) Diverticul Meckel ulcerat

d) Hernii hiatale

e) Afecțiunea Șereșevschii - Turner.

26)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Numiți afirmația incorectă despre emfizemul lobar congenital sunt false, cu excepția:

- a) [] În emfizemul lobar congenital manifestările clinice sunt absente în toate formele
- b) [] În emfizemul lobar congenital simptomul dominant este starea septică însoțită de febră
- c) [x] În emfizemul lobar congenital simptomatologia dominantă este dispnea, polipnea, cianoza progresive
- d) [] În emfizemul lobar congenital simptomul dominant este tusea însoțită de o spută mucopurulentă
- e) [] În emfizemul lobar congenital radiologic se observă o imagine rotundă hidroaerică în hemitoracele afectat

27)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Selectați manifestările clinice ale emfizemului mediastinal:

- a) [] Dispnee, tuse uscată chinuitoare
- b) [] Durere retrosternală, dispnee, tuse, ascensiune termică
- c) [] Durere în hemitorace pe dreapta, dispnee, emfizem subcutanat
- d) [x] Durere retrosternală, dispnee, voce răgușită, emfizem subcutanat în regiunile suprasternală, supraclaviculară
- e) [] Dispnee, tuse uscată, hemoragie pulmonară

28)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Numiți simptomul permanent al pneumomediastinitei:

- a) [] Tahicardia extremă
- b) [] Tusea chinuitoare

c) Hemoptizia

d) Emfizemul subcutanat supraclavicular și cervical

e) Dispneea

29)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Numiți simptomul principal, dominant în nefroblastom (tumora Wilms):

a) Disuria

b) Retenția acută de urină

c) Incontinență de urină

d) Tumora abdominală în flanc cu contact lombar

e) Durerea abdominală violentă

30)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Indicați tumorile maligne mai frecvent întâlnite la sugar:

a) Reticulosarcomul Ewing

b) Neuroblastomul

c) Sarcomul osteogen

d) Limfomul malign Hodgkin

e) Limfangiomul

31)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Selectați simptomul local principal al flegmonului necrotic extensiv al nou-născutului:

- a) Echimoza
- b) Limfostaza
- c) Hiperemia
- d) Zemuirea cutanată
- e) Sectorul afectat e strict limitat

32)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Selectați următoarele afirmații despre osteomielite hematogenă acută care sunt adevărate, cu excepția:

- a) Osteomielite hematogenă acută este afecțiune osoasă gravă a organismului în creștere
- b) Se localizează la nivelul metafizei osoase
- c) Afectează cu predilecție oasele plate
- d) Afectează mai frecvent oasele tubulare lungi
- e) Mai des se îmbolnăvesc băieții

33)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Următoarele afirmații despre osteomielite hematogenă acută la copil sunt adevărate cu excepția:

- a) Factorul determinant este traumatismul osteo - articular
- b) Factorul determinant este flora microbiană
- c) Stările de carență în hipoalimentație favorizează declanșarea procesului osteomieliti

d) Afecțiunile infecțioase, stările toxice favorizează apariția osteomielitei hematogene acute

e) Evoluția osteomielitei hematogene acute este gravă cu complicații septice

34)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Numiți malformația congenitală pentru care este caracteristică incontinența urinară permanentă:

a) Extrofia de vezică

b) Duplicația vezicală

c) Sindromul megavezică - megaureter

d) Rinichi dublu cu ectopia ureterului

e) Fistula de uracă

35)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Numiți afirmația incorectă a torsiunii de testicul:

a) Sensul torsiunii se face spre linia mediană a corpului

b) Se întâlnește la orice vârstă

c) Simptomul dominant este durerea violentă și continuă în hemiscrotul afectat

d) Ridicarea scrotului afectat calmează durerea

e) Ridicarea scrotului afectat exacerbează durerea

36)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Numiți afecțiunea în sindromul scrotului acut în care ridicarea scrotului intensifică durerea:

- a) Torsiunea hidatidei Morgagni
- b) Torsiunea de testicul
- c) Traumatismele scrotale
- d) Orhiepididimita acută microbiană
- e) Edemul scrotal acut

37)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Selectați afecțiunea în care tumora "fantomă" abdominală la nou născut este simptomul patognomonic în:

- a) Volvulus intestinal acut
- b) Invaginația intestinală
- c) Hidronefroza congenitală
- d) Sindromul dopului de meconiu
- e) Chist de mezenter

38)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Numiți afecțiunea în care tabloul clinic este identic cu inflamația diverticului Meckel:

- a) Limfadenita mezenterică
- b) Ulcerul peptic perforat

c) Invaginația intestinală

d) Apendicita acută

e) Pancreatita acută

39)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Numiți cel mai important semn în hernia inghinală strangulată la sugar:

a) Agitația copilului

b) Vărsăturile alimentare

c) Oprirea tranzitului intestinal

d) Tumoră inghinală evidentă, situată la orificiul extern al canalului inghinal, dureroasă la palpare, de mobilitate redusă, ireductibilă

e) Tumoră inghinală evidentă, nedureroasă la palpare, cu mobilitate laterală, ireductibilă

40)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Selectați simptomul capital al osteomielitei hematogene acute:

a) Durerea osoasă vie exacerbată de mișcări

b) Durerea nocturnă

c) Durerea vie migrătoare

d) Durerea continue exacerbată în repaus

e) Nici un răspuns nu este corect

41)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selectați simptomatologia dominantă la nou născutul cu atrezie de esofag:

- a) Tuse și cianoză în momentul fiecărei alimentații
- b) Regurgitație de alimente
- c) Hipersalivație și stagnarea bucofaringiană a secrețiilor salivare
- d) Criză dramatică de asfixie cu tuse și cianoză la tentativa de a alimenta copilul
- e) Respirație polipneică

42)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Numiți semnele perforației esofagiene la copil:

- a) Durere retrosternală vie ascuțită
- b) Durere cu sediu corelabil cu sediul perforației, agravată de deglutiție
- c) Disfagie
- d) Emfizem subcutanat supraclavicular, cervical
- e) Distensie abdominală

43)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selectați semnele concludente pentru stabilirea diagnosticului stenozei congenitale de pilor:

- a) Dureri colicative abdominale
- b) Vărsături bilioase

c) Vărsături în get de culoarea laptelui ingerat

d) Unde peristaltice vizibile în epigastru

e) Prezența tumorii pilorice

44)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Caracterizați vărsătura în stenoza hipertrofică congenitală de pilor:

a) Este rar întâlnită

b) Apare în jurul vârstei de 14-21 zile de viață

c) Este postprandială (după mâncare)

d) Este albă

e) Poate conține striuri de sânge

45)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selectați afirmațiile corecte referitor la semnele clinice ale stenozei congenitale hipertrofice de pilor:

a) Vărsăturile albe reprezintă simptomul dominant al bolii

b) Vărsăturile albe abundente, frecvente de la debutul bolii

c) Copilul își pierde apetitul de la debutul bolii

d) Copilul își păstrează apetitul și, imediat ce varsă, este dispus să sugă

e) Pe măsura progresării stenozei vărsăturile devin mai frecvente, se produc în jet, la distanță

46)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Precizați simptomatologia dominantă la copilul cu atrezia duodenului:

- a) Vărsătura bilioasă sau alimentară
- b) Vărsătura în get
- c) Abdomen distensat cu edem al peretelui abdominal inferior
- d) Abdomen retractat
- e) Scaunul meconial scund sau normal

47)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selectați afirmațiile corecte despre simptomatologia atreziilor duodenale:

- a) Simptomul dominant este vărsătura alimentară sau bilioasă
- b) Simptomul dominant este voma postprandială în get
- c) Scaunul meconial lipsește
- d) După stimulări rectale poate apărea o cantitate mică de materii colorate cenușiu, murdar
- e) După stimulări rectale apar eliminări meconiale abundente

48)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Numiți simptomatologia dominantă în ocluzia congenitală jejunoileală:

- a) Din prima zi după naștere vărsături bilioase frecvente
- b) Din prima zi după naștere vărsături bilioase frecvente, abundente, apoi vărsături cu aspect meconial

- c) Abdomen distensiat in etajul interior
- d) Abdomen retractat
- e) Lipsa meconiului sau prezența mucozităților cu puține materii de culoare cenușie

49)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selectați afirmațiile corecte despre atreziile colonice:

- a) Simptomul dominant este vărsătura
- b) Vărsăturile apar din primele ore de viață
- c) Vărsăturile apar după 24-48 ore de la naștere
- d) Abdomenul are aspect absolut normal
- e) Abdomenul este distențiat

50)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selectați afirmațiile corecte despre afecțiunea Hirschprung:

- a) Este o obstrucție parțială organică
- b) Este o obstrucție parțială funcțională
- c) Este provocată de absența celulelor ganglionare din plexul mienteric Auerbach și Meissner
- d) În aproximativ 90 % din cazuri aganglioneza se extinde pe întreg cadrul colic
- e) În aproximativ 90 % din cazuri aganglioneza se limitează la rect și zona rectosigmoidului

51)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Numiți afirmațiile corecte în forma malignă de megacolon congenital:

- a) Fazele de constipație sunt întrerupte de enterocolită
- b) Scaunele diareice sunt abundente și putride
- c) Enterocolita este o complicație gravă
- d) Enterocolita nu agravează starea generală a copilului
- e) Degradarea stării generale apare rapid, prin deshidratare și pierderi electrolitice

52)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selectați simptomatologia afecțiunii Hirschprung în perioada de sugar și copil:

- a) Simptomul principal este constipația
- b) Scaunele spontane sunt frecvente
- c) Scaunele spontane devin din ce în ce mai rare
- d) Enterocolita, complicație gravă, are frecvența și gravitatea din perioada neonatală
- e) Enterocolita, complicație gravă, nu mai are frecvența și gravitatea din perioada neonatală

53)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selectați cauzele favorizante în producerea invaginației intestinale la sugari:

- a) Polipozele intestinale

- b) Virozele sezoniere
- c) Diversificarea alimentației
- d) Dezvoltarea anormală a regiunii ceco-colice în raport cu intestinul subțire
- e) Lipsa de acolare a ceco - colonului ascendent la peritoneul parietal posterior

54)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selectați simptomele clinice ale invaginației intestinale la sugar în primele 12 ore:

- a) Stare de agitație
- b) Abdomen meteorizat
- c) Vărsături cu conținut intestinal
- d) Semnul biberonului
- e) Vărsături alimentare

55)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Numiți simptomele specifice de invaginației intestinale la sugar după 12-24 ore de la debut:

- a) Meteorizarea abdomenului
- b) Vărsături frecvente cu conținut intestinal
- c) Vărsături frecvente cu striuri de sânge
- d) Vărsăturile încetează
- e) Rectoragia apare spontan

56)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selectați simptomele specifice ale invaginației intestinale a sugarului la debut:

- a) Durere abdominală colicativă
- b) Durere abdominală continuă
- c) Vărsături alimentare
- d) Vărsături albe explozive, în jet
- e) Scaune cu sânge sau serozități sanguinolente

57)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selectați semnele fizice în invaginația intestinală acută a sugarului:

- a) Apărare musculară
- b) Contractură musculară
- c) Se poate palpa tumora de invaginație
- d) Se palpează întotdeauna tumora de invaginație
- e) Poare fi prezent semnul fosei iliace drepte goale (semnul Dance)

58)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Numiți triada simptomatică clasică în invaginația intestinală acută la sugar:

- a) Durere colicativă
- b) Durere acută continuă

- c) Vărsături alimentare reflexe
- d) Scaune diareice sangvinolente
- e) Rectoragie

59)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selectați manifestările clinice în invaginația intestinală a sugarului, faza de epuizare, datorată infarctizării ansei intestinale invaginate:

- a) Încetează starea de agitație
- b) Sugarul este palid, somnolent, devine indiferent
- c) Vărsăturile încetează
- d) În faza aceasta se palpează ușor tumora: de invaginație
- e) În faza aceasta tumora de invaginație este imposibil de determinat

60)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Marcați simptomatologia volvulusului acut la nou născut:

- a) Stare de agitație
- b) Vărsături bilioase
- c) Oprirea tranzitului intestinal
- d) Abdomenul este destins
- e) Abdomenul poate fi destins

61)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Marcați simptomatologia volvulusului cronic la sugar:

- a) Vărsături neregulate
- b) Dureri abdominale de intensitate variabilă
- c) Poftă de mâncare scăzută
- d) Stagnare staturo - ponderală
- e) Radiografia abdominală "pe gol" arată o imagine dublă aerică în talere de balanță

62)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Numiți afecțiunile care pot fi generate de rotațiile incomplete de intestin sau lipsa de acolare a intestinului:

- a) Volvulus acut sau cronic
- b) Stenoze de duoden prin compresie extrinsecă
- c) Hernii srtangulate interne în diverse fosete mezenterice
- d) Invaginații intestinale
- e) Megacolon simptomatic

63)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Marcați semnele dominante ale apendicitei acute la sugar:

- a) Stare de agitație neobișnuită cu perturbarea somnului
- b) Vărsături, refuzul alimentației

- c) Distensie abdominală
- d) Sensibilitate dureroasă difuză, mai accentuată periumbilical
- e) Episoade dureroase intermitente

64)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Marcați semnele dominante ale apendicitei acute la copilul de vârstă fragedă:

- a) Durere difuză pe tot abdomenul
- b) Stare febrilă
- c) Vărsături repetate
- d) Constipație
- e) Abdomen retractat

65)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Numiți semnele care sunt apreciate la examenul palpatoriu al abdomenului la copilul de vârstă fragedă cu apendicită acută (la debutul bolii):

- a) Formațiune tumorală dureroasă la palpare
- b) Contractură musculară generalizată
- c) Sensibilitate difuză a peretelui abdominal
- d) Un oarecare grad de rezistență a peretelui abdominal
- e) Flexia coapsei drepte pe abdomen în timpul palpației

66)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selectați afirmațiile corecte referitor la apendicita acută la copil:

- a) Este cea mai frecventă afecțiune chirurgicală
- b) Tabloul clinic și evoluția bolii diferă la copilul mic față de adult
- c) Tabloul clinic și evoluția bolii nu diferă la copilul mic față de adult
- d) Nu se întâlnește la nou - născut și sugar
- e) Poate evolua imprevizibil și înșelător

67)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selectați afirmațiile adevărate despre apendicita acută la copil:

- a) La copil apendicita acută este cea mai rară afecțiune chirurgicală
- b) La copil apendicita acută este cea mai frecventă afecțiune chirurgicală
- c) La copilul nou-născut și sugar apendicita acută nu se întâlnește
- d) Incidența maximă a apendicitei acute la copil este între 8 - 15 ani
- e) Evoluția apendicitei acute la copil este mai rapidă și mai gravă ca la adult

68)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selectați afirmațiile corecte în apendicita acută la copil mic:

- a) Starea generală se prăbușește în 12 - 24 ore

- b) Copilul prezintă (după 12 - 24 ore de la debut) „facies toxic” ochii încercănați;
- c) Starea copilului se poate agrava în 12 - 24 ore de la debut
- d) Examenul palpatoriu al abdomenului evidențiază o sensibilitate difuză
- e) Examenul palpatoriu al abdomenului evidențiază o formațiune tumorală moderat sensibilă cu suprafața netedă

69)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selectați simptomele specifice evidențiate la examenul palpatoriu în apendicita acută la copilul mic:

- a) Sensibilitate difuză a peretelui abdominal anterior
- b) Contractură musculară generalizată
- c) Un oarecare grad de „rezistență” a peretelui abdominal anterior
- d) Flexia coapsei drepte pe abdomen în timpul examenului palpatoriu
- e) Durere insuportabilă pe toată aria abdominală

70)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selectați semnele caracteristice ale peritonitei meconiale:

- a) Vărsături bilioase precoce și repetate
- b) Vărsături alimentare apoi intestinale
- c) Lipsa tranzitului meconial
- d) Distensie abdominală importantă
- e) Edem hipogastric și circulație colaterală

71)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selectați manifestările clinice ale peritonitei acute primitive la nou - născut:

- a) Contractură musculară generalizată
- b) Meteorism abdominal
- c) Edem al peretelui abdominal în etajul inferior și pe flancuri
- d) Tegumentele abdominale sunt lucioase, destinse
- e) Este evidentă circulația venoasă în regiunea peretelui abdominal inferior

72)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Marcați semnele care permit diferențierea purperei Henoch - Şchonlein de apendicita acută:

- a) Durerile abdominale în fosa iliacă dreaptă
- b) Durerile abdominale difuze
- c) Vărsăturile
- d) Uneori rectoragii
- e) Erupecie purpurică periarticulară

73)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selectați semnele caracteristice pentru sindromul Peitz-Jeggers:

- a) Hemoragii digestive superioare, repetate

- b)** Hemoragii digestive joase, repetate
- c)** Lentiginoza cutaneo-mucoasă (pete brune, negricioase, distribuite peribucal, pe mucoasa bucală)
- d)** Invaginații sincrone
- e)** Scaun redus cu caracter de constipație

74)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Sindromul Peutz - Jeggers se manifestă prin:

- a)** Episoade repetate de dureri abdominale
- b)** Durerile abdominale sunt de fapt invaginații intestinale
- c)** Adeseori pot surveni hemoragii manifestate prin melenă
- d)** Adeseori pot surveni hemoragii manifestate prin hematemeză
- e)** Pot fi pierderi hemoragice oculte intestinale

75)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Numiți cele mai frecvente cauze ale hemoragiei digestive inferioare la sugar:

- a)** Sindromul Peutz - Jeggers
- b)** Invaginația intestinală acută
- c)** Diverticul Meckel ulcerat
- d)** Volvulusul acut de intestin subțire

e) Volvulusul cronic de intestin subțire

76)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selectați afirmațiile corecte referitor la simptomatologia atreziei de căi biliare:

a) Copilul prezintă de la naștere o culoare galbenă a tegumentelor persistentă, progresivă

b) Copilul prezintă, uneori, de la naștere o culoare galbenă a tegumentelor persistentă, progresivă

c) Copilul prezintă, uneori, la 10 - 15 zile de la naștere o culoare galbenă a tegumentelor persistentă, progresivă

d) Meconiul este decolorat

e) Urina este închisă la culoare

77)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selectați simptomatologia dominantă la nou-născutul cu emfizem lobar congenital include:

a) Dispnee expiratorie progresivă

b) Polipnee, cianoză

c) Bombarea hemitoracelui afectat cu lărgirea spațiilor intercostale

d) Abdomenul este distenziat

e) Abdomenul este fără modificări

78)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selectați simptomatologia în emfizemul lobar congenital:

- a) Dispnee, polipnee
- b) Cianoză
- c) Bombarea hemitoracelui respectiv
- d) Tuse cu spută mucopurulentă
- e) Stare febrilă

79)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Numiți afecțiunile cu care se face diagnosticul diferențial al herniei diafragmatice cu manifestări acute:

- a) Atelectaziile pulmonare ale nou-născutului
- b) Emfizemul lobar congenital
- c) Bronșiectazia congenitală
- d) Bronhopneumonia nou-născutului
- e) Malformația cardiacă cianogenă

80)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Numiți simptomatologia flegmonului necrotic extensiv al nou - născutului:

- a) Placard roșu cu marginile proeminente la suprafața tegumentului
- b) Placard roșu cu marginile neproeminente la suprafața tegumentului

c) Placard roșu cu marginile bine conturate, reliefate

d) Placard roșu cu marginile ne conturate

e) Suprafața afectată este rece

81)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selectați semnele osteomielitei hematogene acute a perioadei de creștere:

a) Debut brutal cu ascensiune termică

b) Durere spontană vie, continuă

c) Sediul durerii este metafizar

d) Durere suportabilă osoasă cu intensificare în repaos

e) Durere osoasă intermitentă cu maximum nocturn

82)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Numiți semnele dominate în forma septico-pioemică a osteomielitei hematogene acute:

a) Debut brutal cu ascensiune termică, care poate atinge 39-40 grade C, frison

b) Durere violentă localizată la nivelul unui segment de membru

c) Durere violentă articulară

d) Impotență funcțională parțială sau totală a membrului afectat

e) Agitația sau adinamia bolnavului, tahicardie, respirație accelerată

83)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selectați simptomele permanente principale ale osteomielitei epimetafizare la nou-născut

la debut:

- a) Edem osteoarticular
- b) Contractură articulară
- c) Agitația copilului la mobilizarea membrului afectat
- d) Roșeață (hiperemie) locală, periarticulară
- e) Imobilitatea membrului afectat

84)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selectați adevărate afirmații referitor la evoluția osteomielitei hematogene acute (după 3-4 zile de la debut):

- a) Starea generală se ameliorează
- b) Persistă și progresează intoxicația
- c) Starea generală se alterează
- d) Semnele locale se modifică în sensul exteriorizării supurației către părțile moi
- e) Semnele locale se modifică în sensul micșorării edemului, tumefacției, diminuării durerii locale

85)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Numiți semnele caracteristice ale teratomului:

- a) Sediul mai frecvent este regiunea sacro-coccigiană
- b) Tumora adultă conține porțiuni mai din toate foițele embrionale (ectoderm, mezoderm, endoderm)

- c) Tumora este încapsulată
- d) Are un potențial malign crescut
- e) Prognostic favorabil întotdeauna

86)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selectați cauzele tumorii palpatorii în abdomen la copil:

- a) Diverticulita
- b) Hidronefroza
- c) Rinichi polichistic
- d) Nefroblastom
- e) Chist mezenterial

87)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Numiți tumorile maligne întâlnite mai frecvent la copil :

- a) Cancerul gastric
- b) Cancerul pulmonar
- c) Nefroblastomul
- d) Sarcomul osteogen
- e) Reticulosarcomul Ewing

88)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selectați caracteristicile nefroblastomului::

- a) Formațiune tumorală de dimensiuni variabile, netedă sau ușor boselată
- b) Tumoră ușor mobilă cu contact lombar
- c) Tumoră cilindrică, elastică, dureroasă la palpare
- d) Tumora poate crește exploziv
- e) Hematurie macroscopică

89)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Numiți triada simptomatică clasică a nefroblastomului:

- a) Ascensiune termică
- b) Tumora palpabilă în abdomen
- c) Durerea abdominală, uneori iradiată spre coapsă
- d) Oliguria
- e) Hematuria

90)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selectați caracteristicile neuroblastomului:

- a) Se poate întâlni la copilul foarte mic (de la nou - născut până la 3-4 ani)
- b) Se localizează numai retroperitoneal

c) Se dezvoltă oriunde, dar în majoritatea cazurilor se dezvoltă în spațiul retroperitoneal

d) Este o tumoră neîncapsulată, invazivă

e) Este o tumoră încapsulată, neinvazivă

91)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selecțaiți simptomele omfalocelului:

a) Hernierea viscerelor abdominale prin inelul ombilical mult lărgit

b) Exteriorizarea intestinului subțire printr-un defect paraombilical al peretelui abdominal anterior

c) Viscerele eviscerate sunt acoperite de o membrană avasculară

d) Ansele intestinale eviscerate sunt retractate și edemațiate

e) Ombilicul cu depresiunea sa sunt normale

92)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Slectați simptomele laparoshizisului:

a) Hernierea viscerelor abdominale prin inelul ombilical mult lărgit

b) Exteriorizarea intestinului subțire printr-un defect paraombilical al peretelui abdominal anterior

c) Viscerele eviscerate sunt acoperite de o membrană avasculară

d) Ansele intestinale eviscerate sunt retractate și edemațiate

e) Ombilicul cu depresiunea sa sunt normale

93)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selectați caracteristicile torsiunii de testicul la copil:

a) Debut brutal în plină stare de sănătate

b) Durere violentă și continuă în hemiscrotul afectat cu iradiere spre regiunea inghinală și rădăcina coapsei, exacerată la palpare

c) Debut lent cu durere moderată în hemiscrotul afectat

d) Hemiscrot moderat mărit, edemațiat

e) Palparea evidențiază o glandă mărită de volum ascensionată spre pube

94)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selectați afirmații adevărate despre hemangiom:

a) Hemangiomul cel mai frecvent evoluează spre dispariție

b) Hemangiomul se poate răspândi de pe tegumente și mucoase pe viscere

c) Evoluția unui hemangiom este de cele mai multe ori imprevizibilă

d) Hemangiomul constituie o contraindicație pentru imunizare

e) Hemangiomul se poate complica prin sângerare și infectare

95)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selectați simptomatologia dominantă a limfangiomului:

a) Formațiune tumorală în regiunea cervicală prezentă de la naștere

b) Formațiune tumorală elastică, fluctuantă, nedureroasă la palpare

c) Formațiune tumorală dură, dureroasă la palpare

d) Formațiune tumorală dură de 1-3 cm diametru

e) Formațiuni tumorale dure cu aderarea tegumentului

96)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selectați semnele clinice ale displaziei de șold la sugar:

a) Asimetria pliurilor cutanate ale coapselor

b) Rotația internă a membrului inferior

c) Rotația externă a membrului inferior

d) Limitarea de abducție în articulațiile de șold

e) Limitarea de adducție în articulațiile de șold

97)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selectați simptomele specifice în enterocolita ulcero-necrotică cu perforație la sugar:

a) Vărsături fecaloide

b) Abdomen intens meteorizat cu tegumente lucioase, circulație venoasă evidentă

c) Scaune diareice abundente, rău mirositoare

d) Rectoragie abundentă

e) Lipsa tranzitului intestinal pentru gaze și materii fecale

98)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Numiți complicațiile pneumoniei purulente distructive la copil:

- a) Septicopiemia
- b) Mediastinita
- c) Emfizemul mediastinal
- d) Emfizemul lobar
- e) Hemoragia pulmonară

99)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selectați cauzele pneumomediastinitei la copil:

- a) Pneumonii purulente distructive
- b) Tumori mediastinale
- c) Bronșiectazii
- d) Leziuni traumatice ale esofagului
- e) Leziuni traumatice ale traheei

100)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Selectați simptomatologia dominantă la nou-născutul cu hernie diafragmatică pe stînga cu manifestări acute:

- a) Dispnee și cianoză progresive, impresionante cu fiecare oră ce trece

- b) Respirație polipneică cu mare efort
- c) Regurgitații cu sânge modificat
- d) Disfagie
- e) Zgomotele cardiace tahicardice se aud pe dreapta

101)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Selectați simptomul principal în atrezia de esofag:

- a) Disfagia
- b) Hipersalivația
- c) Regurgitația de alimente
- d) Cianoza
- e) Dispnea, polipnea

102)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Selectați patologia pentru care este caracteristică secreția salivară abundentă de la naștere la copilul nou - născut:

- a) Fistulă eso - traheală
- b) Stenoză esofagiană
- c) Hernie diafragmatică
- d) Duplicație de esofag

e) Atrezie de esofag

103)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Numiți catacterul vărsăturii în stenoza hipertrofică de pilor:

a) Precoce de la naștere

b) Bilioasă

c) Albă în jet, explozivă

d) Rar întâlnită

e) Fără repercusiuni asupra dezvoltării staturo-ponderale a copilului

104)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Numiți semnul de certitudine în diagnosticul stenozei hipertrofice congenitale de pilor:

a) Vărsătura de la naștere

b) Pliul cutanat leneș

c) Scaunul cu caracter de constipație

d) Palparea olivei

e) Stagnarea staturo - ponderală

105)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Precizați elementul esențial care determină apariția megacolonului congenital:

- a) Stenoza rectală congenitală
- b) Stenoza anală congenitală
- c) Aganglionoza, hipoganglionoza
- d) Cauze funcționale
- e) Atrezii ano-rectale

106)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Numiți simptomul cardinal al invaginației intestinale la sugar:

- a) Durerea paroxistică în alternanță cu perioade de acalmie
- b) Durerea abdominală continuă
- c) Vărsăturile alimentare repetate
- d) Scaun diareic la debutul afecțiunii
- e) Meteorismul abdominal

107)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Selectați caracterul vărsăturilor la sugar la debutul invaginației intestinale:

- a) Abundente, bilioase
- b) Cu conținut intestinal
- c) Produse de obstrucția lumenului intestinal
- d) Reflexe

e) Alimentare cu striuri de sânge

108)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Numiți cea mai frecventă complicație a apendicitei acute la copil:

a) Plastronul apendicular

b) Hemoragia internă

c) Abcesul periapendicular

d) Abcesul hepatic

e) Peritonita difuză

109)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Numiți cel mai important simptom al apendicitei acute la copil:

a) Tulburările tranzitului intestinal

b) Distensia abdominală

c) Apărarea musculară cu sediul în fosa iliacă dreaptă

d) Edemul suprapubian și circulația colaterală

e) Febra

110)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Numiți cauza cea mai frecventă a hemoragiei digestive inferioare la sugar:

- a) Sindromul Peutz - Jeggers
- b) Invaginația intestinală acută
- c) Diverticulul Meckel
- d) Purpura Werlhoff
- e) Volvulusul cronic de intestin subțire

111)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Componentele clinice ale piciorului strâmb echino-varus congenital:

- a) Echinus al piciorului
- b) Supinația piciorului
- c) Pronația piciorului
- d) Deformitatea de valgus a piciorului
- e) Rotația extenă distală a gambei

112)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Numiți simptomul capital al osteomielitei hematogene acute:

- a) Durerea osoasă vie exacerbată de mișcări
- b) Durerea nocturnă
- c) Durerea vie migrătoare
- d) Durerea continue exacerbată în repaus
- e) Nici un răspuns nu este corect

113)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Precizați manifestările clinice ale atreziei esofagiene cu fistulă eso-traheală inferioară:

- a) Pasaj involuntar al conținutului gastric în esofag
- b) Hipersalivație
- c) Stagnarea bucofaringiană a secrețiilor salivare
- d) La radiograma toraco-abdominală: abdomen opac, neaerat
- e) La radiograma toraco-abdominală: abdomen aerat (aerarea tubului digestiv)

114)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Precizați care afirmații despre atrezia de esofag sunt adevărate:

- a) Afecțiunea este incompatibilă cu viața
- b) Frecvent se asociază cu alte malformații a organelor de însemnătate vitală
- c) Pentru stabilirea diagnosticului se utilizează contrastarea esofagului
- d) Pentru a confirma diagnosticul se folosește cateterismul esofagian
- e) Scena clinică este dominată de imposibilitatea deglutiției

115)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Enumerați manifestările clinice ale atreziei de duoden:

- a) Vărsături alimentare
- b) Vărsături bilioase
- c) Abdomen retractat
- d) Lipsa tranzitului meconial
- e) Radiografia toraco - abdominală simplă evidențiază două imagini hidroaerice în etajul abdominal superior

116)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Enumerați simptomatologia dominantă în ileus meconial:

- a) Vărsături bilioase
- b) Vărsături bilioase, apoi fecaloide
- c) Abdomen destins
- d) Abdomen retractat
- e) Lipsa tranzitului meconial

117)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Numiți triada simptomatică principală a atreziei de ileon distal:

- a) Vărsătura alimentară
- b) Vărsătura bilioasă
- c) Distensia abdominală

d) Lipsa tranzitului meconial

e) Rectoralgia

118)

Mod de punctare: A1

Grad de dificultate: scazut

Numiți simptomele principale în sindromul ocluziv neo-natal jos:

a) Vărsături bilioase, apoi cu conținut intestinal

b) Abdomen meteorizat

c) Peristaltica vizibilă la peretele abdominal

d) Abdomen retractat

e) Melena

119)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Numiți triada simptomatică clasică în invaginația intestinală acută la sugar:

a) Durere colicativă

b) Durere acută continuă

c) Vărsături alimentare reflexe

d) Scaune diareice sangvinolente

e) Rectoragie

120)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Enumerați semnele dominante ale apendicitei acute la copilul mic:

- a) Durere difuză pe tot abdomenul
- b) Stare febrilă
- c) Vărsături repetate
- d) Constipație
- e) Abdomen retractat

121)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Numiți manifestările clinice în emfizemul lobar congenital:

- a) Dispnee, polipnee, cianoză, tuse
- b) Dispnee, polipnee, cianoză, respirație șuierătoare
- c) Stare febrilă
- d) Nou - născutul este oxigeno - dependent
- e) Hemitoracele afectat bombează

122)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Numiți semnele patognomonice în flegmonul necrotic extensiv al nou - născutului:

- a) Placard roșu cu marginile proeminente la suprafața tegumentului
- b) Placard roșu cu marginile neproeminente la suprafața tegumentului
- c) Placard roșu cu marginile bine conturate, reliefate
- d) Placard roșu cu marginile ne conturate

e) Suprafața afectată este rece

123)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Enumerați manifestările caracteristive pentru teratom:

a) Sediul mai frecvent este regiunea sacro-coccigiană

b) Tumora adultă conține porțiuni mai din toate țesuturile organismului

c) Tumora este încapsulată

d) Are un potențial malign crescut

e) Prognostic favorabil întotdeauna

124)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Numiți semnele patognomonice pentru torsiunea de testicul la copil:

a) Debut brutal în plină stare de sănătate

b) Durere violentă și continuă în hemiscrotul afectat cu iradiere spre regiunea inghinală și rădăcina coapsei, exacerată la palpare

c) Debut lent cu durere moderată în hemiscrotul afectat

d) Hemiscrot moderat mărit, edemațiat

e) Palparea evidențiază o glandă mărită de volum ascensionată spre pube

125)

Mod de punctare: A3

Grad de dificultate: mediu

Numiți semnele patognomonice pentru hernia inghinală congenitală:

a) Apariția unei tumefacții în regiunea inghinală, accentuată în timpul plânsului, la

tuse, efort fizic

b) Variabilitatea dimensiunii tumefacției în timp

c) Dispariția periodică a tumefacției

d) Absența durerii (cu excepția situațiilor în care hernia devine ireductibilă sau strangulată)

e) În hemiscrotul respectiv nu se palpează testiculul